



Centro de Desarrollo
Agroempresarial
y Turístico del Huila

SALUD EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL HUILA Y DEL CAUCA: UNA MIRADA DESDE LO "OCCIDENTAL" Y LO PROPIO



SENNOVA

Sistema de Investigación,
Desarrollo Tecnológico e Innovación

NOVA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

**SALUD EN COMUNIDADES INDÍGENAS DEL HUILA Y DEL CAUCA:
UNA MIRADA DESDE LO “OCCIDENTAL” Y LO PROPIO**

ADRIANA CAROLINA VILLADA RAMÍREZ

Psicóloga

Magíster en Salud Pública

JUAN PABLO ALZATE GRANADOS

Médico Cirujano

Magíster en Epidemiología Clínica

DANIEL ANDRES RODRIGUEZ ACERO

Ingeniero Ambiental

ANYI LICETH CONTRERAS BARRERA

Técnica en salud pública



Centro de Desarrollo
Agroempresarial
y Turístico del Huila





Contenido

Agradecimientos.	4
1. Abreviaturas.	5
A. Generalidades	7
2. Introducción.	8
3. Presentación.	9
4. Objetivos.	10
5. Contextualización.	10
B. Datos estadísticos de interés en salud indígena: 2011-2014 (Autores: Adriana C. Villada Ramírez, Juan Pablo Alzate Granados, Anyi Liceth Contreras).	15
C. Una mirada a la salud indígena desde lo propio (Adriana C. Villada.Ramírez, Daniel Andrés Rodríguez Acero, Anyi Liceth Contreras).	41
D. Conclusiones y Recomendaciones. (Adriana C. Villada.Ramírez)	59
Referencias bibliográficas.	61



Agradecimientos

Este trabajo fue desarrollado gracias al apoyo de SENNOVA, Grupo de investigación NOVA del CDATH de La Plata Huila.

Agradecemos la participación de la aprendiz Anyi Liceth Contreras quien, a través de la práctica realizada como parte de la etapa productiva del Técnico en Salud Pública, participó como co-investigadora en el desarrollo de todo el proyecto, así como en la construcción del presente documento. Gracias al apoyo de los aprendices, Elkin Fabián Corredor, Eudilma Oca, María Fernanda Julián, Fanny Milena Tombe y Anderson Muelas, con quienes fue posible la realización del trabajo en campo a los diferentes resguardos visitados.

También queremos agradecer a la IPS-I CRIHU quienes con sus ideas e información facilitaron el desarrollo de este proyecto. Por último, brindar un agradecimiento especial a los sabedores ancestrales, a César Zamora, a Gloria Martínez y a Pablo Andrés Martínez, por sus valiosas ideas para planteamiento del proyecto.

Gracias infinitas a todas las personas que aportaron con su participación y energía para que este proyecto se llevara a cabo.



Fuente: Adriana Carolina Villada Ramírez



1. *Abreviaturas*

- AIC:** Asociación indígena del Cauca
- CDATH:** Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila.
- CRIHU:** Consejo Regional Indígena del Huila
- DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- INS:** Instituto Nacional de Salud
- IPS-I:** Institución prestadora de salud indígena
- ONIC:** Organización Nacional Indígena de Colombia.
- ONS:** Observatorio Nacional en Salud
- SISPI:** Sistema indígena de salud propia e intercultural
- SUIIN:** Sistema único de información indígena nacional



Fuente: Adriana Carolina Villada Ramírez



A.

Generalidades.



2. *Introducción*

Este proyecto se encuentra inscrito dentro del sistema integral de gestión de proyectos de SENNOVA y participó desde el grupo de investigación NOVA La Plata del Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila (CDATH) de La Plata en el 2015. El CDATH tiene cobertura urbana y rural, no sólo en el municipio de La Plata, sino también en municipios aledaños del Huila y del Cauca, generando impacto a una proporción significativa de población de diversidad étnica.

Como estrategia para el fortalecimiento de la misión institucional del SENA, al "... cumplir la función que le corresponde al Estado de invertir en el desarrollo social..." (3), y desde un abordaje con enfoque diferencial, el CDATH implementa acciones y estrategias dirigidas al desarrollo social como una de sus principales metas que permitan generar conocimiento que beneficien a las comunidades.

Las regiones del Huila y del Cauca han sido por naturaleza, puntos clave de asentamientos indígenas, dentro de los que se destacan principalmente las comunidades Nasa y Misak, las cuales cuentan con resguardos y cabildos localizados en zonas rurales de estos departamentos. Gracias al trabajo realizado dentro del programa de formación Técnico en Salud Pública dirigida a comunidades indígenas, se evidencian unas necesidades relacionadas con la salud de las comunidades indígenas a partir del trabajo en campo realizado con aprendices indígenas que iniciaron su formación en el 2014.

A pesar de la alta influencia indígena en estas regiones y de su importancia en el país, se cuenta con poca información disponible que permita tener un conocimiento las comunidades y la información existente, aún reporta datos en salud del DANE del 2005, más de 10 años de antigüedad. Por ello, se presenta un limitado conocimiento acerca de las necesidades en salud de la población indígena de los resguardos del Huila y del Cauca, ocasionado por los bajos niveles de producción de conocimiento, los cuales, a su vez, están asociados por las políticas de investigación con bajo componente social y comunitario.

Los deficientes procesos de seguimiento y continuidad en la recolección de la información, también limitan el conocimiento de las necesidades en salud. La poca información existente no se encuentra sistematizada, por lo cual, se conocen pocos datos confiables acerca del estado de salud de las comunidades indígenas. Otro factor identificado, corresponde a la desconfianza por parte de las comunidades indígenas para que personas externas lleven a cabo investigaciones. Esto es debido al incumplimiento por parte de actores externos, lo que genera mayor rechazo por parte de la comunidad para que actores externos realicen proyectos en los resguardos.

Esta falencia en la disponibilidad de información actualizada, entre otros factores, ha facilitado la posibilidad de formular intervenciones en salud que no satisfacen las necesidades de las comunidades indígenas y que generan poco o ningún impacto en la calidad de vida de los comuneros. Las consecuencias del problema son de alto impacto, no solo para las comunidades indígenas, sino también, para las instituciones de educación y la comunidad en general. Los bajos índices de desarrollo de las comunidades prevalecen durante años, sin presentarse mejoras significativas en el estado de salud de las poblaciones.

El presente proyecto surge a partir de esa necesidad sentida por conocer y reconocer las comunidades indígenas identificando sus necesidades relacionadas con la salud, el modo de vida en los resguardos, las enfermedades más comunes tanto propias como occidentales, la percepción acerca de la atención en salud, entre otros.

Este trabajo es de especial relevancia porque además de presentar información acerca de las comunidades indígenas, gran parte del equipo que participó en este proyecto, fueron aprendices del Tco. de Salud Pública dirigido a comunidades indígenas del Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila de La Plata, regional Huila. A través de éste, los aprendices tuvieron la oportunidad de poner en práctica sus conocimientos previos y de desarrollar habilidades en investigación, comprensión de la salud y del trabajo comunitario.

Con la información aquí construida, se espera seguir contribuyendo al reconocimiento de las comunidades indígenas, especialmente las localizadas en Cauca y Huila, con el fin de promover la realización de políticas e intervenciones que generen impactos positivos en la salud de los comuneros, así como también, que promuevan el fortalecimiento de lo propio dentro de cada comunidad.

3. *Presentación*

Este libro está organizado como sigue. En la primera parte, se presentan y se analizan datos estadísticos a partir de la base de datos del SUIIN, la cual contiene la información recogida a través de las fichas familiares de los censos realizados a los comuneros. Se ha tomado como referencia los años del 2011 al 2014. Con la información disponible para estos años, se evalúan diferentes variables relacionadas con salud contenidas en dichas fichas familiares.

En la segunda parte, se presenta un acercamiento a la salud indígena propia a través de un reconocimiento de las creencias y dinámicas por parte de los comuneros y de los actores en salud. Para ello, se hizo una selección de cuatro (4) resguardos ubicados



en el Huila: Juan Tama, Llanobuco, San Mateo y La Reforma. En esta segunda parte, datos cualitativos, obtenidos a partir de entrevistas realizadas a actores en salud de los resguardos, son interpretados en conjunto con datos geográficos obtenidos a partir de la georreferenciación de los resguardos elegidos para el presente trabajo.

En la tercera parte se realiza un análisis general de las dos partes, resaltando información más relevante. Se hace énfasis en la información que debe ser tenida en cuenta a la hora de realizar un proceso de toma de decisiones y se formulan algunas recomendaciones como apoyo a dicho proceso.

Este documento se encuentra dirigido a cualquier ciudadano interesado en el tema de salud indígena, especialmente, a las entidades gubernamentales, líderes y organizaciones indígenas y comunidad educativa en general (I.E., alcaldías, al CRIHU, la IPS-I del CRIHU, secretarías de salud, entre otras).

4. **Objetivos**

a. Objetivo General:

Establecer las características y necesidades en salud de la población indígena del Occidente del Huila, mediante un diagnóstico que oriente la formulación de programas de intervención pertinentes.

b. Objetivos Específicos:

Caracterizar la situación en salud de la población indígena del occidente del Huila a partir la información disponible.

Identificar los actores en salud y focos de enfermedades de los resguardos indígenas a través de la georreferenciación.

Formular recomendaciones desde la percepción de las comunidades indígenas sobre medidas que se puedan emprender para la implementación de intervenciones pertinentes.

5. **Contextualización**

En general, las comunidades indígenas de las Américas han sido grupos que, dentro de su cosmovisión, mantienen un vínculo ancestral con las tierras en las que viven, o en

las que desean vivir (1), con la intención de conservar la tierra, proteger la lengua y promover la cultura. Estas comunidades han sido también llamadas, «primeros pueblos», pueblos tribales, aborígenes y autóctonos (2), cuya cultura está definida a partir de “valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones internalizadas, así como formas o expresiones concretas que se adoptan y que, en gran medida, son compartidas entre un grupo de personas” (3).

La cultura en las comunidades indígenas es promovida desde el hogar a través de la educación propia, y es transmitida a través de la oralidad teniendo en cuenta las enseñanzas de sus ancestros (4). Para estas comunidades, el territorio se constituye como uno de los principales factores en la cual se desarrolla la cultura. Desde esta perspectiva, el territorio puede ser entendido como los espacios geográficos en los que los actores construyen sus relaciones, en los que los habitantes generan sus actividades económicas y las redes de comercialización, el lugar en el cual su cosmología se hace viviente, las fronteras naturales y antrópicas se evidencian, “el territorio siempre está vinculado con el poder y con el control de procesos sociales mediante el control del espacio (5). En la misma línea, el CRIC concibe el territorio como parte importante del modelo del SISPI. Es allí donde se llevan a cabo las actividades relacionadas con salud indígena: rituales de protección y prácticas culturales (6).

La conformación de las entidades territoriales indígenas está sujeta según el artículo 329 de la constitución nacional a la ley orgánica de ordenamiento territorial, sin embargo, desde hace varios años el ministerio del interior ha sido la principal cartera que ha administrado la creación y delimitación de estos territorios. La extensión territorial del país corresponde a 1'151.928 km², dentro de este territorio se ha asignado como resguardos indígenas un área de 320.723 km² que corresponde al 28 % del territorio nacional; La etnia WITOTO en los departamentos de Amazonas y Putumayo posee una extensión de 58.507 km² siendo el más grande del país y la etnia PAEZ en el departamento del Cauca con el resguardo Las Mercedes tiene un área de 6,96 km² teniendo como característica ser el más pequeño; dentro del territorio Colombiano se registran setecientos diez (710) resguardos (7).

Una característica de la ubicación de este tipo de entidades territoriales es encontrarse en lugares de gran riqueza natural, un alto índice de biodiversidad y al mismo tiempo, débiles en la infraestructura y alejados de los cascos urbanos del país. La mayor parte de estos territorios se encuentra en las regiones de la Orinoquía y el Amazonas, otras más en la región de Choco biogeográfico y pequeñas extensiones hacia el oriente y sur del país. La región norte a excepción de la Guajira y la Sierra Nevada de Santa Marta tiene una presencia baja de este tipo de jurisdicción.



Caracterización de las necesidades en salud de los resguardos indígenas del Occidente del Huila para la formulación de programas de intervención.



Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila

Grupo de Investigación NOVA (GINOVA)

Figura. 1 Mapa ubicación de resguardos indígenas en el territorio Colombia (Fuente: Elaboración Propia, datos Sistema Nacional de información geográfica)

Por muchos años, éstas han estado expuestas a diferentes tipos de violencia, generando como resultado altas tasas de homicidios y pérdidas de comuneros(8). También se ha presentado un tipo de violencia estructural que ha afectado directamente los derechos de los comuneros. Por eso, dentro de las comunidades indígenas, el derecho a la salud se convierte en aspecto fundamental para su conservación y desarrollo puesto que éste implica hacer un proceso de reconocimiento de la diferencia cultural y el respeto por la autonomía en sus prácticas culturales (4).

Con el fin de respetar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, surge el SISPI, el cual, representa un modelo de salud indígena aprobado a partir del Decreto Autónomo de los pueblos indígenas, a partir del cual se garantiza el derecho a la salud de los indígenas expresado en el autocuidado. Este sistema, ha sido también diseñado en el reconocimiento y fortalecimiento de la sabiduría ancestral a partir de cuatro ejes: fortalecimiento político organizativo en salud, Formación e investigación, Planeación, Gestión y Administración y la Prestación de servicios interculturales de salud.

Dentro de este sistema, la salud es definida como “el buen vivir comunitario, resultado de las relaciones armónicas y de equilibrio dinámico dadas fundamentalmente entre: el ser humano y la naturaleza, el ser humano y el territorio, el ser humano y la comunidad, en el marco del reconocimiento a la salud como un derecho humano fundamental (6). El componente *intercultural* contenido en el SISPI, implica un reconocimiento e incorporación de las prácticas propias indígenas dentro del modelo de salud que facilita el respeto por el derecho a la salud indígena y la consolidación de un sistema más participativo y equitativo (3). Además del respeto al derecho a la salud indígena, a través de las líneas de acción del SISPI, se busca disminuir el traslado de pacientes a las capitales, brindar promoción y protección a la salud antes que prevención, con el fin de reducir la asistencia médica occidental (9).





B.

Datos estadísticos de interés en salud indígena: 2011-2014

*Adriana C. Villada Ramírez, Juan Pablo Alzate
Granados, Anyi Liceth Contreras.*



1. *Introducción*

A través de este estudio se buscó identificar las necesidades en salud de las comunidades indígenas a partir del análisis estadístico de las bases de datos disponibles en el Sistema Único de Información Indígena (SUIIN).

En la actualidad, no se encuentran bases de datos actualizadas pues la información disponible es la correspondiente al censo realizado por el DANE en el 2005.

Tener la posibilidad de construir un perfil epidemiológico de los pueblos indígenas en la región, permite identificar necesidades y problemas de salud de esta población y facilita la proposición de estrategias para la construcción de escenarios prospectivos de salud y el planteamiento de políticas públicas para este grupo étnico.

Se han venido desarrollando otras iniciativas encaminadas a contar con la información relacionada con el proceso salud - enfermedad, con la realización de encuestas nacionales, tales como la encuesta nacional de demografía y salud, encuesta nacional de salud, entre otras

En los Pueblos indígenas específicamente vale la pena destacar los análisis de situación de salud y los esfuerzos institucionales por acompañar, investigar y sistematizar experiencias de salud propia e intercultural según las creencias y formas de tratar las enfermedades (10).

Dentro de las iniciativas encaminadas a la obtención y análisis de la información relacionada con el proceso de salud – enfermedad y la sistematización de experiencias de salud propia e intercultural, se han encontrado algunas investigaciones relevantes a nivel nacional. En Cali se realizó en el año 2010 un estudio de caracterización de seis pueblos indígenas residentes en el departamento (11).

2. *Metodología*

Estudio de corte transversal analítico, se tomaron las encuestas y la base de datos del Sistema Único de Información Indígena (SUIIN) para los años 2011 a 2014.

El SUIIN: Es una base de datos que permite capturar, procesar, almacenar y distribuir la información de las comunidades indígenas.

Los datos utilizados de este estudio corresponden a los 91 resguardos y cabildos indígenas del Cauca y del Huila, los años que se eligieron para los reportes de estas bases de datos son del año 2010 hasta el 2015, sin embargo como no se tienen datos completos de los años 2010 y 2015 se decide excluir estos años del análisis.

Los datos provienen de los siguientes municipios del Huila: Iquira, Isnos, La Argentina, La Plata, Nátaga, Palermo, Palestina, Pitalito, Rivera, San Agustín, y Tesalia

Se incluyó a todos los participantes que estuvieran en las bases de datos sin ninguna exclusión, excepto por las personas que tuviesen más de una evaluación en el mismo año. En la Tabla 1 se incluyeron las siguientes variables en el análisis según la base de datos correspondiente:

Tabla 1. Lista de variables utilizadas

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	
Variable	Tipo de variable
Sexo	Cualitativa nominal
Edad	Cualitativa ordinal
ANTECEDENTES PERSONALES	
Variable	Tipo de variable
Enfermedad	Cualitativa nominal
Municipio	Cualitativa nominal
Pueblo indígena	Cualitativa nominal
ANTECEDENTES FAMILIARES	
Variable	Tipo de variable
Enfermedad	Cualitativa nominal
Tipo de medicina utilizada	Cualitativa nominal
Pueblo	Cualitativa nominal
ANTICONCEPCIÓN – CITOLOGÍA - RIESGOS	
Variable	Tipo de variable
Edad	Cuantitativa continua
Tipo de método utilizado	Cualitativa nominal
Pueblo	Cualitativa nominal
Hace cuanto se realizó la citología	Cualitativa nominal
Resultado de la citología	Cualitativa nominal
Riesgo de sedentarismo	Cualitativa ordinal
VECTORES	
Variable	Tipo de variable
Tipo de vector	Cualitativa ordinal
DISCAPACIDAD	
Variable	Tipo de variable
Tipo de discapacidad	Cualitativa ordinal
Pueblo	Cualitativa nominal
Edad	Cuantitativa continua
PARIDEZ	
Variable	Tipo de variable
Edad	Cuantitativa continua
Paridez	Cuantitativa continua
Pueblo	Cualitativa nominal
USO DE MEDICINA INDÍGENA	
Variable	Tipo de variable
Crear en medicina indígena	Cualitativa nominal
Utilizar medicina indígena	Cualitativa nominal
Pueblo	Cualitativa nominal



Tamaño de la muestra:

Debido a que se analizaran todas las variables posibles en cada base de datos se utilizó un tamaño de muestra maximizado, es decir, se tuvo en cuenta una frecuencia anticipada de 50% para los resultados de las bases de datos, junto a un nivel de confianza de 95% y un poder del 80% se obtuvo que se requería al menos 384 personas en total, debido a que se estratifica por año se decidió ajustar la muestra a 664 personas (Cálculos realizados en openepi).

Sesgos

La información recolectada provino de fuentes secundarias por lo tanto los resultados del estudio podrían verse afectados por la calidad de las fuentes primarias, es decir, de las bases de datos, así como de la forma en la que se recolecta, digita y revisa la información de estas. Actualmente no existen fuentes de información primarias más confiables que las bases de datos incluidas en el análisis.

Métodos estadísticos:

Las variables cuantitativas se presentaron en forma de promedios y desviaciones estándar debido a su distribución estadística, por otro lado, las variables cualitativas se presentan en forma de números absolutos y proporciones.

Los datos presentados en cada base de datos se estratificaron por cada año en el que se recogió la información, excluyendo los años 2010 y 2015 debido a que no se tiene certeza de la información presentada en esos periodos, adicionalmente, y debido a que una persona podría ser evaluada varias veces el mismo año, se excluyeron participantes repetidos en el mismo año analizado.

Para las bases de datos se realizó además un análisis de subgrupos por pueblo y se utilizó una prueba de chi-cuadrado para evidenciar si existían una asociación estadística entre el pueblo y la variable de interés. Se tuvo en cuenta un valor de p menor a 0.05 como estadísticamente significativo.

El valor de P es un número que determina si los resultados son estadísticamente significativos, es decir, si los grupos comparados son diferentes matemática y estadísticamente, esta medida se utiliza debido a que, por ejemplo, una diferencia de porcentajes puede parecer a simple vista diferente pero matemáticamente puede no serlo, debe realizarse entonces una prueba estadística para comprobar la diferencia observada.

En el caso de que una persona no tuviese cierta información o variable ésta era excluida para el análisis de dicha variable pero era incluida en el resto de los análisis.

Consideraciones éticas:

Según la resolución 8430 de 1993 de Colombia (12), este estudio está clasificado como un estudio sin riesgo debido a que se “emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”

Adicionalmente se aseguró que se mantendrá la confidencialidad de cada individuo incluido en el estudio.

Resultados

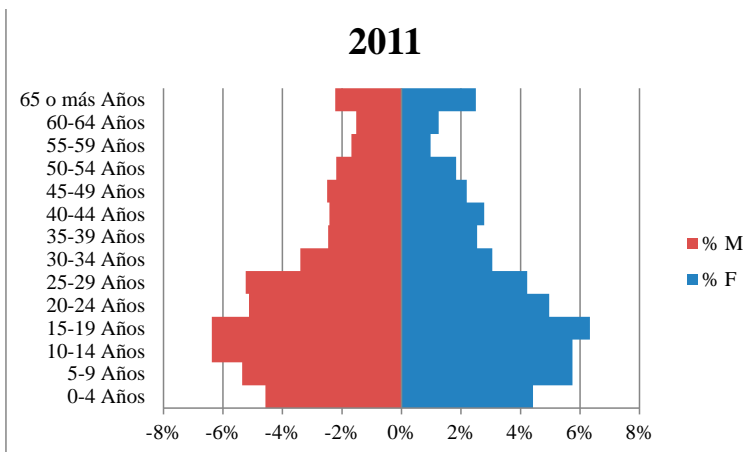
Para los años del 2011 al 2014 se incluyó la información de 8 bases de datos del SUIIN, cada una con un tamaño de muestra distinto, los resultados de cada base de datos se presentan a continuación:

1) Resultados demográficos:

Pirámides poblacionales:

En las figuras 1-4 se presentan las pirámides poblacionales por año, a continuación se explican los hallazgos más relevantes de cada una de estas:

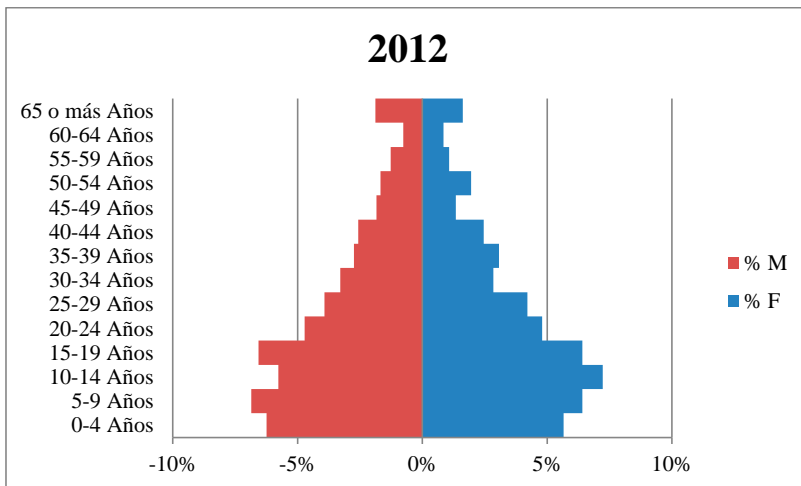
Para el año 2011 se incluyeron en total 2558 personas, 48.55% del sexo femenino, en los dos grupos se encontró que la mayor proporción de población se encontraba entre los 15 a 19 años. Se trata de una pirámide poblacional progresiva. Ver figura 2.



Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

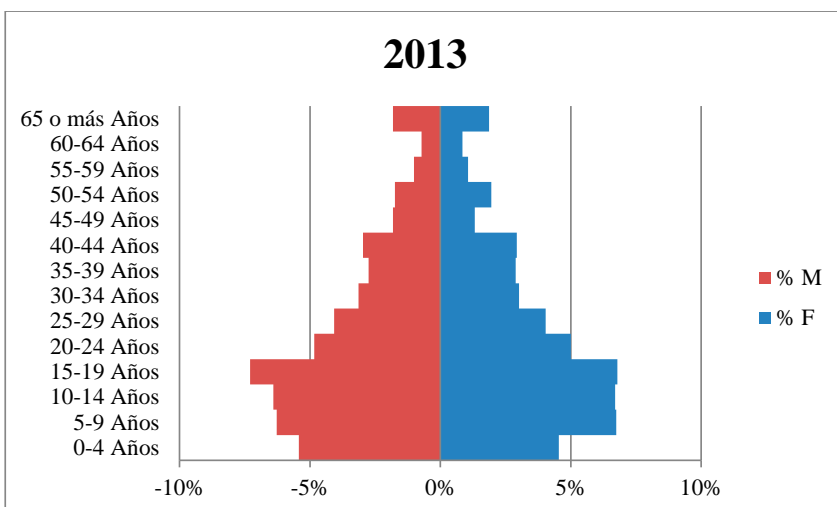


Para el año 2012 se incluyen 4403 personas, 49.85% del sexo femenino, a diferencia del año anterior, en el sexo masculino la mayor proporción de la población se encontraba entre los 5-9 años, mientras que para el sexo femenino se encontraba entre los 10 a 14 años. De forma similar a la pirámide del año 2011, se trata de una pirámide progresiva. Ver figura 2



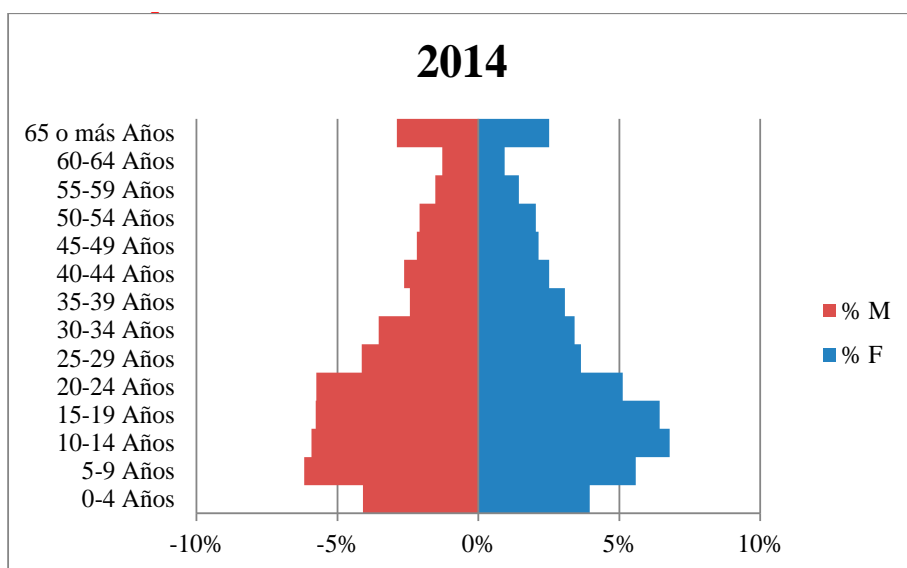
Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

En el 2013 se incluyen 2357 personas, 49,68% mujeres, en ambos grupos la mayor proporción de población se encuentra entre los 15 a 19 años (14% del total de la población). Nuevamente, encontramos una pirámide poblacional progresiva. Ver figura 3



Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Finalmente, para el año 2014, se incluyeron 3981 personas, con un 49,54% de población del sexo femenino, la distribución para el año 2014 es muy similar a la del 2012, encontrándose que para el sexo masculino la mayor proporción de población se encontraba entre los 5 a 9 años y para las mujeres la mayor proporción se encontró en el grupo de 10 a 14 años. Ver figura 5.



Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

En general se encontraron pirámides poblacionales progresivas, es decir, con una base ancha (mayor proporción de población joven) y una punta estrecha (menor proporción de población mayor), sin embargo, los resultados muestran un ensanchamiento de la pirámide en el grupo de personas mayores a 65 años, la cual es similar en ambos sexos.

1) **Antecedentes familiares**

Enfermedad por tipo de medicina utilizada y año:

En las tablas 2 a la 5 se presentan los antecedentes familiares por tipo de medicina utilizada para los años 2011 a 2014.

Para el año 2011, en la tabla 2, se incluyeron en total 902 personas y se encontró que el antecedente más común fue la HTA seguido por la gastritis, estas dos fueron tratadas con mayor frecuencia con medicina Occidental, la cual fue el tipo de tratamiento más utilizado en todos los casos (52,7%).



El segundo tipo de tratamiento más utilizado fueron las plantas (11,86%), se evidenció además que una proporción importante de la población no recibía tratamiento para el antecedente reportado (8,42%)

Tabla 2. Antecedentes familiares y tipo de medicina utilizada año 2011

Enfermedad	Medicina alternativa	Medicina Indígena	Medicina occidental	Plantas	Sin tratamiento	Total
ARTRITIS	1,07%	0,27%	1,86%	0,80%	0,53%	4,53%
ATAQUE	0,27%	0,00%	1,73%	0,00%	0,27%	2,26%
CANCER	0,13%	0,13%	7,72%	0,67%	0,27%	8,92%
DIABETES	1,20%	1,20%	4,93%	0,13%	1,33%	8,79%
DIARREA	0,00%	0,27%	0,40%	0,13%	0,53%	1,33%
ENF.CARDIACAS	0,40%	0,40%	2,40%	0,00%	0,93%	4,13%
ENF.MENTAL	0,00%	0,00%	0,40%	0,00%	0,53%	0,93%
ENF.RESPIRATORIA	0,53%	0,13%	6,13%	0,93%	0,93%	8,66%
GASTRITIS	0,93%	1,20%	8,79%	3,99%	1,46%	16,38%
HTA	1,33%	0,93%	25,57%	4,79%	1,86%	34,49%
I.T.S	0,00%	0,00%	0,27%	0,00%	0,00%	0,27%
LUMBAGO	1,73%	0,00%	2,26%	1,86%	0,93%	6,79%
PROBLEMAS PIEL	0,00%	0,13%	0,40%	0,93%	0,13%	1,60%
PROBLEMAS RENAL	0,00%	0,00%	0,53%	0,00%	0,13%	0,67%
TBC	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,27%	0,27%
Total general	57	35	476	107	76	902

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Para el año 2012 (ver tabla 3) los antecedentes más comunes fueron la HTA y la Diabetes (28,47% y 22,2% respectivamente), estas enfermedades fueron tratadas en su mayoría con medicina occidental, la cual además fue el tipo de medicina más comúnmente reportado (69,88%).

Nuevamente se encuentra una proporción importante de personas que no reportan tratamiento para el antecedente personal específico (6,06%).

Tabla 3. Antecedentes familiares y tipo de medicina utilizada año 2012

Enfermedad	Medicina alternativa	Medicina indígena	Medicina occidental	Plantas	Sin tratamiento	Total
ARTRITIS	0,00%	1,34%	4,62%	1,95%	0,62%	8,53%
ATAQUE	0,92%	0,31%	3,19%	0,41%	0,21%	5,04%
CANCER	0,41%	1,54%	10,07%	0,82%	2,16%	15,01%
DIABETES	0,31%	2,16%	18,09%	1,54%	0,10%	22,20%
DIARREA	0,00%	0,41%	0,10%	0,00%	0,21%	0,72%
ENF.CARDIACAS	0,10%	0,31%	2,88%	1,13%	0,00%	4,42%
ENF.MENTAL	1,13%	0,00%	1,13%	0,00%	0,51%	2,77%
ENF.RESPIRATORIA	0,10%	0,10%	1,03%	0,31%	0,21%	1,75%
GASTRITIS	0,92%	0,41%	2,26%	1,03%	1,03%	5,65%
HTA	0,41%	1,75%	23,84%	2,36%	0,10%	28,47%
I.T.S	0,00%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%
IVU	0,10%	0,00%	0,10%	0,00%	0,00%	0,21%
LUMBAGO	0,21%	0,31%	0,51%	0,31%	0,10%	1,44%
PARASITOS	0,10%	0,10%	0,10%	0,31%	0,00%	0,62%
PROBLEMAS PIEL	0,00%	0,00%	0,21%	0,00%	0,10%	0,31%
PROBLEMAS RENAL	0,21%	0,00%	0,82%	0,00%	0,10%	1,13%
TBC	0,00%	0,10%	0,92%	0,00%	0,62%	1,64%
Total general	48	87	680	99	59	973

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

En la tabla 4 se observa una distribución similar al año anterior, es decir, para el año 2013 los antecedentes familiares más comunes fueron la HTA (27,09%) y la Diabetes (17,24%) tratadas en su mayoría por medicina occidental, la cual representó el 68,22% de todos los tratamientos utilizados. Este año presentó un reporte de no tratamiento del antecedente del 12,8%.



Tabla 4. Antecedentes familiares y tipo de medicina utilizada año 2013

Enfermedad	Medicina alternativa	Medicina indígena	Medicina Occidental	Plantas	Sin tratamiento	Total
ARTRITIS	0,00%	0,00%	6,90%	0,25%	0,49%	7,64%
ATAQUE	1,72%	0,74%	3,94%	0,00%	0,00%	6,40%
CANCER	0,00%	0,00%	11,33%	0,00%	5,17%	16,75%
DIABETES	0,25%	0,00%	14,53%	0,99%	1,48%	17,24%
DIARREA	1,23%	0,25%	0,00%	0,00%	0,49%	1,97%
ENF.CARDIACAS	0,00%	0,99%	0,99%	0,99%	0,00%	2,96%
ENF.MENTAL	1,97%	0,00%	1,72%	0,00%	1,23%	4,93%
ENF.RESPIRATORIA	0,00%	0,49%	1,23%	0,00%	0,25%	1,97%
GASTRITIS	1,48%	0,74%	5,17%	0,74%	0,99%	9,11%
HTA	0,00%	0,99%	20,69%	4,93%	0,49%	27,09%
LUMBAGO	0,00%	0,00%	0,25%	0,00%	0,25%	0,49%
PARASITOS	0,00%	0,00%	0,25%	0,00%	0,00%	0,25%
PROBLEMAS PIEL	0,00%	0,00%	0,25%	0,00%	0,00%	0,25%
PROBLEMAS RENAL	0,00%	0,00%	0,74%	0,00%	0,25%	0,99%
TBC	0,00%	0,25%	0,25%	0,00%	1,48%	1,97%
Total general	27	18	277	32	52	406

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Finalmente, para el año 2014 (tabla 5) se encontró de nuevo que la HTA y la diabetes fueron los antecedentes familiares más comunes (31% y 23,45% respectivamente), los cuales de forma similar a los demás años fueron tratados en su mayoría por medicina occidental. El 7,4% de las personas incluidas no reporto tratamiento del antecedente.

Tabla 5. Antecedentes familiares y tipo de medicina utilizada año 2014

Enfermedad	Medicina alternativa	Medicina Indígena	Medicina Occidental	Plantas	Sin tratamiento	Total
ARTRITIS	0,13%	0,94%	3,23%	0,27%	0,67%	5,26%
ATAQUE	0,13%	0,13%	0,94%	0,00%	0,00%	1,21%
CANCER	0,40%	0,40%	8,63%	0,13%	1,89%	11,46%
DIABETES	0,67%	0,13%	21,56%	0,13%	0,94%	23,45%
DIARREA	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,27%	0,67%
ENF.CARDIACAS	0,00%	0,00%	2,83%	0,13%	0,67%	3,64%
ENF.MENTAL	0,00%	0,00%	0,54%	0,00%	0,94%	1,62%
ENF.RESPIRATORIA	0,00%	0,00%	3,23%	0,67%	0,40%	4,31%
GASTRITIS	2,56%	0,67%	6,47%	1,35%	0,67%	11,73%
HTA	0,13%	0,27%	27,76%	2,43%	0,40%	31,00%
LUMBAGO	0,54%	0,27%	0,67%	1,35%	0,13%	2,96%
PROBLEMAS PIEL	0,00%	0,13%	0,27%	0,54%	0,00%	0,94%
PROBLEMAS RENAL	0,00%	0,00%	0,81%	0,00%	0,00%	0,81%
TBC	0,00%	0,00%	0,67%	0,00%	0,27%	0,94%
Total general	34	22	576	55	55	742

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Tipo de medicina utilizada por año y pueblo:

En las tablas 6 a 9 se presenta el tipo de medicina utilizada para los antecedentes familiares para cada pueblo en los años reportados.

Para todos los años se encontró que la medicina occidental es la más utilizada (63,38% a 77,63%), el uso de medicina Indígena fue de 2,96% a 8,94% encontrándose un menor uso cada año, excepto en el 2012 donde se encontró la mayor frecuencia de uso.

Para el año 2011 el pueblo que más utilizó medicina indígena fue Dujos, sin embargo, este año solo se incluyeron 3 personas de este pueblo, para el 2012 y el 2014 fue el pueblo Inga y para el año 2013 fue el pueblo Nasa.



Tabla 6. Medicina utilizada por pueblo año 2011

Enfermedad	Co-reguaje	Dujos	Kament-sa	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
MEDICINA ALTERNATIVA	0,00%	0,00%	0,00%	22,58%	4,44%	0,00%	7,46%	7,59%
MEDICINA INDIGENA	0,00%	66,67%	0,00%	3,23%	2,22%	0,00%	4,86%	4,66%
MEDICINA OCCIDENTAL	0,00%	33,33%	100,00%	64,52%	58,89%	100,00%	63,70%	63,38%
PLANTAS	100,00%	0,00%	0,00%	9,68%	20,00%	0,00%	13,78%	14,25%
SIN TRATAMIENTO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	14,44%	0,00%	10,21%	10,12%
Total general	1	3	1	31	90	8	617	751

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Tabla 7. Medicina utilizada por pueblo año 2012

Etiquetas de fila	Dujos	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
MEDICINA ALTERNATIVA	11,48%	0,00%	17,48%	2,35%	0,00%	0,86%	4,93%
MEDICINA INDIGENA	24,59%	33,33%	0,70%	9,86%	0,00%	4,31%	8,94%
MEDICINA OCCIDENTAL	42,62%	33,33%	48,25%	77,78%	20,00%	72,41%	69,89%
PLANTAS	19,67%	33,33%	17,48%	6,57%	0,00%	14,66%	10,17%
SIN TRATAMIENTO	1,64%	0,00%	16,08%	3,44%	80,00%	7,76%	6,06%
Total general	61	9	143	639	5	116	973

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Tabla 8. Medicina utilizada por pueblo año 2013

Etiquetas de fila	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Total
MEDICINA ALTERNATIVA	0,00%	33,80%	0,93%	0,00%	6,65%
MEDICINA INDIGENA	0,00%	0,00%	5,26%	9,09%	4,43%
MEDICINA OCCIDENTAL	100,00%	54,93%	72,14%	36,36%	68,23%
PLANTAS	0,00%	1,41%	8,67%	27,27%	7,88%
SIN TRATAMIENTO	0,00%	9,86%	12,69%	27,27%	12,56%
Total general	1	71	323	11	406

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Tabla 9. Medicina utilizada por pueblo año 2014

Etiquetas de fila	Dujos	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
MEDICINA ALTERNATIVA	0,00%	0,00%	12,00%	3,77%	42,86%	3,38%	4,58%
MEDICINA INDIGENA	0,00%	16,67%	2,00%	3,58%	0,00%	0,68%	2,96%
MEDICINA OCCIDENTAL	100,00%	83,33%	68,00%	83,40%	0,00%	63,51%	77,63%
PLANTAS	0,00%	0,00%	2,00%	3,40%	0,00%	24,32%	7,41%
SIN TRATAMIENTO	0,00%	0,00%	16,00%	5,66%	57,14%	8,11%	7,28%
Total general	1	6	50	530	7	148	742

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Resultado de citología por pueblo y año:

En las tablas 10 a 13 se presenta los resultados de la citología por cada pueblo:
En la tabla 10, año 2011, se encontró que el 61,9% no presentaron datos de resultados de la última citología siendo el pueblo más común el Coreguaje con 100%, el 11,56% de las personas no conocían su resultado (Nasa presento la mayor frecuencia con un 24,53%). En todos los pueblos se encontró una frecuencia mayor de resultados normales que anormales, en total, se evidencio un 23,47% de resultados normales versus 1,81% de resultados anormales. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pueblos según su resultado citológico (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.05)

Tabla 10. Resultados última citología por pueblo año 2011

	Coreguaje	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
SIN DATO	100,00%	64,15%	57,86%	50,00%	62,48%	61,90%
ANORMAL	0,00%	0,00%	1,26%	0,00%	2,28%	1,81%
NO APLICA	0,00%	0,00%	1,89%	0,00%	1,31%	1,25%
NO SABE	0,00%	14,15%	24,53%	0,00%	7,83%	11,56%
NORMAL	0,00%	21,70%	14,47%	50,00%	26,10%	23,47%
Total general	2	106	159	2	613	882

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014
Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.05



En la tabla 11, año 2012, se encontró que el 71.26% no presentaron datos de resultados de la última citología siendo el pueblo más común el Inga con 75% de no reporte, el 9.92% de las personas no conocían su resultado (Misak presento la mayor frecuencia con un 14,39%). En todos los pueblos se encontró una frecuencia mayor de resultados normales que anormales, en total, se evidencio un 16.4% de resultados normales versus 1,72% de resultados anormales. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pueblos según su resultado citológico (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.05).

Tabla 11. Resultados última citología por pueblo año 2012

	Dujos	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanaco- na	Total
SIN DATO	62,50%	75,00%	66,67%	73,30%	58,06%	60,00%	71,26%
ANORMAL	0,00%	0,00%	0,76%	1,46%	3,23%	5,22%	1,72%
NO APLICA	0,00%	0,00%	0,00%	0,78%	3,23%	0,00%	0,69%
NO SABE	0,00%	0,00%	14,39%	9,99%	12,90%	4,35%	9,92%
NORMAL	37,50%	25,00%	18,18%	14,47%	22,58%	30,43%	16,40%
Total general	8	4	132	1161	31	115	1451

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.05

Para el año 2013, se encontró que el 75.95% no presentaron datos de resultados de la última citología siendo el pueblo más común el Awa con 100% de no reporte, el 10.44% de las personas no conocían su resultado (Nasa presento la mayor frecuencia con un 10.57%). En todos los pueblos se encontró una frecuencia mayor de resultados normales que anormales, en total, se evidencio un 12.10% de resultados normales versus 1,06% de resultados anormales. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pueblos según su resultado citológico (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.05). Ver tabla 12

Tabla 12. Resultados última citología por pueblo año 2013

	Awa	Misak	Nasa	Ninguno	Total
	100,00%	80,00%	75,87%	0,00%	75,95%
ANORMAL	0,00%	0,00%	1,10%	0,00%	1,06%
NO APLICA	0,00%	0,00%	0,47%	0,00%	0,45%
NO SABE	0,00%	8,00%	10,57%	0,00%	10,44%
NORMAL	0,00%	12,00%	11,99%	100,00%	12,10%
Total general	1	25	634	1	661

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.05

Finalmente, para el año 2014, se encontró que el 52.84% no presentaron datos de resultados de la última citología siendo el pueblo más común Dujos con 100% de no reporte, el 23.29% de las personas no conocían su resultado (Nasa presento la mayor frecuencia con un 24.71%). En todos los pueblos se encontró una frecuencia mayor de resultados normales que anormales, en total, se evidencio un 20.56% de resultados normales versus 1,4% de resultados anormales. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pueblos según su resultado citológico (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.05). Ver tabla 13

Tabla 13. Resultados última citología por pueblo año 2014

	Dujos	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
SIN DATO	100,00%	50,00%	52,16%	53,97%	51,61%	50,45%	52,84%
ANORMAL	0,00%	0,00%	1,89%	1,32%	3,23%	1,28%	1,40%
NO APLICA	0,00%	0,00%	0,81%	1,90%	3,23%	2,43%	1,92%
NO SABE	0,00%	16,67%	24,59%	24,71%	12,90%	19,72%	23,29%
NORMAL	0,00%	33,33%	20,54%	18,10%	29,03%	26,12%	20,56%
Total general	1	6	370	1890	31	781	3079

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.05

Riesgo de sedentarismo por año y por pueblo:

En las tablas 14 a 17 se presenta la frecuencia de riesgo de sedentarismo por pueblo para los años 2011 a 2014.

En general se encontró un riesgo de sedentarismo bajo para todos los años (72.92% a 96.62%) en la población incluida sin embargo para el año 2013 se encontró la mayor frecuencia de sedentarismo de todo el seguimiento (25,42% del total de la población de ese año).

Los pueblos con mayor riesgo de sedentarismo fueron el Yanacona en el año 2011 (1,31%), el Dujos en el 2012 (12,5%), el Awa en el 2013 (100%, con un solo caso reportado), y para el año 2014 el Nasa.



Tabla 14. Riesgo de sedentarismo por pueblo 2011

	Nasa	Ninguno	Coreguaje	Misak	Yanacona	Total
NO	98,74%	100,00%	100,00%	99,06%	97,55%	97,96%
NO DILIGENCIA	0,63%	0,00%	0,00%	0,94%	1,14%	1,02%
SI	0,63%	0,00%	0,00%	0,00%	1,31%	1,02%
Total general	159	2	2	106	613	882

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Tabla 15. Riesgo de sedentarismo por pueblo 2012

	Nasa	Ninguno	Dujos	Inga	Misak	Yanacona	Total
NO	96,55%	100,00%	75,00%	100,00%	96,21%	98,26%	96,62%
NO DILIGENCIA	2,58%	0,00%	12,50%	0,00%	3,79%	1,74%	2,62%
SI	0,86%	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,76%
Total general	1161	31	8	4	132	115	1451

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Tabla 16. Riesgo de sedentarismo por pueblo 2013

	Nasa	Ninguno	Awa	Misak	Total
NO	72,24%	100,00%	0,00%	92,00%	72,92%
NO DILIGENCIA	1,42%	0,00%	0,00%	8,00%	1,66%
SI	26,34%	0,00%	100,00%	0,00%	25,42%
Total general	634	1	1	25	661

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Tabla 17. Riesgo de sedentarismo por pueblo 2014

Etiquetas de fila	Nasa	Ninguno	Dujos	Inga	Misak	Yanacona	Total
NO	92,49%	100,00%	100,00%	100,00%	95,95%	99,23%	94,71%
NO DILIGENCIA	0,95%	0,00%	0,00%	0,00%	1,08%	0,64%	0,88%
SI	6,56%	0,00%	0,00%	0,00%	2,97%	0,13%	4,42%
Total general	1890	31	1	6	370	781	3079

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Discapacidad:

Tipo de discapacidad por pueblo por año:

En las tablas 18 a 21 se presentan las frecuencias de discapacidad por cada pueblo para los años 2011 a 2014:

En la tabla 18 se encontró que la discapacidad más común fue la Física, Mental y Sensorial en el pueblo Misak y Nasa (21,43% y 14,29% respectivamente), mientras que para el pueblo Yanacona fue la discapacidad Física. Entre los pueblos no se encontraron diferencias entre las distribuciones de las discapacidades (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson = 0.396)

Tabla 18. Frecuencia de discapacidad año 2011

DISCAPACIDAD	Misak	Nasa	Yanacona	Total
FÍSICA	6.25%	3.13%	90.63%	100%
FÍSICA Y MENTAL	0	0	100%	100%
FÍSICA Y SENSORIAL	0	0	100%	100%
FÍSICA, MENTAL Y SENSORIAL	21.43%	14.29%	64.29%	100%
MENTAL	0	14.29%	85.71%	100%
MENTAL Y SENSORIAL	0	0	100%	100%
SENSORIAL	0	10	90%	100%
TOTAL	10	14	156	180

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson = 0.396

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Para el año 2012, ver tabla 19, se encontró que el pueblo Nasa presentó la mayor frecuencia de discapacidades físicas (43,48% de los casos de discapacidad física), Física y mental (100% de los casos), Física, Mental y Sensorial (97.79%), mental (60%), mental y sensorial (100%) y sensorial (75%). Entre los pueblos se encontraron diferencias entre las distribuciones de las discapacidades, debido a que la mayoría de las discapacidades son aportadas por el pueblo Nasa (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson <0.001)



Tabla 19. Frecuencia de discapacidad año 2012

DISCAPACIDAD	Dujos	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
FÍSICA	4.35%	26.09%	43.48%	4.35%	21.74%	100%
FÍSICA Y MENTAL	0	0	100%	0	0	100%
FÍSICA, MENTAL Y SENSORIAL	0	0.37%	97.79%	0	1.85%	100%
MENTAL	0	20%	60%	0	20%	100%
MENTAL Y SENSORIAL	0	0	100%	0	0	100%
SENSORIAL	0	0	75%	0	25%	100%
TOTAL	1	8	292	1	14	316

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.001

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Para el año 2013, ver tabla 20, se encontró que nuevamente el pueblo Nasa presentó la mayor frecuencia de discapacidades físicas (83,33% de los casos de discapacidad física), Física y mental (100% de los casos), Física, Mental y Sensorial (92.31%), mental (50%), mental y sensorial (100%) y sensorial (100%). Entre los pueblos no se encontraron diferencias entre las distribuciones de las discapacidades, debido a que a pesar de que la mayoría de las discapacidades son aportadas por el pueblo Nasa hay muy pocas personas incluidas en los otros pueblos y por lo tanto no se puede concluir una diferencia estadísticamente significativa (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson = 0.725)

Tabla 20. Frecuencia de discapacidad año 2013

DISCAPACIDAD	Misak	Nasa	Ninguno	Total
FÍSICA	11.11%	83.33%	5.56%	100%
FÍSICA Y SENSORIAL	0	100%	0	100%
FÍSICA, MENTAL Y SENSORIAL	7.69%	92.31%	0	100%
MENTAL	50%	50%	0	100%
MENTAL Y SENSORIAL	0	100%	0	100%
SENSORIAL	0	100%	0	100%
TOTAL	5	48	1	54

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson = 0.725

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Finalmente, para el año 2014, ver tabla 21, se encontró que el pueblo Yanacona presentó la mayor frecuencia de discapacidades físicas (51.72% de los casos de discapacidad física), Física y mental (100% de los casos), mental (66.67%), y sensoriales (57.89%).

El pueblo Nasa presenta las mayores frecuencias de discapacidades Físicas, Mentales y Sensoriales (88.24% de los casos), y mentales y sensoriales (66,67%). Entre los pueblos se encontraron diferencias entre las distribuciones de las discapacidades (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001)

Tabla 21. Frecuencia de discapacidad año 2014

DISCAPACIDAD	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
FÍSICA	17.24%	27.59%	3.45%	51.72%	100%
FÍSICA Y MENTAL	0	0	0	100%	100%
FÍSICA, MENTAL Y SENSORIAL	2.52%	88.24%	0	9.24%	100%
MENTAL	0	33.33%	0	66.67%	100%
MENTAL Y SENSORIAL	0	66.67%	0	33.33%	100%
SENSORIAL	0	42.11%	0	57.89%	100%
TOTAL	8	124	1	43	176

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Promedio de edad por tipo de discapacidad por año:

En las tablas 22 a 25 se presentan los promedios de edad por cada una de los tipos de discapacidades reportadas.

Tabla 22. Promedio de edad por tipo de discapacidad año 2011

AÑO 2011	EDAD				
	Observaciones	Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
FÍSICA	32	37.75	21.26939	1	77
FÍSICA Y MENTAL	4	76.75	8.616844	66	87
FÍSICA Y SENSORIAL	2	11	1.414214	10	12
FÍSICA, MENTAL Y SENSORIAL	14	32.07143	25.85898	0	78
MENTAL	7	29.57143	16.0609	9	53
MENTAL Y SENSORIAL	1	33	.	33	33
SENSORIAL	30	52.03333	22.95495	0	90

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014



Tabla 23. Promedio de edad por tipo de discapacidad año 2012

AÑO 2012	EDAD				
DISCAPACIDAD	Observaciones	Promedio	Desv. Es-tándar	Mínimo	Máximo
FÍSICA	23	26.56522	20.44466	0	78
FÍSICA Y MENTAL	2	31.5	3.535534	29	34
FÍSICA, MENTAL Y SENSORIAL	271	21.93727	16.85537	0	71
MENTAL	5	28.2	21.98181	3	61
MENTAL Y SENSORIAL	3	25	7.81025	16	30
SENSORIAL	12	32.66667	23.95956	6	78

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Tabla 24. Promedio de edad por tipo de discapacidad año 2013

AÑO 2013	EDAD				
DISCAPACIDAD	Observaciones	Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
FÍSICA	18	15	16.33113	0	57
FÍSICA Y SENSORIAL	2	29	0	29	29
FÍSICA, MENTAL Y SENSORIAL	26	20.07692	14.173	0	52
MENTAL	2	38.5	33.23402	15	62
MENTAL Y SEN-SORIAL	1	17	.	17	17
SENSORIAL	5	45.2	26.92954	9	79

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Tabla 25. Promedio de edad por tipo de discapacidad año 2014

AÑO 2014	EDAD				
DISCAPACIDAD	Observaciones	Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
FÍSICA	29	35.93103	22.11	2	68
FÍSICA Y MENTAL	3	80	10.53565	69	90
FÍSICA Y SENSORIAL					
FÍSICA, MENTAL Y SENSORIAL	119	24.55462	18.98112	0	77
MENTAL	3	45	9.848858	37	56
MENTAL Y SENSO-RIAL	3	33	2.645751	31	36
SENSORIAL	19	42.52632	25.30342	3	76

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Uso de medicina indígena:

Crear en medicina indígena por pueblo y por año:

En las tablas 26 a 29 se presenta la frecuencia de creencia de medicina indígena para los años 2011 a 2014:

Para el año 2011, tabla 26, se encontró que lo que más predomina es la creencia de medicina indígena, especialmente en el Pueblo Yanacona. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pueblos (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001).

Tabla 26. Creencia de medicina indígena por pueblo año 2011

AÑO 2011	PUEBLO							
CREE EN MEDICINA INDÍGENA	Coreguaje	Dujos	Kofan	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
NO	0	0	0	24.08%	24.61%	2.62%	48.69%	100%
SI	0.09%	0.13%	0.04%	8.79%	19.54%	0.71%	70.7%	100%
TOTAL	2	3	1	243	485	21	1678	2433
<i>Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001</i>								

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014



En la tabla 27, año 2012, se observa que entre los pueblos hay una distribución similar de creencia o no creencia de medicina indígena. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pueblos (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001)

Tabla 27. Creencia de medicina indígena por pueblo año 2012

AÑO 2012	PUEBLO							
CREE EN MEDICINA INDÍGENA	Awa	Dujos	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
NO	0	0	0	24.39%	70.08%	0.98%	4.55%	100%
SI	0.03%	1.08%	0.13%	15.33%	70.88%	1.05%	11.51%	100%
TOTAL	1	40	5	720	3,067	45	456	4334

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Para el año 2013, tabla 28, se encontró que lo que más predomina es la creencia de medicina indígena, Sin embargo en el pueblo Nasa, predomina la no creencia en la medicina indígena. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pueblos (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson = 0.019)

Tabla 28. Creencia de medicina indígena por pueblo año 2013

AÑO 2013	PUEBLO						
CREE EN MEDICINA INDÍGENA	Awa	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanaco-na	Total
NO	0	0	4.66%	95.14%	0.2%	0	100%
SI	0.05%	0.05%	8.21%	90.2%	1.28%	0.2%	100%
TOTAL	1	1	184	2,238	26	4	2454

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson = 0.019

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Para el año 2014, tabla 29, se encontró que lo que más predomina es la creencia de medicina indígena, en este año, a diferencia del anterior, en el pueblo Nasa se encontró una mayor creencia de medicina indígena, Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pueblos (Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001)

Tabla 29. Creencia de medicina indígena por pueblo año 2014

AÑO 2014	PUEBLO						
CREE EN MEDICINA INDÍGENA	Awa	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
NO	0	0.25%	32.8%	55.98%	1.23%	9.74%	100
SI	0.03%	0.14%	9.24%	64.12%	1.21%	25.26%	100
TOTAL	1	7	588	2,688	52	959	4295

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Utilizar medicina indígena por pueblo y por año:

En las tablas 30 a 33 se presentan las frecuencias de uso de medicina indígena entre los pueblos para los años 2011 a 2014, en todos los años se encontraron diferencias de distribución de uso de este tipo de medicina entre los pueblos.

Tabla 30. Uso de medicina indígena por pueblo año 2011

AÑO 2011	PUEBLO							
UTILIZA MEDICINA INDÍGENA	Coreguaje	Dujos	Kofan	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
NO	0	0	0	24.08%	24.61%	2.62%	48.69%	100%
SI	0.09%	0.13%	0.04%	8.79%	19.54%	0.71%	70.7%	100%
TOTAL	2	3	1	243	485	21	1,678	2433

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014

Tabla 31. Creencia de medicina indígena por pueblo año 2012

AÑO 2012	PUEBLO							
UTILIZA MEDICINA INDÍGENA	Awa	Dujos	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
NO	0	0	0	24.39%	70.08%	0.98%	4.55%	100%
SI	0.03%	1.08%	0.13%	15.33%	70.88%	1.05%	11.51%	100%
TOTAL	1	40	5	720	3,067	45	456	4334

Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001

Fuente: Autores a partir de SUIIN 2011-2014



Tabla 32. Creencia de medicina indígena por pueblo año 2013

AÑO 2013	PUEBLO						
UTILIZA MEDICINA INDÍGENA	Awa	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
NO	0	0	4.66%	95.14%	0.2%	0	100%
SI	0.05%	0.05%	8.21%	90.2%	1.28%	0.2%	100%
TOTAL	1	1	184	2,238	26	4	2454
<i>Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001</i>							

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Tabla 33. Creencia de medicina indígena por pueblo año 2014

AÑO 2014	PUEBLO						
UTILIZA MEDICINA INDÍGENA	Dujos	Inga	Misak	Nasa	Ninguno	Yanacona	Total
NO	0	0.25%	32.8%	55.98%	1.23%	9.74%	100%
SI	0.03%	0.14%	9.24%	64.12%	1.21%	25.26%	100%
TOTAL	1	7	588	2,688	52	959	4295
<i>Valor de P de Chi cuadrado de Pearson < 0.0001</i>							

Fuente: Autores a partir de SUIN 2011-2014

Discusión:

Gracias a la interpretación de datos estadísticos, diferentes organizaciones nacionales e internacionales han propuesto programas de intervención en salud, lo que ha permitido facilitar la comprensión de la realidad de las comunidades indígenas en Colombia.

En cuanto a los resultados estadísticos se encontró en general que enfermedades como la gastritis, la Hipertensión arterial, la diabetes, el lumbago y las enfermedades respiratorias fueron muy comunes tanto como antecedentes personales como antecedentes familiares, esto concuerda con otros estudios de ámbito nacional y regional. Aunque en un informe del SISPI, se reportan como principales enfermedades, las infecciones intestinales y la neumonía como principales causas de muerte, sumado a la creciente morbi-mortalidad materna y perinatal, lo que refleja las inequidades que enfrenta la población indígena (6).

También se observó que en cuanto a salud sexual se presentaron muchos datos faltantes de planificación familiar, específicamente métodos de planificación, resultados citológicos y así mismo uso de citología rutinariamente. En este aspecto, se encontró que cada año había menos casos citológicos normales, pero también menos casos anormales, lo cual puede deberse a que cada vez más se utilizan estos métodos diagnósticos en este tipo de poblaciones.

En cuanto a los vectores, debe tenerse especial cuidado con los vectores más comunes, que en este caso fueron los zancudos, las ratas y/o ratones y las moscas.

Por último, en cuanto a las discapacidades, se encontró que el pueblo Nasa en general tiene una mayor frecuencia de discapacidades en todos los casos y para la mayoría de los años.

En cuanto a las limitaciones del estudio las bases de datos ofrecen información incompleta para los años 2010 y del 2015. La información del año 2015, esta se encuentra actualizada hasta el 30 de noviembre de 2015, además, se encontraron varias inconsistencias en las bases de datos de las poblaciones indígenas. Encontramos que a los comuneros les hacían dos (2) visitas el mismo año, encontrándose entonces datos repetidos,

Adicionalmente se encontraron números de identificación con 5 dígitos en la cédula, Registros civiles con 11 dígitos, los números de documentos con errores de digitación, así como comuneros sin identificación. En la base de datos riesgo de citología, algunos individuos de sexo masculino aparecen con realización de citología y en sexo femenino aparece que no se la han realizado.



Fuente: Adriana Carolina Villada Ramírez



C.

**Una mirada a la salud
indígena desde lo propio**
*(Adriana C. Villada Ramírez, Daniel Andrés
Rodríguez Acero, Anyi Liceth Contreras).*

Para llegar a hacer un reconocimiento de los significados entorno a la salud, desde la perspectiva de lo propio de los pueblos Nasa y Misak, se empleó la metodología cualitativa. Esta metodología también permite describir las prácticas relacionadas con salud e identificar las experiencias de las comunidades en el uso de los dos sistemas de salud, el indígena y el occidental. Vale la pena aclarar que el sistema de salud occidental es considerado como el sistema de salud establecido por el Gobierno y al cual tiene acceso la población colombiana sin exclusión de etnias.

Para ello, se realizaron visitas a los resguardos de Juan Tama, Llanobuco, San Mateo y La Reforma. Durante las visitas, se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores en salud que hacen parte de la medicina tradicional Nasa y/o Misak. A través de estas herramientas, fue posible realizar un análisis cualitativo descriptivo contemplado a partir del enfoque narrativo de las personas entrevistadas.

Los resguardos elegidos fueron georreferenciados, específicamente las zonas donde se encuentra condensada la mayor cantidad de comuneros y los centros de equipamiento.

A través de la metodología cualitativa, complementada con el proceso de georreferenciación, fue posible tener una comprensión más amplia acerca de las necesidades de las comunidades entorno a la salud, así como también, entender sus percepciones acerca de la medicina occidental y la relación de los comuneros con el SISPI.

Tabla 34. Cuadro comparativo entre el sistema de salud indígena y el sistema de salud occidental

	Sistema de Salud Indígena	Sistema de Salud Occidental
Salud	Está ligada al cumplimiento de normas y reglas que determinan la relación del individuo con su familia, con su comunidad y con la naturaleza, que desde las comunidades indígenas, es percibido como armonía y equilibrio. Desde los pueblos indígenas Nasa y Misak la salud se entiende como integral, como resultado de un conjunto de relaciones que van desde la esfera individual hasta la naturaleza misma.	Desde la cultura occidental la salud está dirigida, en gran medida, a la ausencia de enfermedad, en ese orden de ideas se puede pensar que la salud en este caso está pensada en función del individuo.



<p>Enfermedad</p>	<p>Desde los parámetros culturales de los pueblos Nasa y Misak la enfermedad se entiende como desequilibrio, como una desarmonía de los distintos componentes de la relación entre el individuo y su entorno, donde se incluyen la familia, la comunidad, el pueblo y la naturaleza.</p> <p>Se asocia a los diferentes momentos de la vida del "comune-ro", por lo tanto desde que se nace hasta el momento en el que se muere la ritualidad y prácticas culturales hacen parte esencial de los procesos.</p>	<p>Está relacionada con factores biológicos intrínsecos a los individuos que de cierta forma influyen en la presencia de enfermedades.</p> <p>Se explica principalmente desde las condiciones físicas o biológicas de los pacientes, lo que ha llevado a que no se tomen en cuenta factores de tipo social, cultural, económico, etc., al momento de la prevención de la enfermedad.</p>
<p>Muerte</p>	<p>La muerte en primera instancia, es entendida como un tránsito, como un cambio, se percibe como algo que es parte de la vida misma, es el momento en el que los seres humanos pasan a otro espacio, desde este punto la muerte es vista como algo natural.</p>	<p>Es algo grave, algo que debe ser estudiado y en la medida de lo posible evitado o aplazado a toda costa, por tanto cuando hay muertes por situaciones o enfermedades que se encasillan en "mortalidad evitable", la muerte desde la cultura occidental es algo que se debe evitar, algo que es necesario postergar mediante los conocimientos médicos propios del sistema cultural occidental.</p>
<p>Maternidad</p>	<p>Está ligada a una normatividad cultural cotidiana y ritual que hace que esta etapa deba ser planeada desde el momento mismo de la decisión de tener un bebé.</p> <p>Cuando se embaraza una mujer no lo hace solo ella ni su familia, también se embaraza la comunidad misma, el territorio, lo colectivo por lo tanto se hace necesario abordar estas diferentes esferas y no solo centrarse en la gestante sino también en los escenarios de relación que ella tiene.</p>	<p>Desde el sistema médico occidental la maternidad está explicada siguiendo los criterios que definen la salud y la enfermedad, asociando la maternidad principalmente al riesgo; la maternidad se plantea entonces como un estado de riesgo que debe ser asumido con la mayor precaución posible, pues de no hacerlo así puede desembocar en complicaciones para la madre y el bebé o incluso la muerte de los dos, la maternidad es algo que se concibe como individual centrado en la madre.</p>

Fuente: ONS (13)

1. Recolección de información cualitativa

El formato de entrevista semiestructurada fue diseñado a partir de literatura disponible y de conocimientos previos acerca de medicina tradicional por parte del equipo investigador.

Además de la observación, se hizo un muestreo por conveniencia y las entrevistas semiestructuradas, tanto individuales como grupos focales, fueron realizadas a sabedores ancestrales (médicos tradicionales, pulseadores, parteras) y promotores de salud más representativos de cada uno de los cuatro resguardos fueron elegidos (Ver Tabla 2). Dicha selección se debe a una alta proporción de comuneros en territorio. El resguardo de La Reforma, fue elegido por albergar comuneros Nasa y Misak.

En total se realizaron 4 entrevistas individuales y 3 grupos focales. Posterior a esta actividad, tanto las entrevistas como los grupos focales fueron grabados y transcritos de manera literal. Dentro de este proceso, se tuvieron en cuenta consideraciones éticas manteniendo el criterio de confidencialidad de la información. Todas las personas entrevistadas consintieron tanto participar en esta actividad, como la grabación del audio de sus respuestas.

Tabla 35. Sabedores entrevistados por resguardo

RESGUARDOS	PERSONAS ENTREVISTADAS
LLANO BUCO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un pulseador ✓ Una partera
LA REFORMA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dos pulseadores ✓ Un sobandero
JUAN TAMA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Una partera - promotora ✓ Una médica tradicional - Partera
SAN MATEO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un Pulseador ✓ Una partera - sobandera ✓ Una expromotora de salud

2. Georreferenciación

El proceso de georreferenciación se convierte en uno de la más importantes dentro del proceso de investigación porque reúne la información secundaria y oficial sobre los límites departamentales, municipales, las principales vías, sus aspectos naturales, entre otros, esta información es obtenida del sistema de información geográfico del país, en cabeza del IGAC. Con esta información el equipo de trabajo se acerca a los lugares y



con el apoyo de un GPS, un plano básico se dibujan los caminos, los lugares de encuentro, los lugares de habitación de los agentes de salud.

Los integrantes del equipo no solo recogen datos, también reciben relatos, redes de caminos, imaginarios, límites de la concepción de su territorio, más allá del espacio geográfico el cual es fijo, pero su perspectiva del uso del lugar es dinámico y propio de cada uno de los actores.

Con la información recolectada y la información secundaria recopilada se realiza la interpolación e interpretación del territorio y se construye una herramienta que pueda visualizar la localización y distribución de aquellos actores de la medicina tradicional y convencional que está en cada uno de los asentamientos humanos analizados.

Dado que los resguardos elegidos para la recolección de información cualitativa, corresponden al departamento del Huila, a continuación (ver Figura 6) se presenta el mapa en el que se encuentran localizados todos los resguardos. El departamento del Huila se crea en el año 1905 mediante la ley 46 de 1905, emanada por el ministerio de Gobierno, siendo presidente Enrique Restrepo García, (Huila, 2016) con una extensión de 19385,6 km², este departamento con una gran riqueza natural, cuenta dentro de su jurisdicción con diez y siete (17) resguardos indígenas. Desde el año de 1982 existe un área no delimitada con el municipio del Cauca, específicamente en el corregimiento Santa Leticia – Moscopán, el cual tiene incidencia directa con el departamento y el municipio. Dentro de este espacio geográfico se encuentran algunas de las comunidades indígenas.

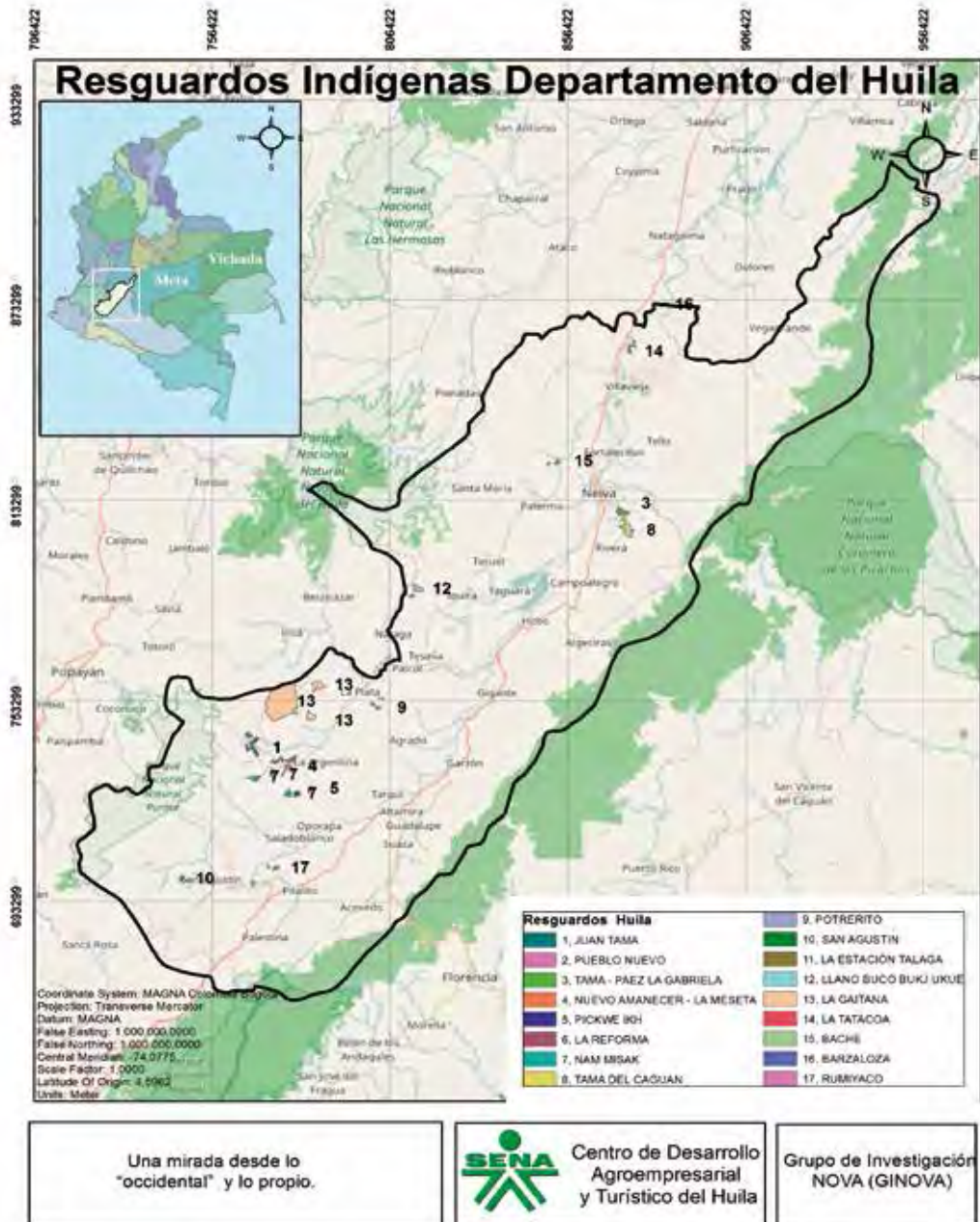


Figura. 6 Resguardos Indígenas en el departamento del Huila (Fuente: Elaboración Propia, datos Sistema Nacional de información geográfica)



3. Procesamiento e interpretación de información cualitativa

Posterior a la transcripción textual, se procedió a la interpretación de la información. Se construyeron categorías teniendo en cuenta las diferentes respuestas de los participantes y percepción acerca del estado de salud, formas de curación, uso de plantas medicinales y dones adquiridos dentro de su ejercicio como sabedor ancestrales.

Sabedores ancestrales/ Actores en salud

- ✓ **The'Wala (Médico Tradicional):** trabaja con plantas “calientes” y “frías” (nativas del páramo). El uso de las plantas, es considerada una práctica imprescindible que les da una “señal” cuando las personas que están siendo atendidas “van para bien o para mal”.
- ✓ **Pulseador:** es capaz de sentir los pulsos de las personas y los ajusta. Muchas enfermedades pueden ser señal que los pulsos están desajustados. El pulseador usa principalmente tres plantas “calientes”, las sopla en las manos, las unta en la corona de la cabeza, el pecho, la espalda. Si el niño está asustado, la frecuencia cardíaca es muy fuerte.
- ✓ **Sobandero:** se encarga de hacer masajes y ajustar las articulaciones y músculos que se han desacomodado por alguna razón.
- ✓ **Partera:** persona encargada de ayudar a la madre durante el embarazo, parto y puerperio. Trabaja con plantas y ayuda a acomodar al bebé para facilitar el parto.
- ✓ **Promotor/a de salud:** persona que ha recibido formación formal en salud y trabaja en los resguardos haciendo seguimiento y acompañamiento a los comuneros en temas relacionados con salud desde medicina occidental principalmente.

Los sabedores se basan en la tradición ancestral que les brinda el conocimiento para prevenir y curar enfermedades.

Durante las visitas a los resguardos, se presentaron dificultades para contactar a médicos tradicionales. Las razones reportadas por los participantes están relacionadas con el manejo de sus propios dones en el ejercicio de sus funciones (“no están bien armonizados y tienen otra mentalidad”, “hay médicos que son muy mentirosos”, “hay mucha rivalidad entre los médicos”).

A continuación se presentan las principales categorías emergentes de las entrevistas realizadas.

Uso de plantas medicinales

- ✓ Las plantas medicinales reportadas como más frecuentemente usadas fueron: Coca, Alegría grande, Alegría pequeña, Tabaco, Tache, Orejuela grande, Yacuma blanca.
- ✓ Las plantas que se utilizan durante el tratamiento (realización de refrescamiento y/o armonización) con las personas que están enfermas: Mambe, Ruda, Sambrebijo, Chirrinchi, Pate perro, Curibano, Coca, Cigarrillos, Tabaco.

Enfermedades dentro de las comunidades

Las enfermedades son consideradas como una expresión del desequilibrio debido a la ruptura del buen vivir (6). Dentro de las enfermedades reportadas por los sabedores, se encuentran: el susto, el duende, el arco y el descuajo, además de la gripe y la diarrea. También reportan que la presencia de maleficios (“mal puesto”) realizados a las personas o familias, son frecuentes. Éstos se presentan por envidia hacia el papá, la mamá o los hijos. Estos maleficios no matan a la persona de inmediato, “pero si los pone a sufrir”. Otras enfermedades propias existentes son: ataques, mal aire, mal viento, mal de parto, frío, dolor de muelas, visiones, Chande de piel, picadura de pulmón, nervios, desnutrición, pujo, ojo, envidia, chisme.

Dentro de las enfermedades occidentales, las que más se presentan entre los comuneros, se encuentra el cáncer, la tuberculosis, las enfermedades respiratorias, la diabetes y el dolor de hígado.

Frecuencia de uso de los sistemas de salud

Los sabedores muestran mayor preferencia por el uso de la medicina tradicional antes que la medicina occidental.

Adquisición del conocimiento

Los conocimientos para ser sabedores se basan específicamente en los “dones” que reciben desde que nacen. El *Chau* es el “propio espíritu”, a través del cual reciben dones y se les asignan poderes por medio de la madre naturaleza, “el poder de cada sabedor ancestral protege al ser desde su nacimiento” (9).

Proceso de atención desde la medicina propia frente a la enfermedad:

Los comuneros acuden con frecuencia a los sabedores para solicitar atención dirigida a los niños y las niñas. Tanto el susto como el descuaje, son las enfermedades propias más comunes a edades tempranas, requieren usualmente de una a dos sesiones y son tratadas con plantas medicinales. En caso de que la enfermedad no sea curada, los sabedores sugieren a las familias llevar a las niñas y niños al centro de salud más cercano (medicina occidental).



Dentro de los tratamientos desde medicina propia, realizan refrescamientos y armonizaciones con el fin de limpiar la energía de la persona. La duración del tratamiento dirigido a los adultos tiene una mayor duración, entre 8 a 15 días, dependiendo de la gravedad de la enfermedad.

Frecuencia de uso de servicios de salud de medicina propia

Los sabedores refieren que en los últimos años se ha presentado un bajo uso de médicos tradicionales. También han observado que existe una baja participación por parte de los comuneros en actividades, en especial, por parte de los adolescentes frente a actividades relacionadas con medicina propia, “los adolescentes no están interesados en eso”.

Percepción acerca del uso de medicina occidental

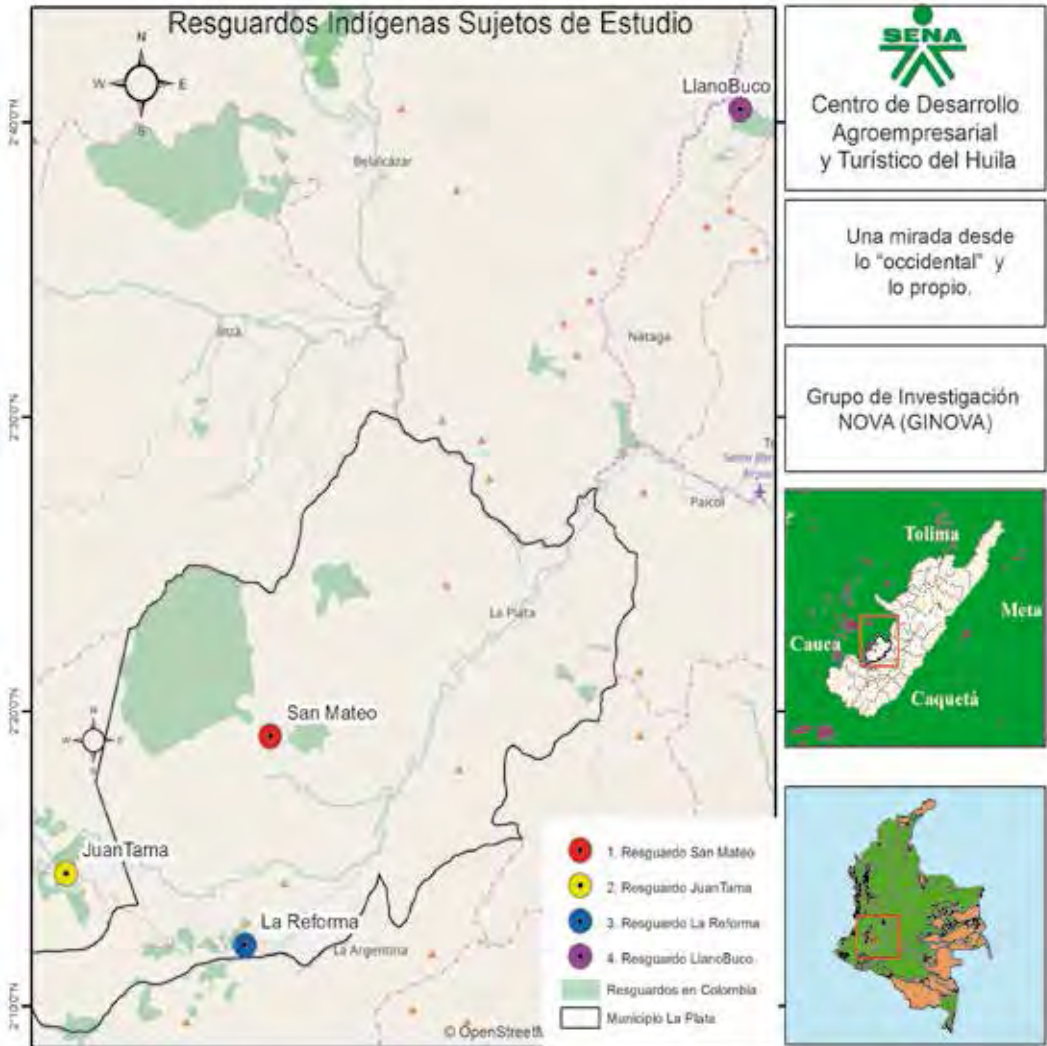
Frente a esta categoría se presentaron opiniones diversas entre los sabedores entrevistados. Aunque algunos de ellos opinan que la atención en el hospital o en el centro de salud “es buena” y además es necesario acudir allá cuando el tratamiento con plantas no funciona, otros refirieron nunca haber asistido porque no consideran que allí vaya a ser resuelto su problema de salud. Estos últimos refieren que prefieren morir en casa que ir a un hospital.

Diferencias entre (Médicos tradicionales) y Chamanes.

Tabla 36. Diferencia entre el ejercicio de los Thewalas y Chamanes

THE'WALA	CHAMANES
<ul style="list-style-type: none"> - Es nasa - No cobran por la consulta - Trabaja con plantas medicinales y “desde que ve a la persona ya sabe que tiene”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobran por la consulta y el trabajo - Trabajan con esencias de plantas. - Son ambiciosos y hacen “el mal”. - No trabajan con los médicos tradicionales.

La representación gráfica del proceso de investigación en el cual se contó con la información analizada, la visualización de la ubicación de los agentes de salud, la infraestructura dentro del asentamiento urbano del resguardo y su relación espacial con el municipio de La Plata, el departamento y el país. A continuación se podrá encontrar un mapa de cada uno de los asentamientos dentro de los resguardos Juan Tama, La Reforma, Llano Buco y San Mateo y, un mapa que relaciona los cuatro (4) lugares y otros de la relación espacial dentro del país.



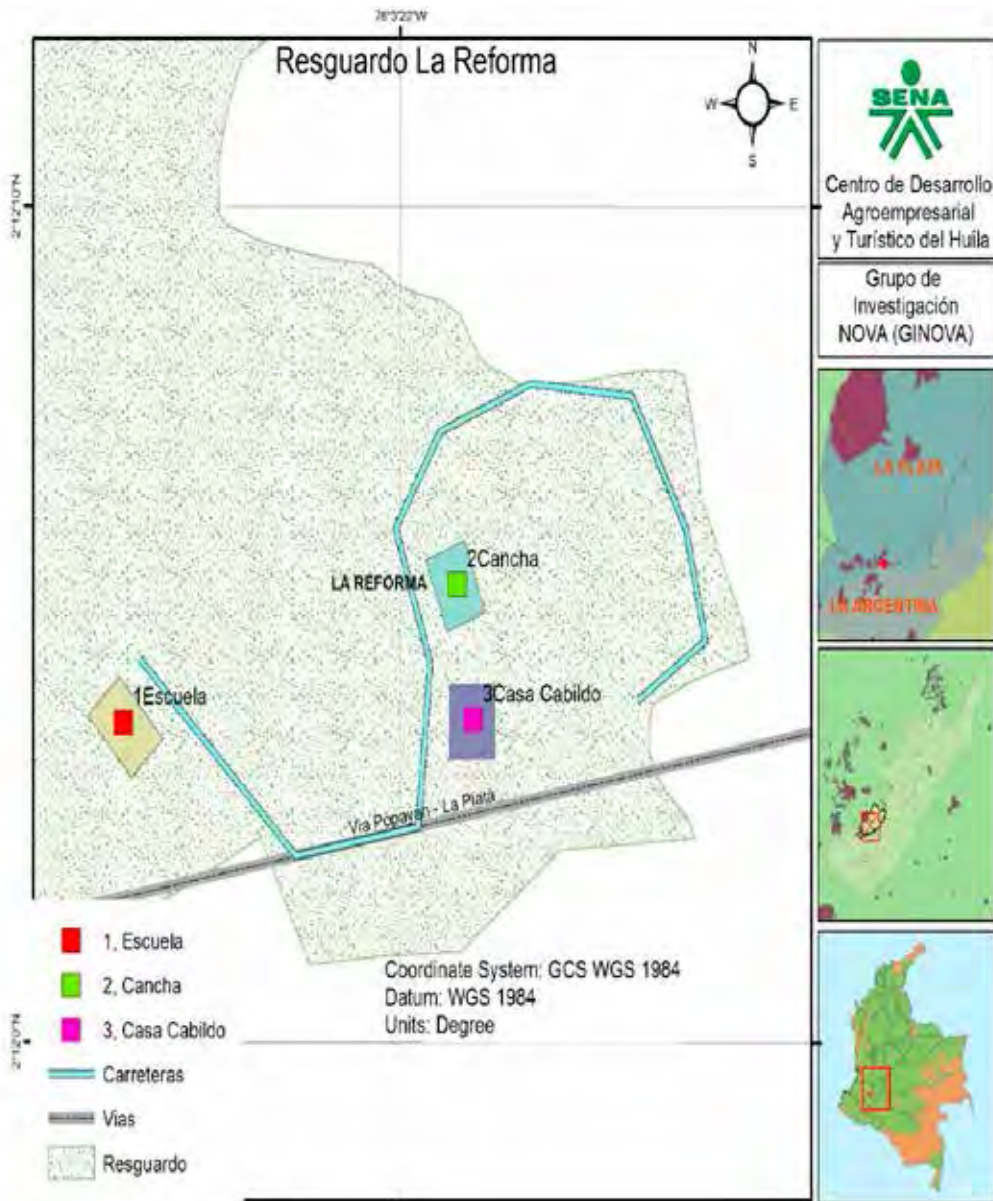
Mapa 2. Ubicación de los resguardos sujetos de estudio dentro del área de influencia del municipio de La Plata.

A continuación se presentan resguardos georreferenciados con las convenciones que evidencian los centros de equipamiento y la distribución de los sabedores ancestrales y actores en salud dentro de cada resguardo.



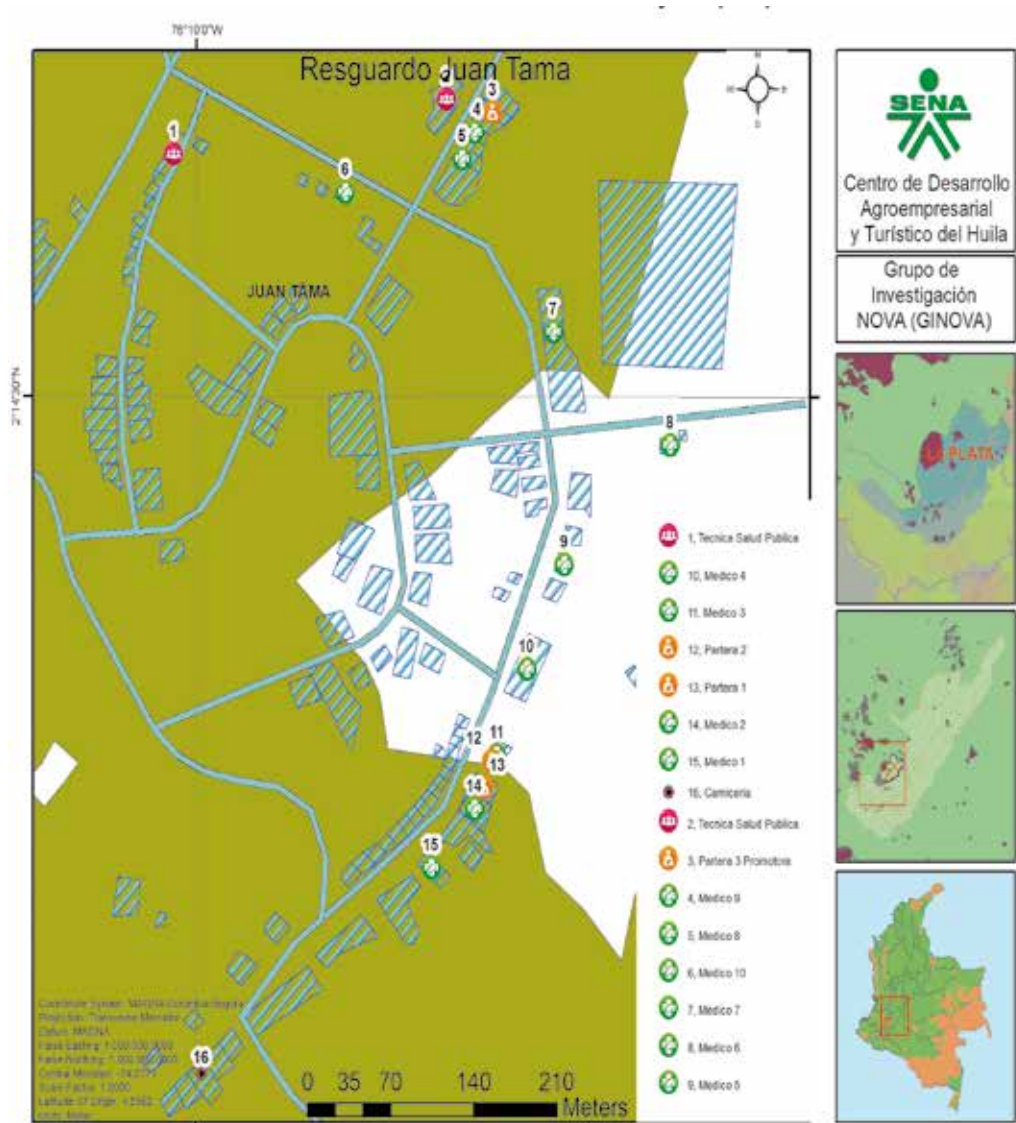
RESGUARDO LA REFORMA

Caracterización de las necesidades en salud de los resguardos indígenas del occidente del Huila para la formulación de programas de intervención



RESGUARDO JUAN TAMA

Caracterización de las necesidades en salud de los resguardos indígenas del occidente del Huila para la formulación de programas de intervención





LLANO BUCO

Caracterización de las necesidades en salud de los resguardos indígenas del occidente del Huila para la formulación de programas de intervención

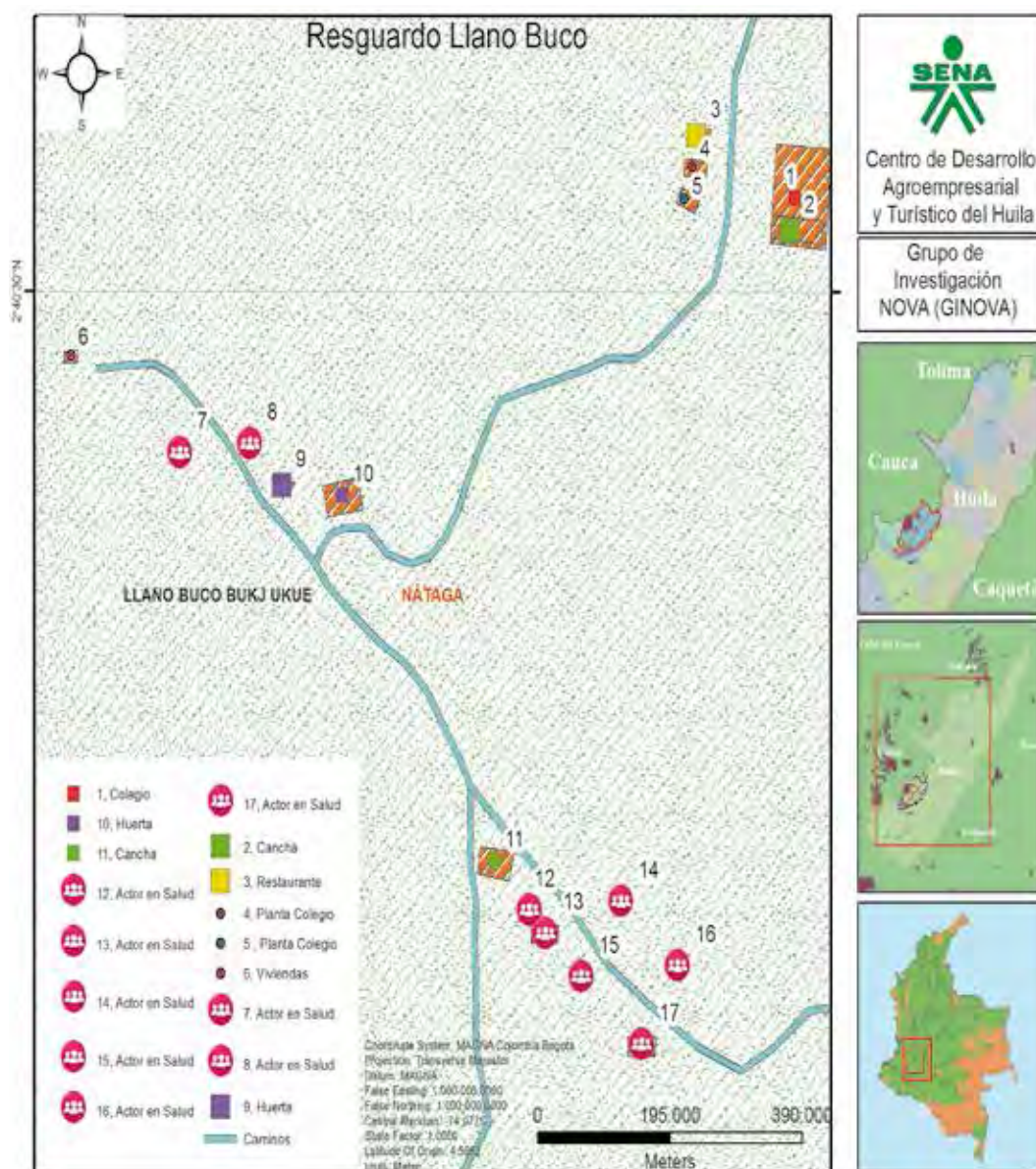


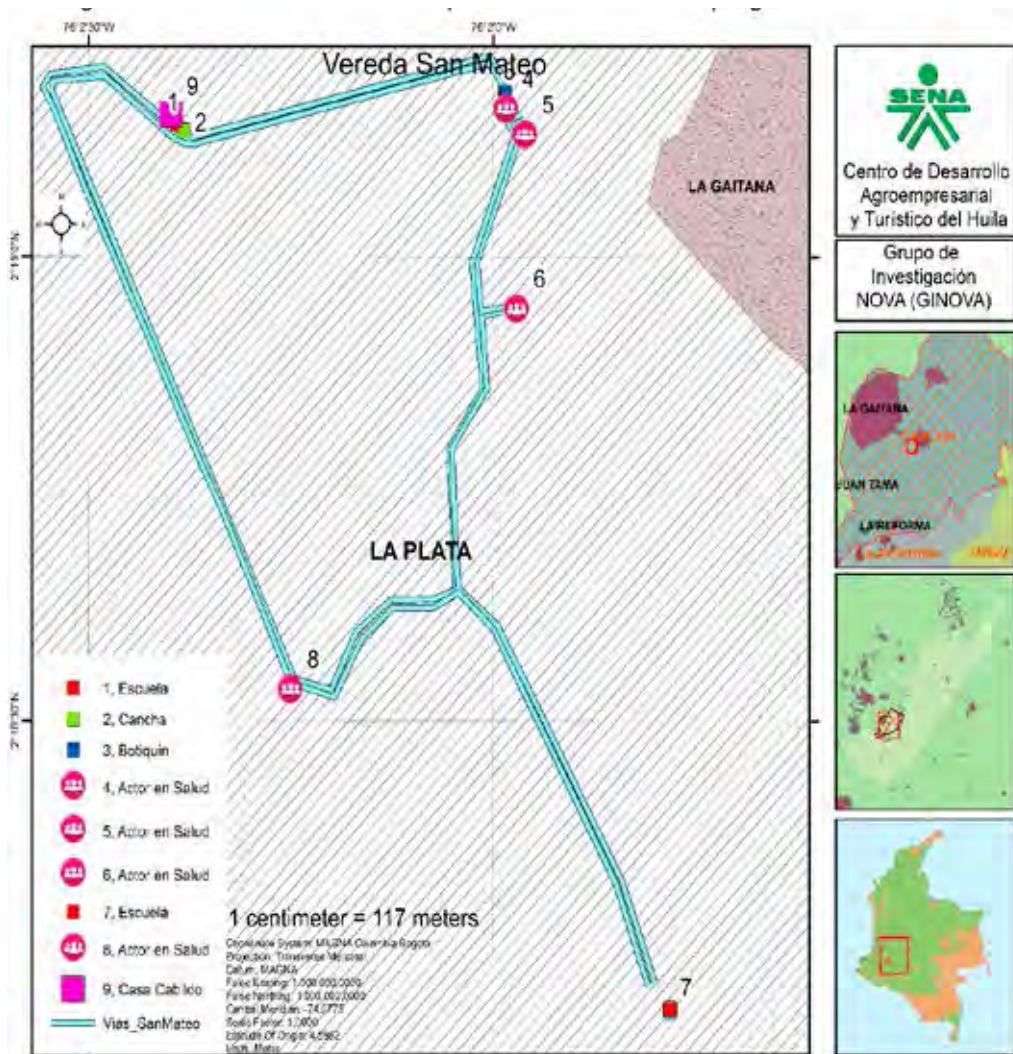
Tabla 37. Coordenadas Geográficas de actores en salud en infraestructura Resguardo Llano Buco

Descripción	Coordenada X (Este)	Coordenada Y (Norte)
Colegio	-75,75318261	2,675343065
Cancha	-75,75320433	2,675223927
Restaurante	-75,75363905	2,675566994
Planta Colegio	-75,7536584	2,675453598
Planta Colegio	-75,75369606	2,675336591
Viviendas	-75,75654486	2,674768302
Actor en Salud	-75,7560391	2,674417726
Actor en Salud	-75,75571387	2,67445243
Huerta	-75,75556346	2,674301731
Huerta	-75,75528031	2,674264943
Cancha	-75,75457322	2,672944155
Actor en Salud	-75,75441371	2,672766907
Actor en Salud	-75,75433911	2,672683203
Actor en Salud	-75,75398845	2,672799464
Actor en Salud	-75,75417169	2,67252755
Actor en Salud	-75,75372472	2,672567148
Actor en Salud	-75,75389117	2,672283851

Este resguardo cuenta con una extensión de 484 ha de acuerdo a la delimitación otorgada por la resolución 0026 del 15 de septiembre del 2015.



1.1. SAN MATEO



Mapa 7. Descripción de actores locales e infraestructura resguardo en la Vereda San Mateo

Este asentamiento tiene como particularidad estar en los límites de la delimitación del resguardo la Gaitana, en la vereda San Mateo, una baja densidad poblacional, al igual que pocos actores en salud y una débil y escasa infraestructura.

Tabla 38 Coordenadas Geográficas de actores en salud en infraestructura vereda San Mateo

Descripción	Coordenada X (Este)	Coordenada Y (Norte)
Escuela	-76,03980976	2,319055271
Cancha	-76,03965031	2,318928751
Botiquín	-76,03303535	2,31962371
Actor en salud	-76,03303876	2,319331384
Actores en salud	-76,0326476	2,318870105
Actor en Salud	-76,03281626	2,315742664
Escuela	-76,02963375	2,303165251
Actores en Salud	-76,03746367	2,308907635
Casa Cabildo	-76,03992327	2,319230451



Resguardo Indígena Llano Buco

Fuente: Heimar Hernán Coronado Hernández, William Orlando Triana Perdomo



D.

Conclusiones y recomendaciones *(Adriana C. Villada Ramírez).*



En el 2009, a partir de la vigilancia epidemiológica de la AIC, se reporta que las enfermedades reportadas pudieron ser prevenibles a partir de un “manejo integral de la persona y su entorno” (6). Dentro del componente del SISPI, los sistemas de información en salud cumplen con la función de contar con registros demográficos, socioculturales, de atención y satisfacción de la comunidad (6). A pesar de ello, a través del análisis cuantitativo, fue posible evidenciar los diferentes errores en el registro y la escasez de datos que podrían haber facilitado una comprensión más amplia de los resultados obtenidos. Se recomienda tener en cuenta los datos estadísticos obtenidos a partir de las bases de datos del SUIIN analizadas en el presente documento. Para hacer uso de ellos, es preciso realizar un proceso de socialización de resultados a las entidades gubernamentales, con el fin de facilitar la toma de decisiones en salud de los pueblos indígenas basadas en datos actualizados. Los sistemas de información siguen siendo una gran limitación.

No fue posible captar diferencias sustanciales entorno a la medicina indígena dado que en la muestra seleccionada, sólo fueron entrevistados los sabedores ancestrales de un resguardo, La Reforma. No obstante, como se evidencia en los resultados de los datos analizados del 2011 al 2014, se presenta un porcentaje más bajo de credibilidad hacia la medicina tradicional, comparado con los que no creen. Esto se corrobora con los resultados de las entrevistas, en las que reportan que “hay mucho yerbatero haciendo propaganda” cuyo interés es económico sin genera un impacto positivo en la población. Este elemento, puede estar asociado a la poca credibilidad por parte de los comuneros frente a la medicina tradicional indígena. Asimismo, a pesar de la aversión hacia la medicina occidental, reportada por parte de los sabedores ancestrales, los datos cuantitativos demuestran una mayor frecuencia de uso de la medicina occidental. Para disminuir la morbilidad y mortalidad en el territorio, los delegados indígenas plantearon aterrizar el modelo a cada pueblo. Modelos que requieren para la construcción el apoyo institucional, donde exista la posibilidad de ajustes y aportes de los indígenas. La sabiduría ancestral se posee y es conocida a través de la práctica, tanto que los occidentales en ocasiones recurren este tipo de sanación, lo que necesitan los pueblos indígenas es la ayuda técnica para fortalecer los modelos a construir” (9).

Referencias Bibliográficas

1. OEA. Pueblos indígenas 2016. Available from: http://www.oas.org/es/temas/pueblos_indigenas.asp.
2. ONU. Temas Mundiales: Pueblos indígenas 2016. Available from: <http://www.un.org/es/globalissues/indigenous/index.shtml>.
3. OMS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Washington D.C, Estados Unidos 2008.
4. Anacona A, Cardona MI, Tunubala M. Estudio de Caracterización de Pueblos Indígenas: Kofán, Misak -Guámbianos, Quichuas, Ingas, Yanaconas, Nasas habitantes de Santiago de Cali. Cali: Universidad del Valle, 2010.
5. Haesbaert R. El mito de la desterritorialización: del fin de los territorios a la multiterritorialidad. *Cultura Y Representaciones Sociales*, 8(15), 9–42 2013;8(15):9-42.
6. CRIC, editor SISPI: Sistema indígena de salud propio e intercultural XII Congreso del CRIC, Sa'th Tama Kiwe 2005; Caldono
7. ACNUR. Pueblos Indígenas en Colombia 2016 [cited 2016]. Available from: <http://www.acnur.org/t3/pueblos-indigenas/pueblos-indigenas-en-colombia/>.
8. Villada AC, Eslva-Schmalbach J. Estadísticas Forenses para la toma de decisiones. In: Téllez NR, editor. *Patología Forense: un enfoque centrado en derechos humanos*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015.
9. OPIAC. Construcción del SISPI debe respetar las particularidades cosmogónicas [cited 2016 Noviembre]. Available from: <http://www.opiac.org.co/noticias/nacionales/267-construccion-del-sispi-debe-respetar-las-particularidades-cosmogonicas.html>.
10. Amnistía Internacional, *La Lucha por la Supervivencia y la Dignidad: Abusos a los Derechos Humanos contra Pueblos Indígenas en Colombia*, 2010.
11. Estudio de Caracterización de Pueblos Indígenas: Kofán, Misak -Guámbianos, Quichuas, Ingas, Yanaconas, Nasas habitantes de Santiago de Cali Abril 12 de 2010.
12. MinSalud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 Bogotá 1993.
13. ONS, MinSalud. *Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca*. Bogotá, D.C. : Instituto Nacional de Salud; 2015.



Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila

Carrera 7 No. 5 – 67 La Plata Huila

PBX: 8370987 EXT: 83737

Sennova La Plata

Twitter @Ninvestigación

info@ginova.com.co

www.ginova.com.co