

**APROXIMACIÓN AL ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD INDÍGENA DEL
RESGUARDO YARINAL SAN MARCELINO A JUNIO DE 2010, MUNICIPIO DE
SAN MIGUEL, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**

CLAYRETH JIMÉNEZ PABÓN
ANDREA PAOLA MORILLO GÓMEZ
YESNED ANDREA ROJAS ÁLVAREZ

CONVENIO UNIVERSIDAD CES – UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA
MOCOA, PUTUMAYO
2010

**APROXIMACIÓN AL ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD INDÍGENA DEL
RESGUARDO YARINAL - SAN MARCELINO A JUNIO DE 2010, MUNICIPIO DE
SAN MIGUEL, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**

CLAYRETH JIMÉNEZ PABÓN
ANDREA PAOLA MORILLO GÓMEZ
YESNED ANDREA ROJAS ÁLVAREZ

HERNÁN GARCÍA CARDONA
ASESOR

CONVENIO UNIVERSIDAD CES – UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA
MOCOA, PUTUMAYO
2010

NOTA DE ACEPTACIÓN

Aunque inicialmente plantearon un estudio relacionado con los conocimientos, actitudes y prácticas de salud de la comunidad indígena del Resguardo Yarinal - San Marcelino del municipio de San Miguel, Putumayo, finalmente optaron por acercarse a parte de la realidad en salud, lo cual no invalida el estudio. Las alumnas asumieron su compromiso con responsabilidad. La realidad sociocultural indígena tiene sus particularidades que son de difícil abordaje. En el ámbito de la salud y el desarrollo ésta se manifiesta en la existencia de conceptos reconocidos como oficiales, que representan los anhelos de la sociedad mayoritaria, y que se contraponen a los conceptos de desarrollo y salud que poseen las culturas originarias de nuestro país.

Interesante aporte que pudieran continuar y fortalecer futuros estudiantes del programa de especialización en Gerencia de la Salud Pública.

El trabajo de grado cumplió con los lineamientos técnicos, metodológicos y de contenido, en consecuencia se aprueba y su calificación es de cinco punto cero (5.0)

Hernán García C.

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico:

A mi madre, mi hermano, y mis familiares, quienes han sido el motivo para superarme cada día más.

A las comunidades indígenas del Departamento del Putumayo, que todos los días luchan por mantener su identidad como pueblos hermanos.

Clayreth Jiménez Pabón

Dedicatoria

*A Dios por permitir cumplir uno más de mis sueños.
A mi hijo Jorge Alejandro, por su ternura y adorable compañía.
A mi esposo Jorge por el amor y apoyo incondicional.*

Andrea Paola Morillo Gómez

Dedicatoria

Dedico este trabajo a todos los que me apoyaron en la realización de estos estudios.

A mi esposo, y mis hijas, por el amor incondicional, y la comprensión en los momentos de ausencia que se presentaron para poder lograr este título.

Yesned Andrea Rojas Álvarez

Agradecimientos

A la comunidad kofán del resguardo indígena de Yarinal – San Marcelino, del municipio de San Miguel, Departamento del Putumayo, en especial, a su gobernador Eliseo Queta, a sus autoridades indígenas, y a todas familias que con su apoyo hicieron posible construir este proyecto de investigación.

A mis compañeras de trabajo por su compromiso como profesionales.

Clayreth Jiménez Pabón

Agradecimientos

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor, para terminar uno más de mis estudios en especialización.

Agradezco también la confianza y el apoyo de mis padres, hermanos y toda nuestra familia Morillo Gómez y Ortega Morales, porque han contribuido positivamente para llevar a cabo un gran logro personal.

Gracias a Jorge Alejandro, mi hijo, y Jorge Ortega, mi esposo, por su cariño, guía y apoyo para realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida.

A todos los maestros de la Universidad CES de Antioquia y Universidad Mariana por compartir y asesorar a cada uno de sus alumnos, porque con sus valiosos aportes, nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

A mis compañeros por su comprensión, cariño y por la gran calidad humana que me demostraron con una actitud de respeto en todo este tiempo que compartimos académicamente, para lograr ser unos profesionales altamente competitivos.

Al pueblo indígena Kofán, objeto del trabajo de grado por su valiosa participación, y por permitir conocer un poco más de su cultura.

Andrea Paola Morillo Gómez

Agradecimientos

A toda la comunidad Kofán, por permitir la realización de este estudio y darnos a conocer una parte de su forma de vida, gracias y mil bendiciones.

Yesned Andrea Rojas Álvarez

CONTENIDO

	Página
RESUMEN.....	17
ABSTRACT.....	17
INTRODUCCIÓN.....	18
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	20
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	22
1.4 DELIMITACIÓN.....	22
1.5 ALCANCE.....	22
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3. MARCO REFERENCIAL.....	24
3.1 ANTECEDENTES.....	24
3.2 MARCO TEÓRICO.....	25
3.2.1 Elementos para la atención en salud indígena.....	25
3.2.1.1 Concepto de salud – enfermedad y sistemas de salud tradicionales.....	25
3.2.1.2 Sistemas de salud interculturales.....	28
3.2.2 Conocimientos, actitudes y prácticas en salud en comunidades indígenas.....	31
3.3 MARCO CONTEXTUAL.....	33
3.3.1 Generalidades acerca del municipio de San Miguel.....	33
3.3.1.1 Aspectos político administrativos.....	33
3.3.1.2 Aspectos demográficos.....	34
3.3.1.3 Entorno ambiental.....	37
3.3.1.4 Servicios sociales.....	37
3.3.1.5 Servicios públicos.....	38
3.3.1.6 Infraestructura y equipamiento.....	39
3.3.1.7 Actividades productivas.....	40
3.3.2 Generalidades sobre el resguardo indígena Yarinal – San Marcelino.....	41
3.3.2.1 Procesos demográficos.....	41
3.3.2.1.1 Población.....	41
3.3.2.1.2 Dinámica de poblamiento.....	41
3.3.2.2 Territorio.....	41
3.3.2.2.1 Historia.....	41
3.3.2.2.2 Patrón de asentamiento.....	42
3.3.2.2.3 Tenencia y ocupación actual.....	43
3.3.2.3 Aspectos culturales.....	44
3.3.2.3.1 Organización y control social.....	44
3.3.2.3.2 Valores.....	45
3.3.2.3.3 La familia.....	48

3.3.2.3.4 La chagra	48
3.3.2.4 Servicios sociales.....	49
3.3.3 Aspectos normativos	49
4. METODOLOGÍA	51
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
4.2.1 Unidad de análisis	51
4.2.2 Variables	51
4.2.3 Instrumentos.....	52
4.2.4 Momentos en la ejecución del proyecto	53
5. RESULTADOS.....	54
5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	54
5.1.1 Distribución de la población por pertenencia étnica	54
5.1.2 Distribución de la población por grupos de edad y sexo	54
5.1.3 Idiomas y lenguas indígenas	55
5.1.4 Escolaridad.....	56
5.1.5 Actividad laboral	56
5.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	57
5.2.1 Fecundidad.....	57
5.2.2 Mortalidad.....	58
5.2.3 Migración.....	58
5.3 CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR Y DE LA VIVIENDA.....	58
5.3.1 Características físicas	58
5.3.1.1 Tipo de vivienda y dotación espacial	58
5.3.1.2 Servicio domiciliario de agua.....	59
5.3.2 Composición del hogar.....	60
5.3.3 Hábitos del hogar	60
5.3.3.1 Tratamiento al agua para consumo humano	60
5.3.3.2 Disposición de excretas y basuras	61
5.3.3.3 Hábitos alimentarios	62
5.3.3.4 Hábitos relacionados con los medios de comunicación	63
5.3.4 Convivencia con animales.....	63
5.4 PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD.....	64
5.4.1 Morbilidad sentida	64
5.4.1.1 Causas de morbilidad sentida	65
5.4.1.2 Agente consultado por enfermedad	66
5.4.2 Accidentes	66
5.4.3 Salud oral	67
5.4.3.1 Morbilidad oral.....	67
5.4.3.2 Agente consultado por problemas en la dentadura o en la boca	67
5.4.3.3 Prácticas de aseo dental.....	68
5.4.3.4 Creencias sobre problemas dentales	68
5.4.4 Salud materno – infantil.....	68
5.4.4.1 Embarazo y parto.....	68

5.4.4.2 Atención al parto	70
5.4.4.3 Lactancia materna.....	70
5.4.4.4 Inmunizaciones.....	70
5.4.4.5 Enfermedad diarreica aguda –EDA	70
5.4.4.6 Infección respiratoria aguda –IRA	74
5.4.5 Morbilidad infantil por EDA e IRA.....	76
5.4.4.1 Morbilidad por EDA	76
5.4.5.2 Morbilidad por IRA.....	77
6. DISCUSIÓN	78
6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	78
6.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	78
6.3 CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR Y DE LA VIVIENDA.....	79
6.4 PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD.....	80
7. CONCLUSIONES	84
8. RECOMENDACIONES.....	86
9. BIBLIOGRAFÍA.....	87
10. ANEXOS	91

LISTADO DE ANEXOS

	Página
Anexo 1. Formularios de las encuestas	92
Anexo 2. Copia de las encuestas diligenciadas	104

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Indicadores demográficos comparados año 2008	35
Tabla 2. Mortalidad comparada San Miguel y Putumayo año 2008	36
Tabla 3. Algunos indicadores básicos de salud comparados, año 2008	38
Tabla 4. Relación de objetivos específicos, resultados y variables	52
Tabla 5. Hábitos alimentarios de la comunidad	62
Tabla 6. Hábitos relacionados con los medios de comunicación	63
Tabla 7. Convivencia de animales en la vivienda	64
Tabla 8. Percepción de la enfermedad	64
Tabla 9. Morbilidad sentida	65
Tabla 10. Salud oral de la comunidad indígena	67
Tabla 11. Problemas de salud oral	67
Tabla 12. Uso de cepillo de dientes	68
Tabla 13. Creencias sobre las enfermedades de los dientes	68
Tabla 14. Señales de peligro o enfermedad durante el embarazo	69
Tabla 15. Tipo de vacunas aplicadas a menores de cinco años	70
Tabla 16. Conocimiento materno sobre la diarrea y sus señales de gravedad	71
Tabla 17. Creencias sobre las causas de la diarrea	72
Tabla 18. Medidas preventivas contra la diarrea	72
Tabla 19. Tratamiento para el control de la diarrea	73
Tabla 20. Modo de preparación de la bebida para curar la diarrea	73
Tabla 21. Alimentos que se suspenden durante la diarrea	74
Tabla 22. Señales de alerta para infección respiratoria aguda	75
Tabla 23. Conocimiento materna sobre las causas de la infección respiratoria aguda	75
Tabla 24. Medidas de prevención para evitar la infección respiratoria aguda	75
Tabla 25. Tratamientos contra la infección respiratoria aguda	76
Tabla 26. Agente consultado en caso de infección respiratoria aguda	76
Tabla 27. Señales durante la enfermedad diarreica aguda	76
Tabla 28. Señales durante la infección respiratoria aguda	77

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Municipio de San Miguel, Departamento del Putumayo	33
Figura 2. Pirámide de población por grupos de edad municipio San Miguel año 2010	34
Figura 3. Mortalidad infantil comparada año 2008	36
Figura 4. Momentos en la ejecución del proyecto	53
Figura 5. Distribución de la población por pertenencia étnica	54
Figura 6. Pirámide de la población por grupos de edad quinquenales	55
Figura 7. Lenguas que hablan en el resguardo indígena	55
Figura 8. Lengua que leen y escriben en el resguardo indígena	56
Figura 9. Nivel de escolaridad de la población del resguardo indígena	56
Figura 10. Dedicación a actividades laborales	57
Figura 11. Dotación de cuartos de la vivienda	58
Figura 12. Dotación de cuartos para dormir en cada vivienda	59
Figura 13. Localización del abastecimiento de agua para consumo humano	59
Figura 14. Relación con el jefe de hogar	60
Figura 15. Estado conyugal	60
Figura 16. Tratamiento de agua para consumo humano	61
Figura 17. Disposición de excretas	61
Figura 18. Disposición final de basuras	62
Figura 19. Alimentos que debe consumir un menor de cinco años	63
Figura 20. Agente consultado por enfermedad	66
Figura 21. Causas de accidentes durante la semana anterior a la entrevista	66
Figura 22. Alimentos que una mujer no debe consumir durante el embarazo	69
Figura 23. Percepción materna de enfermedad cuando un niño hace deposiciones líquidas, acuosas o muy aguadas	71
Figura 24. Prohibición de alimentos al niño cuando tiene diarrea	73
Figura 25. Agente consultado en caso de diarrea	74
Figura 26. Tiempo de duración de la enfermedad diarreica aguda	77
Figura 27. Tiempo de duración de la infección respiratoria aguda	77

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

	Página
Foto 1. La lucha de los pueblos indígenas es permanente	20
Foto 2. El pueblo kofán tiene su organización social y cosmovisión	21
Foto 3. Las decisiones son concertadas	24
Foto 4. La minga es una estrategia de trabajo comunitario	26
Foto 5. El plan de vida kofán fue concertado	29
Foto 6. La comunidad participa en el trabajo comunitario	31
Foto 7. La Dorada, cabecera municipal de San Miguel	33
Foto 8. Puerto Colón, corregimiento sobre el río San Miguel	35
Foto 9. Vía hacia el puente internacional	39
Foto 10. El río San Miguel separa la frontera entre Colombia y Ecuador	40
Foto 11. Vivienda construida en madera sobre pilotes	42
Foto 12. El cabildo indígena es una estructura de la organización social	44
Foto 13. Taita Querubín Queta, líder de la medicina tradicional	46
Foto 14. Taita ataviado para una ceremonia ritual	47
Foto 15. La familia tiene orientación patriarcal	48

RESUMEN

La atención en salud a los pueblos indígenas es compleja no solo por barreras socioeconómicas de pobreza y localización en alejadas zonas rurales, sino de naturaleza cultural por las percepciones diferentes sobre el fenómeno salud enfermedad desde los sistemas tradicionales de salud de la medicina indígena. Se requiere un nuevo modelo intercultural que integre el conocimiento ancestral con los avances científicos de la medicina occidental y las políticas nacionales de salud y seguridad social. Este estudio abordó de manera preliminar el estado de salud de la comunidad del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino, municipio de San Miguel, Departamento del Putumayo. El estudio se hizo a través de encuestas aplicadas a 35 familias que habitan dicho resguardo indígena, sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud. Los resultados no presentaron diferencias notorias con otras comunidades indígenas del país, pero, al nivel local constituyen una línea base para las intervenciones sectoriales, y pueden servir como un insumo para la construcción de un modelo intercultural de atención en salud indígena.

Palabras clave: sistemas de salud, salud indígena, modelo intercultural en salud

ABSTRACT

Health care for indigenous peoples is complicated not only by poverty and socio-economic barriers in remote rural location, but cultural in nature by different perceptions about the health-disease phenomenon from traditional health systems of indigenous medicine. It requires a new cultural model that integrates ancient wisdom with the scientific advances of Western medicine and national health policies and social security. This study preliminarily addressed the health of the community of indigenous reservation Yarinal - San Marcelino, municipality of San Miguel, Putumayo. The study was conducted through surveys of 35 families living in the indigenous reservation, knowledge, attitudes and practices in health. The results showed no notable differences with other indigenous communities in the country, but at the local level constitute a baseline for sectoral interventions, and can serve as an input for the construction of an intercultural model of care in indigenous health.

Keywords: health systems, indigenous health, intercultural health model

INTRODUCCIÓN

La inequidad en salud es un indicio evidente de la ineficacia de las políticas y del sistema general de seguridad social en salud. En el caso de los pueblos indígenas, la atención en salud presenta una notoria desigualdad, no solo por las barreras de acceso a los servicios de salud provocados por la dispersión geográfica y otros condicionantes socioeconómicos, sino debido a la disparidad cultural frente a la percepción sobre la salud y enfermedad desde los sistemas de salud tradicional de la medicina indígena, y los postulados de la medicina alopática del sistema general de seguridad social en salud.

La atención en salud a los pueblos indígenas demanda un modelo intercultural que se adapte a las condiciones particulares de estas minorías. Entre otros insumos, ese modelo requiere una pertinente y coherente sustentación conceptual, y a su vez información básica sobre el estado de salud de la población indígena.

Este proyecto de investigación se orientó a hacer un aporte que puede ser útil para las intervenciones con el actual sistema de salud, y también contribuir al nuevo modelo intercultural. El proyecto ha abordado de manera preliminar el estado de salud de la comunidad del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino. El diseño del proyecto se hizo con base en otro estudio adelantado por el Instituto Nacional de Salud –INS sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud en comunidades indígenas.

Este documento corresponde al informe final comprendido en 10 capítulos. En el capítulo 1 se describe el problema de investigación. En el capítulo 2 se plantean los objetivos. El capítulo 3 trata sobre el marco referencial, es decir, los antecedentes, el marco teórico y el marco contextual. En el capítulo 4 se muestra la metodología empleada en el proyecto. El capítulo 5 entrega los resultados sobre las características de la población estudiada, las características demográficas, las características del hogar y de la vivienda, percepción de la enfermedad, actitudes y prácticas en salud. En el capítulo 6 se hace una discusión acerca de los resultados obtenidos comparados con el estudio de referencia del INS. El capítulo 7 presenta las conclusiones, en el capítulo 8 se hacen unas recomendaciones, en el capítulo 9 está la bibliografía, y el capítulo 10 corresponde a los anexos.

Los proyectos que involucran minorías étnicas encuentran limitaciones en la recolección de la información por la diversidad en las percepciones. En este proyecto si bien un importante segmento de la población es hispanoparlante, la composición de varias nacionalidades indígenas con su propia cosmovisión fue un desafío para alcanzar la confianza y empatía que garantizaran no solo una fluida comunicación con la población, sino la autenticidad y veracidad de la información suministrada.

Los resultados del proyecto constituyen una línea base de conocimiento sobre el estado de salud de los pueblos indígenas en el Departamento del Putumayo, y se espera que esta información pueda coadyuvar en las intervenciones locales del sistema de seguridad social en salud, y ojalá sea un grano de arena hacia la construcción del modelo intercultural de atención en salud para los pueblos indígenas, y romper el círculo vicioso de la inequidad en salud con las minorías étnicas.

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En Colombia existe una normatividad en materia de salud indígena fortalecida después de la Constitución Política de 1991, que reglamenta el acceso, cobertura y demás particularidades de la seguridad social en salud para los pueblos indígenas. Además, al nivel nacional existe una información fragmentaria sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en salud en comunidades indígenas.

En el Departamento del Putumayo hay 14 pueblos indígenas que representan el 3.20% aproximado de la población indígena del país. El Censo 2005 mostró que este segmento representaba el 14.35% de la población putumayense (DANE, 2010), y otra información demográfica relevante sobre las particularidades étnicas, sin embargo, entre otros vacíos, se carece de información sobre el estado de salud de los pueblos indígenas que habitan en este territorio.



*Foto 1.
La lucha de los pueblos indígenas por
sus derechos es permanente.*

El resguardo indígena de Yarinal – San Marcelino forma parte de la territorialidad de los pueblos indígenas del Departamento del Putumayo, la mayoría de la población pertenece a la nacionalidad kofán, pero, la población de este resguardo está compuesta por otras nacionalidades indígenas como: awá, siona, quichua, inga y pastos. La Organización Zonal Indígena del Putumayo –OZIP (2010) estima que la población kofán de este resguardo representa el 15% aproximado de la población total del pueblo kofán. Además, de hecho, se desconoce el estado de salud de la comunidad de este resguardo.

La población indígena es un caso típico de exclusión en la salud pública con una paradoja evidente: existen importantes avances normativos, pero, no se han puesto en práctica, es una legislación invisible que no ha logrado un reconocimiento formal de los derechos.

Al nivel nacional hay algunos avances, no obstante, en el Departamento del Putumayo, las autoridades del sector de la salud y del sistema general de seguridad social en salud han adelantado escasas iniciativas, evadiendo el cumplimiento de sus obligaciones con argumentaciones espurias de barreras que impiden los servicios de atención en salud, tales como: la cosmovisión y cultura indígena, la violencia política, la dificultad de acceso a los territorios indígenas, el patrón de ocupación dispersa en amplias zonas rurales, los registros de atención hospitalaria no muestran desagregada la atención a la población indígena, y las entidades promotoras de salud -EPS carecen de estrategias interculturales para atención a los usuarios indígenas, entre otras razones.



*Foto 2.
El pueblo kofán tiene una organización social
y una cosmovisión propias.*

Desde esta perspectiva, el resguardo indígena de Yarinal – San Marcelino cumple con las características que pueden justificar el desconocimiento del estado de salud, puesto que se trata de un espacio de la zona rural, donde la población vive de manera dispersa en su territorio, con influencia de actores de la violencia política, y unas condiciones de pobreza como una barrera adicional que dificulta la atención en salud, pues no hay dinero suficiente, si se tiene para el pasaje de ida hacia el centro de salud no hay para el de regreso. En suma, se desconoce el estado de salud de la población del resguardo indígena de Yarinal – San Marcelino.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Este proyecto definió el propósito de investigación alrededor de una pregunta orientadora: ¿cuál es el estado de salud de la población indígena en el resguardo indígena Yarinal - San Marcelino?

Algunas preguntas complementarias para la ejecución de este proyecto fueron: ¿cuáles son las condiciones sociales y ambientales de la población en estudio?, ¿cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud de la comunidad indígena del resguardo indígena Yarinal - San Marcelino?, y ¿cuál es la morbilidad sentida y la mortalidad del resguardo indígena Yarinal - San Marcelino?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el contexto de la diversidad cultural, sin menoscabar los aportes de las otras nacionalidades indígenas que habitan el resguardo, el pueblo kofán ha sido reconocido como el epicentro de la red de curanderismo y medicina tradicional del sur occidente de Colombia. A su vez ha estado sometido a un proceso de transculturización por fenómenos económicos cíclicos como el extractivismo, la industria petrolera, y los cultivos ilícitos de coca. La población ha sido diezmada y queda un reducto distribuido en varios resguardos: el resguardo indígena de Yarinal – San Marcelino puede representar el 15% de la población estimada del actual pueblo kofán, cualquier intervención en salud contribuirá a mantener la diversidad cultural.

En la perspectiva de la salud pública, el sistema de vigilancia epidemiológica de eventos de interés en salud pública –SIVIGILA y las bases de datos de las EPSs carecen de información específica sobre la población del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino, y más aún desagregada por resguardos. En consecuencia, si se desea alcanzar un impacto positivo en la salud individual y colectiva de esta población se requiere determinar una línea base sobre el estado de salud para determinar y dimensionar las intervenciones requeridas que garanticen no solo el bienestar sino la pervivencia de esta población indígena.

1.4 DELIMITACIÓN

En términos espaciales y geográficos, el proyecto se ejecutó en la reserva indígena Yarinal – San Marcelino, que está localizada al sur del municipio de San Miguel, Departamento del Putumayo (Figura 1).

Desde el punto de vista académico, el proyecto determina una línea base exploratoria sobre el estado de salud de la población del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino, que puede servir como insumo para las intervenciones en salud pública de la población indígena en el Departamento del Putumayo.

1.5 ALCANCE

El proyecto se ejecutó como iniciativa del grupo de investigadoras sin apoyo institucional, sin embargo, se realizó con rigurosidad científica y metodológica, de manera, que se espera que los resultados constituyan una línea base de referencia en salud pública para la población en estudio y para la demás población indígena del Departamento del Putumayo.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar una línea base del estado de salud de la comunidad indígena del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino, municipio de San Miguel, Departamento del Putumayo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar las condiciones sociodemográficas de la población indígena del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino.

Establecer algunos conocimientos, actitudes y prácticas en salud de la comunidad indígena del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino.

Determinar la morbilidad sentida y la mortalidad del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 ANTECEDENTES

En Colombia, el estudio sobre la vida y cotidianidad de los pueblos indígenas ha sido abordado desde las ciencias sociales y biológicas hacia la cultura y el conocimiento ancestral, pero, sobre las ciencias médicas los estudios son más escasos. El interés sobre los pueblos indígenas ha sido abordado con énfasis en las ciencias sociales acerca de temáticas relacionadas con la cosmovisión y organización social, también, desde las ciencias naturales como la biología y la química con estudios orientados hacia el conocimiento de las plantas y su aprovechamiento farmacológico, y demás usos sostenibles de los recursos naturales.

No obstante, los escasos estudios sobre medicina tradicional y el fenómeno salud enfermedad han sido tratados más desde la antropología cultural que desde la perspectiva de las ciencias médicas, esto constituye un obstáculo para la materialización de algunos avances normativos que favorecen la interculturalidad y la determinación de estrategias innovadoras para la atención en salud de la población indígena, que faciliten un óptimo aprovechamiento del acervo de conocimientos en medicina tradicional, y un mejoramiento permanente del servicio de seguridad social en salud para la población indígena.



*Foto 3.
Las decisiones son concertadas con la participación de los comuneros.*

De acuerdo con Piñeros y Sabogal (1999), en Colombia, hay dificultades en la prestación del servicios de salud institucionales ofertados a comunidades diferenciadas culturalmente, además, reconoce el desconocimiento relacionado con las múltiples visiones de la salud existentes. En particular, realizaron un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud en comunidades indígenas, cuyas variables incluyeron temáticas, tales como: características generales y demográficas de la población indígena, características del hogar y la vivienda, percepción de enfermedad en la semana anterior a la encuesta, utilización de recursos en salud, algunos conocimientos y prácticas relacionados con la salud oral y la salud mater-

no infantil, con énfasis en la enfermedad diarreica aguda -EDA e infección respiratoria aguda -IRA, y algunos datos de morbilidad infantil.

Según Ardón et al. (2000), en el estudio sobre sistemas de salud de las comunidades indígenas y negras de Colombia, reconstruyeron la forma como algunas comunidades indígenas y negras organizan su respuesta a los problemas de salud incluyendo factores que condicionan la salud de las comunidades, el concepto sobre salud y enfermedad prevalente, los recursos propios, oficiales y no gubernamentales con que cuentan, la articulación con los servicios ofrecidos por prestadores tradicionales, y los factores que favorecen o interfieren la articulación con el sistema nacional de salud.

Otra investigación ha establecido las características del cuidado de las personas en los procesos de salud y enfermedad, tales como: los cuidados de los niños y adultos enfermos, los cuidados a la mujer y al niño durante el embarazo, el parto y la lactancia materna, en general, las características de los cuidadores en varias comunidades indígenas (Salazar y Duque, 2000).

Sobre el estado nutricional de las comunidades indígenas colombianas, Tovar y Chinchilla (2000) tienen importantes aportes. En un estudio sobre los aspectos nutricionales y alimentarios analizaron los factores determinantes sobre la disponibilidad de alimentos, su consumo y la utilización que la población hace de éstos después de ingerirlos.

También se ha abordado la salud oral en comunidades indígenas en un estudio exploratorio que trata sobre aspectos tales como: higiene oral, nutrición y salud oral, enfermedades orales observadas, destrucciones coronales severas, focos sépticos, enfermedad periodontal, pigmentaciones extrínsecas, facetas de desgaste, baja incidencia de apiñamiento dental, labio y paladar hendido, papilomatosis palatina, parálisis facial, y extracciones versus estética (Hernández et al., 2000).

Un estudio más amplio sobre salud indígena en la amazonia colombiana, realizado por Sabogal et al. (1993), incluye temas como: demografía, análisis de indicadores básicos de salud, educación, servicios públicos, problemas de salud por causas más comunes, y los servicios de salud, atención primaria y participación comunitaria, entre otros.

3.2 MARCO TEÓRICO

3.2.1 Elementos para la atención en salud indígena

3.2.1.1 Concepto de salud – enfermedad y sistemas de salud tradicionales

Los sistemas de salud como respuesta de las culturas al problema de la enfermedad o como estrategia para mantener el estado de salud tienen una relación biuní-

voca con las diferentes sociedades, es decir, con organizaciones sociales localizadas en un determinado entorno que tienen sus propias características, producto de los procesos históricos que han configurado las relaciones sociales, políticas, económicas y culturales de los individuos que las conforman (OPS, 1997).

El carácter pluricultural del país consagrado en la Constitución Política, en la práctica es casi invisible, desconociendo los procesos históricos de la colonización, y por el contrario, se promueve la tendencia a homogeneizar a los pueblos, menoscabando el valor de las culturas que han sobrevivido la interacción asimétrica de sometimiento a culturas hegemónicas. Esta heterogeneidad en la composición étnica y cultural dificulta la aplicación de modelos únicos de atención en salud, promoviendo un rezago en el acceso y cobertura en salud, y por supuesto, neutraliza el mejoramiento del bienestar de estas poblaciones, y actúa como un factor promotor de inequidad y exclusión social.

En relación con el problema de la enfermedad cada cultura ha creado categorías, modelos, ideas, y prácticas propias, que dependen de la cosmovisión, la historia social y económica, y el entorno ambiental de asentamiento. En general, los pueblos indígenas disponen de un conjunto complejo y estructurado en sus contenidos y en su lógica interna, de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales. Se trata de una cosmovisión basada en el equilibrio, la armonía y la integralidad, que da soporte a sus sistemas de salud tradicionales y cuya eficacia ha sido la garantía para la pervivencia de los pueblos indígenas (OPS, 1997).



*Foto 4.
La minga es una estrategia eficaz de
trabajo comunitario.*

Los sistemas de salud tradicionales o sistemas de salud indígenas corresponden al conjunto de prácticas y conocimientos de la medicina tradicional, que comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales de un pueblo determinado. Estos conocimientos explican la etiología, nosología y procedimientos de diagnóstico, curación y prevención de las enfermedades. Dichos conocimientos se transmiten de generación en generación por tradición oral,

es decir, que esta medicina es circunscrita, local, colectiva, anónima y tiene subyacente un mensaje universal (OPS, 1997).

En los sistemas de salud tradicionales, la enfermedad es definida en un sentido social como injerencia con el comportamiento social cotidiano y la habilidad de la persona para trabajar. La mayor parte de los pueblos indígenas divide las enfermedades en dos grupos, a saber: (i) enfermedades producidas por causas sobrenaturales (encantos, vientos, espíritus) que actúan de manera autónoma o al ser evocadas o dirigidas a través de operaciones mágicas, y (ii) enfermedades cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena. Hay diferentes técnicas de diagnóstico y pronóstico de las enfermedades, cada terapeuta las usa con base en su formación, según sus poderes y preferencias. Algunos terapeutas diagnostican y pronostican bajo el efecto de plantas alucinógenas y otros interpretando sus sueños. Los tratamientos incluyen rituales, plantas, derivados de sustancias humanas, minerales y animales (OPS, 1997).

La curación busca recuperar el equilibrio perdido, y la acción del terapeuta resulta eficaz cuando una vez identificado el mal se logra restablecer la unidad y armonía en el enfermo, y entre el enfermo y el entorno. La mayoría de los estados de enfermedad son tratados al nivel de la familia con terapias fundamentadas en el conocimiento de las plantas, constituyendo una parte integral de la cultura, y cuyos usos se entrelazan en lo mágico y religioso de la cosmovisión indígena. Así, los padres tratan a los niños enfermos con infusiones de plantas según la enfermedad sea por exceso de calor o de frío, son limpiados del mal viento con ortiga (*Urtica sp.*, Urticaceae), o en el caso de espanto con llamadas al espíritu. Cada hombre y mujer adulto puede ser hierbatero, limpiador, o llamador de la sombra, este aprendizaje empieza desde la niñez cuando van a buscar y recoger las plantas para curar al enfermo que está en la casa. El parto con frecuencia es atendido por la madre o la suegra de la parturienta, sin afectar la atención de la partera (OPS, 1997).

En este contexto, la familia es el principal escenario de provisión de cuidados de la salud, donde la mujer tiene un papel relevante en el cuidado de la salud de la comunidad, y la preservación del conocimiento médico tradicional. Cuando la enfermedad supera los cuidados de la familia se acude al terapeuta tradicional o curandero en busca de ayuda, o también para protegerse de una posible enfermedad o para reafirmar el estado de salud. En general, la intervención del curandero tiene la connotación de un poder sobrenatural de cumplimiento de una misión en este mundo, él es insustituible en la comunidad, por cuanto es conocedor de las leyes que regulan el equilibrio y los desequilibrios generadores de la salud y de la enfermedad. La comunidad lo reconoce como defensor de su propia identidad, y como un agente que con su práctica y conocimientos reafirma los valores y cultura del pueblo indígena (OPS, 1997).

En Colombia, en los sistemas de salud de algunas comunidades indígenas se ha observado que la enfermedad se produce por una transgresión a las creencias

tradicionales que son inmutables y rigen el equilibrio del universo, cuando no se les obedece se produce un desequilibrio que se traduce en enfermedades. Se trata de una visión ecológica de la salud en cuanto es concebida como un equilibrio entre el hombre, la naturaleza y la comunidad, es decir, la salud contempla aspectos míticos, sociales, políticos, ecológicos y religiosos que pretenden conservar el equilibrio dinámico en estas fuerzas (Ardón et al., 2000).

De acuerdo con Salazar y Duque (2000), los nombres que algunas comunidades indígenas dan a las enfermedades se podrían agrupar en tres formas de denominación: por signos y síntomas, por el nombre clínico de la enfermedad, y por el nombre tradicional.

Los signos y síntomas más comunes expresados como enfermedades en los niños fueron la diarrea, la fiebre, y los granos, la rasquiña y las manchas en la piel, y en los adultos, los dolores en diferentes localizaciones como la espalda, barriga, vientre, huesos, cintura y cabeza. En los adultos, los diferentes signos y síntomas están asociados al deficiente saneamiento ambiental, problemas nutricionales y alimenticios, y problemas relacionados con las labores que desempeñan, en especial, agrícolas. En cuanto al nombre clínico, se reconocen enfermedades endémicas como el paludismo, tuberculosis, gripa, sarampión, parásitos, cólera y alergias. Dentro del concepto de nombres tradicionales, se encuentran: el mal de ojo, pérdida de sombra, espanto, pecados, visita del diablo, maleficio, mal de los siete días, arco, duende, entre otros. Estas denominaciones corresponden a concepciones mágico religiosas de la enfermedad, cuya causa se atribuye a espíritus, poderes divinos, fuerzas sobrenaturales y seres malévolos (Salazar y Duque, 2000).

3.2.1.2 Sistemas de salud interculturales

En Colombia, la prestación de los servicios de salud para las comunidades indígenas está reglamentada, en tal virtud, de acuerdo con el artículo 1 de la ley 691 de 2001, se garantiza el derecho de acceso y la participación de los pueblos indígenas en los servicios de salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación, esto implica también la forma de operación, financiamiento y control del sistema de seguridad social en salud aplicable a los pueblos indígenas.

Además, existen unos lineamientos para la organización y funcionamiento del régimen subsidiado de los pueblos indígenas, determinando los criterios para el procedimiento de afiliación y la adecuación del plan obligatorio de salud subsidiado, dispuesto en el artículo 1 del Acuerdo N° 00326 de 2005, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Con base en los avances normativos se han adelantado iniciativas de interculturalidad desde diversas organizaciones de las comunidades indígenas, entre las que se pueden destacar los casos de la Organización Indígena de Antioquia –OIA, la

Asociación Indígena del Cauca -AIC, y desde los gobiernos departamentales en el Cesar y Amazonas a través de sus respectivas secretarías de salud.

En el caso de la OIA, la línea de política de salud tiene componentes de vida y nutrición, medicina ancestral y acceso a los servicios de salud. En el 2008, el Octavo Congreso Indígena de Antioquia estableció unos mandatos para cada componente, por ejemplo, en el componente vida y nutrición se pueden destacar, entre otros los siguientes mandatos: (i) fortalecer el papel de los promotores de salud y su trabajo con la comunidad, (ii) realizar un diálogo permanente intergeneracional, y entre la medicina tradicional y occidental, y (iii) promover hábitos de vida saludables en el hogar, entorno y en la preparación de alimentos (autocuidado e higiene). En el componente de medicina tradicional, a su vez, algunos mandatos fueron: (i) aprendizaje de medicina ancestral por jóvenes indígenas de forma tradicional, (ii) diálogo de saberes entre médicos ancestrales de diferente etnias y con otras medicinas, (iii) siembra e intercambio de plantas medicinales y animales, y (iv) código de ética de médicos ancestrales y manual de convivencia. En el componente de acceso a los servicios de salud y derechos en salud, algunos mandatos fueron: (i) conformar y capacitar una liga de usuarios a nivel local, zonal y regional (cabildos de salud) para la defensa de los derechos de la salud indígena, desde el conocimiento de la ley de origen y de la normatividad y funcionamiento del sistema de salud, (ii) mayor cobertura a los indígenas por el régimen subsidiado, y (iii) fortalecimiento del sistema de información epidemiológica (causas de enfermedad y muerte) y de los censos (actualizaciones por nacimientos y muertes) de poblaciones de las comunidades indígenas (Meléndez y Vásquez, 2009).



*Foto 5.
El plan de vida de los kofanes fue concertado con la participación de la comunidad.*

En cuanto al Departamento del Cauca, en diciembre de 1997, la AIC fue creada por decisión de los cabildos en la Junta Directiva Regional con el propósito de garantizar la ejecución de los planes de vida de los pueblos indígenas. La AIC está integrada por autoridades de los resguardos y los cabildos indígenas son socios. La AIC es una empresa que administra recursos del régimen subsidiado para la atención en salud de los comuneros afiliados al sistema general de seguridad social en salud. Las políticas de la AIC están orientadas hacia: (i) configurar una es-

estructura poblacional que deberá ser indígena por lo menos en un 90%, (ii) acompañar y fortalecer los procesos político administrativos locales, zonales y regionales, (iii) desmedicalizar la prestación de los servicios de salud a las comunidades indígenas, (iv) fortalecer la medicina tradicional indígena, y (v) minimizar el riesgo de enfermedad a partir de los procesos preventivos propios de las comunidades indígenas. Algunos de los objetivos de la AIC son: (i) organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud subsidiado, y la adecuación sociocultural de programas a los afiliados indígenas a este régimen, de acuerdo con las necesidades de los pueblos indígenas, previo contrato de administración del subsidio de salud, (ii) fortalecer el proyecto de salud indígena a través de sus formas organizativas tradicionales y sus instituciones prestadoras de salud –IPS propias a nivel zonal, en los términos que las comunidades lo determinen, (iii) apoyar el desarrollo de planes y proyectos en salud para los pueblos indígenas, realizando el seguimiento de las actividades de promoción y prevención, (iv) fortalecer la adecuación sociocultural de programas y del proyecto en salud indígena, y (v) coordinar en el programa de salud del Consejo Regional de Indígenas del Cauca –CRIC los procesos de capacitación y apoyo organizativo a los pueblos indígenas (Meléndez y Vásquez, 2009).

En relación con el Departamento del Amazonas, desde 1998, la secretaría departamental de salud ha liderado un proceso de concertación basado en los avances normativos y el sistema general de seguridad social en salud, con el propósito de construir un modelo de salud en conjunto entre las comunidades indígenas y los actores del sistema de salud del país, teniendo en cuenta las particularidades sociales y culturales, orientado a mejorar de manera efectiva las condiciones de bienestar de las comunidades indígenas amazónicas. Ese proceso de concertación, reflexión y diálogo ha sido catalizado por varias organizaciones no gubernamentales que ha permitido: (i) determinar acciones de diálogo intercultural entre los médicos tradicionales y médicos occidentales para configurar un plan de atención básica indígena, (ii) adelantar el autodiagnóstico de salud, y (iii) otras orientaciones para la prestación de los servicios de salud, como el perfil idóneo de los promotores de salud (Suárez, 2001).

Como consecuencia de la deficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población indígena, se conformó la Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y la Guajira para luego constituir la administradora de recursos del régimen subsidiado en salud DUSAKAWI ARS, que después se transformó en la empresa promotora de salud indígena DUSAKAWI EPSI. Entre las principales políticas de esta EPSI se han considerado las siguientes: (i) garantizar la atención en salud a las comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta y Serranía del Perijá, respetando las particularidades étnicas, (ii) establecer mecanismos efectivos de consulta y participación de las autoridades tradicionales para que los programas de salud propendan por la recuperación y fortalecimiento cultural en cuanto a la medicina tradicional, (iii) contribuir a la unificación de criterios de complementariedad entre la medicina tradicional y la medicina occidental, a través de la prestación

de servicios de salud a la población indígena, y (iv) mantener dentro de los territorios indígenas la prestación de servicios de salud que respondan a las políticas de salud de las organizaciones indígenas. En el informe de actividades de 2009, la subgerencia de participación intercultural de Dusakawi EPSI presentó los avances en el proceso de concertación de un modelo de atención propio que incluye tanto los sistemas propios de los pueblos indígenas y aquellos provenientes de culturas no indígenas. En el contexto del Régimen Especial de Salud Indígena -RESI se han adelantado varios proyectos para los pueblos kogui, wiwa, arhuacos y kan-kwanos, tales como: (i) proyecto de autonomía alimentaria, y (ii) proyecto de diagnóstico institucional. Además, se han adelantado diálogos con los pueblos chimila y yupka sobre la temática de Cultura de Salud Propia (Izquierdo, 2009).



*Foto 6.
En los trabajos de la comunidad participan los ancianos, los niños y los jóvenes.*

Al nivel territorial, en el contexto de la normatividad sobre salud indígena, la Organización Zonal Indígena del Putumayo –OZIP asumió el liderazgo de los pueblos indígenas del Departamento del Putumayo y después de un proceso de concertación, contribuyeron como socios a la conformación de la entidad promotora de salud subsidiada SELVASALUD EPS. Esta condición facilitó la formulación del Plan de Salud Indígena del Putumayo, así como la construcción de un modelo de atención en salud indígena, cuya financiación contó con aportes de la Empresa Colombia de Petróleos –ECOPETROL, y fue diseñado por la Universidad del Cauca de manera concertada con los pueblos indígenas del Departamento del Putumayo. Este modelo no ha sido aplicado por falta de voluntad política.

3.2.2 Conocimientos, actitudes y prácticas en salud en comunidades indígenas

Piñeros y Sabogal (1999), afirmaban que la situación de salud de la mayoría de las comunidades indígenas colombianas es crítica, con tasas de morbilidad por encima de los promedios nacionales, con prevalencia de las llamadas enfermedades de la pobreza. Entre los factores determinantes de esta situación, citaban los siguientes: (i) el cambio cultural hacia la integración con la sociedad nacional, (ii) la pérdida de territorios con la destrucción del ambiente y agotamiento de los recursos alimentarios, (iii) la transición de economías de subsistencia a

economías de mercado, sin suficiente por adquisitivo, (iv) la pérdida de prácticas protectoras en salud propias de cada cultura, y (v) la escasa accesibilidad a servicios de salud, así como la calidad de la atención brindada a esta población.

La situación de salud de los pueblos indígenas no se puede establecer solo con los indicadores utilizados por la salud pública, porque éstos parten de un conocimiento biomédico que no integra la interpretación cultural de la enfermedad, por ejemplo, algunos síndromes comprenden un conjunto de patologías definidas e identificadas por la población indígena, que carecen de correlación con la clasificación internacional de enfermedades, la mayoría asociados en esta clasificación como síntomas y estados morbosos mal definidos (Piñeros y Sabogal, 1999).

El concepto de salud entre la población indígena tiene una íntima relación entre el ambiente y la cultura material y simbólica, es decir, es dependiente del ambiente y del espacio, es decir, de su territorio. Las categorías de enfermedad definidas parten de la simbiosis con la naturaleza, y adquieren un sentido social con una expresión comunitaria, familiar, y al final, individual. Las enfermedades no son clasificadas como lo hace la medicina occidental por géneros o grupos de edad ni por su expresión orgánica, sino a partir de una intrincada trama de multicausalidad, que integra aspectos de espiritualidad como parte fundamental de los valores y creencias, así como los aspectos relacionados con el comportamiento humano, regulados por normas y tabúes sociales (Piñeros y Sabogal, 1999).

Los resultados del estudio aplicado a comunidades indígenas entre 1993 y 1994 muestran la complejidad y el estado crítico de salud. Entre otros aspectos de análisis, algunos descriptores que se pueden destacar indican que: (i) el 44.9% de la población estaba compuesta por menores de 15 años, (ii) el 64.7% habían tenido algún tipo de asistencia al nivel de educación primaria, (iii) la actividad laboral más importante es la agricultura, seguida por el hogar y el estudio, (iv) la tasa global de fecundidad era de 6.98 por mil, observando que a medida que aumenta el nivel de educación disminuye la fecundidad, (v) en 1990, la tasa de mortalidad infantil en la región amazónica colombiana fue de 48.6 por mil, (vi) el 69.1% de la población indígena vivían en chozas, y el 30.0% en casas, (vii) el 48.0% no disponían de acueducto, el 31.8% lo tenían fuera de la vivienda y 20.3% dentro de la vivienda, (viii) el 41.5% hervían el agua para consumo y el 57.5% no le daban ningún tratamiento, (ix) el 68.4% depositan las excretas a campo abierto y el 24.2% en sanitario taza campesina, (x) el 54.9% disponen sus basuras a campo abierto, y 30.4% las queman, (xi) el 25% estaban enfermos, el 55.1% tenían necesidad de consultar y el 84.9% consultaron, (xii) la gripa, el dolor de cabeza, fiebre, diarrea y dolor de estómago fueron las causas de morbilidad sentida más importantes, (xiii) el agente consultado mostró que el 45.10% era el médico, el 13.30% a otro personal de salud, y el 41.60% a la medicina tradicional, (xiv) el 30.2% de las mujeres en edad fértil conocían las señales de peligro en el embarazo, en el grupo de 14 a 19 años fue de 19.5%, (xv) el 41.7% expresó que la señal más conocida era hincharse, (xvi) el 72.6% de mujeres en edad fértil entrevistadas había tenido algún embara-

municipal, y 34 veredas en la zona rural, y un corregimiento en Puerto Colón como centro poblado y puerto sobre el río San Miguel, que comprende 14 veredas en la zona rural. La distribución de la población muestra una proporción de 21.81% en la zona urbana y 78.19% en la zona rural. Además, se destaca la existencia de los resguardos indígenas de Yarinal – San Marcelino, y Afilador – Campoalegre, y las zonas especiales para ampliación de los resguardos indígenas que incluyen territorio del municipio de Valle del Guamuéz, que está en trámite ante las autoridades pertinentes.

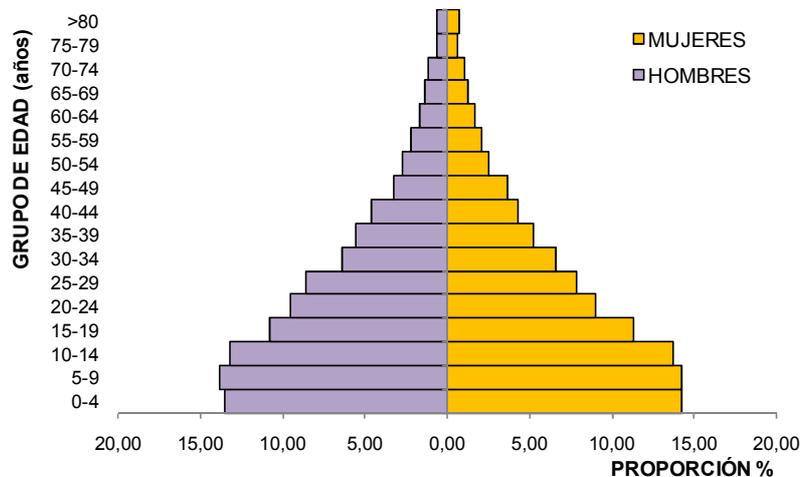


Foto 7.
La Dorada, cabecera municipal de San Miguel.

3.3.1.2 Aspectos demográficos

En general, la pirámide poblacional por grupos de edad muestra en la base una leve disminución más notoria en los niños que niñas menores de cuatro años, quizá atribuible a mortalidad infantil o mortalidad perinatal, los demás grupos de edad no presentan fragmentaciones pronunciadas en la pirámide (Figura 2).

Figura 2. Pirámide de población por grupos de edad municipio de San Miguel, año 2010



La población estimada para 2009, según el Departamento Nacional de Estadísticas –DANE, era de 23.563 habitantes, distribuidos en una proporción de 51.85% en hombres y 48.15% en mujeres, y una tasa geométrica media anual de crecimiento estimada en 1.01%. En relación con la población total del municipio de San Miguel, la proporción de población indígena estimada es de 5.19% (DANE, 2010).

El índice de necesidades básicas insatisfechas –NBI, en el año de 2008, mostró una proporción de 40.62% en el municipio de San Miguel, 36.01% en el Departamento del Putumayo, y 20.80% en Colombia (SIVIGILA PUTUMAYO, 2010).



*Foto 8.
Puerto Colón, corregimiento sobre el
río San Miguel.*

Otros indicadores demográficos comparando el municipio de San Miguel con el Departamento del Putumayo y el nivel nacional, para el año 2008, muestran que las tasas del municipio de San Miguel (fecundidad, natalidad, mortalidad general, esperanza de vida general, mortalidad infantil, mortalidad perinatal, mortalidad en menores de cinco años por EDA e IRA), están por debajo tanto del Departamento del Putumayo como del nivel nacional (Tabla 1) (SIVIGILA PUTUMAYO, 2010; MINPROTECCIÓN SOCIAL, 2010).

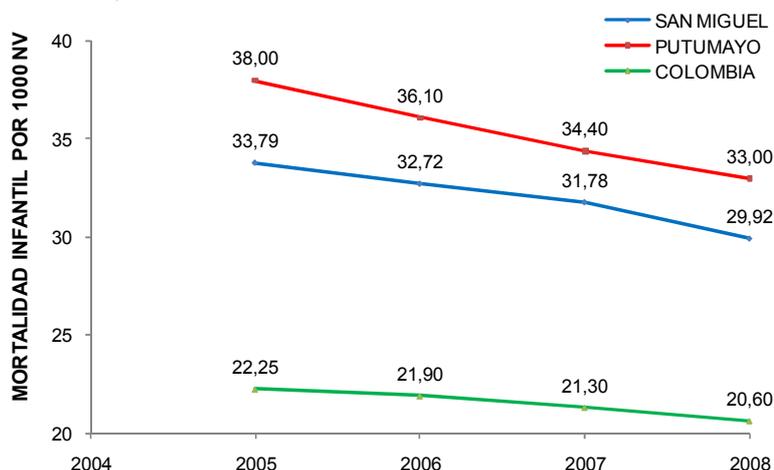
Tabla 1. Indicadores demográficos comparados año 2008

INDICADORES DEMOGRÁFICOS	SAN MIGUEL	PUTUMAYO	COLOMBIA
Tasa general de fecundidad	20,76	107,90	74,60
Tasa bruta de natalidad por 1000 nacidos vivos	6,41	26,37	19,86
Tasa bruta de mortalidad por 100.000 hab	67,90		
Esperanza de vida general	70,94		74,00
Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	6,62	7,03	15,50
Mortalidad perinatal	6,60	14,30	
Mortalidad menores de cinco años por EDA	0,00	10,10	3,70
Mortalidad menores de cinco años por IRA	0,00	7,60	8,40

Fuentes: SIVIGILA PUTUMAYO (2010), MINPROTECCIÓN SOCIAL (2010)

La mortalidad infantil comparada para 2008 muestra que la mortalidad infantil estimada para el municipio de San Miguel es inferior en el período de 2005 a 2008 al Departamento del Putumayo, pero, superior a la del país al nivel nacional (Figura 3) (DANE, 2010).

Figura 3. Mortalidad infantil comparada año 2008



Una comparación entre las cinco primeras causas de mortalidad para el año 2008 entre lo registrado para el municipio de San Miguel y el Departamento del Putumayo muestra tres coincidencias, dos causadas por agresión con arma de fuego (Códigos X959 y X954), y otra por infarto agudo del miocardio (Código I219) (Tabla 2) (SIVIGILA PUTUMAYO, 2010).

Tabla 2. Mortalidad comparada San Miguel y Putumayo, año 2008

ORD	CÓDIGO CIE-10	CAUSAS	NÚMERO CASOS	TASA x 100.000 hab
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL				
1	X959	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, en lugar no especificado.	3	12,73
2	X954	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, en calle y carreteras.	1	4,24
3	X599	Exposición a factores no especificados que causan otras lesiones, en lugar no especificado	1	4,24
4	I219	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	1	4,24
5	X684	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas, en calles y carreteras	1	4,24
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO				
1	I219	Infarto agudo del miocardio, sin otra especificación	30	9,30
2	X954	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, en calle y carreteras.	28	8,68
3	X959	Agresión con disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas, en lugar no especificado.	23	7,13
4	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada.	16	4,96
5	C169	Tumor maligno del estómago, parte no especificada.	15	4,65

Fuentes: SIVIGILA PUTUMAYO (2010)

Las muertes violentas son una secuela asociada a ajustes de cuentas en los negocios de narcotráfico de coca, y a fenómenos relacionados con la presencia de actores insurgentes por la violencia política.

La injerencia de la violencia política no solo ha afectado la cotidianidad de la población sino la gobernabilidad y la institucionalidad, esto implica que los indicadores pueden haber sido construidos con subregistros de la información primaria, y en otros casos por extrapolación.

Solo es necesario recordar que el poder de estos actores impidió la cobertura para el empadronamiento del Censo de 2005. También es de conocimiento público que algunas víctimas han aparecido abandonadas en las riberas de las quebradas y ríos, donde hasta a los familiares se les impide recoger el cadáver.

3.3.1.3 Entorno ambiental

El territorio del municipio de San Miguel, de acuerdo con Holdridge (1977), es una zona de vida clasificada como bosque húmedo tropical, correspondiente a lugares con temperatura promedio anual superior a 24°C, precipitación anual promedio de 3500 mm y humedad relativa mayor a 85%.

La extensión del municipio de San Miguel está comprendida en la cuenca del río San Miguel, destacando en su red hidrográfica el río Guisía, las quebradas El Temblón, La Dorada, La Hormiga, El Sábalo y El Afilador.

La gran riqueza de diversidad en aves, mamíferos, y plantas por la localización del territorio en una transición del piedemonte hacia la llanura amazónica, han sido méritos suficientes para catalogar esta área como *hot spot* de biodiversidad al nivel global, que bien podrían configurarse como área de reserva de la biósfera de naturaleza binacional, es decir, en conjunto con la República del Ecuador.

Esta diversidad biológica sumada a la presencia de pueblos indígenas está amenazada por proyectos de la industria petrolera, los intereses de integración fronteriza con proyectos viales y de zonas francas, y la presencia de cultivos de coca de uso ilícito.

3.3.1.4 Servicios sociales

Educación

La prestación del servicio de educación está estructurada en dos núcleos educativos: La Dorada que cuenta con dos instituciones educativas, seis centros educativos rurales y 33 establecimientos educativos asociados, y Puerto Colón con una institución educativa, cuatro centros educativos rurales y 26 establecimientos educativos asociados, incluido un centro etnoeducativo (Jojoa, 2003).

En el año 2008, la tasa bruta de cobertura al nivel de educación básica (noveno grado) era de 57.74%, y la tasa bruta de cobertura al nivel de educación media (grados 10 y 11) era de 8.48% (SIVIGILA, 2010).

Salud

La atención en salud cuenta con un hospital de primer nivel de complejidad y una clínica particular en La Dorada, y un centro de salud en Puerto Colón, la cobertura en la zona rural se hace por medio de promotores de salud que visitan las veredas.

Algunos indicadores básicos de salud pública indican un rezago del municipio de San Miguel en las enfermedades transmisibles y zoonóticas frente al Departamento del Putumayo, en mejores condiciones en malaria y nutrición, y por debajo en los avances del plan ampliado de inmunizaciones (Tabla 3) (SIVIGILA PUTUMAYO, 2010).

Tabla 3. Algunos indicadores básicos de salud comparados, año 2008

ALGUNOS INDICADORES BÁSICOS DE SALUD	SAN MIGUEL	PUTUMAYO	COLOMBIA
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ZONOSIS			
Tasa de incidencia de tuberculosis estimada	0,51	0,44	
Tasa de prevalencia de lepra	4,24	0,93	
Tasa de incidencia de lepra	4,24	0,62	
Tasa anual de incidencia de leishmaniasis cutánea por 1000	0,22	1,14	
MALARIA			
Índice parasitario anual	1,74	4,01	
Índice anual por P. falciparum	0,05	0,03	
Índice anual por P. vivax	1,63	3,98	
Tasa de complicaciones por malaria	0,04	0,01	
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES			
Tercera dosis antipolio menores de un año	68,00	85,00	92,80
Tercera dosis pentavalente menores de un año	68,00	86,00	
Cobertura triple viral menores de un año	71,00	87,00	92,90
Cobertura de BCG a recién nacidos	23,00	64,00	93,30
Cobertura de determinación de TSH a recién nacidos	25,53	64,35	
Cobertura antimalárica a menores de un año	68,00	87,00	
Número anual de casos registrados de sífilis congénita	1,00	1,00	
Número de niños menores de dos años con VIH			
SALUD ORAL			
Número de personas que consultan al odontólogo	90,00		
NUTRICIÓN			
Desnutrición global en niños menores de cinco años	4,30	6,70	
Desnutrición aguda en niños menores de cinco años	3,00	3,30	
Desnutrición crónica en niños menores de cinco años	7,50	10,50	

Fuentes: SIVIGILA PUTUMAYO (2010)

3.3.1.5 Servicios públicos

El abastecimiento de agua mediante el acueducto en la zona urbana tiene una cobertura de 0.3%, la mayoría de la población lo hace a través de aljibes, y en la

zona rural mediante captación directa de fuentes de agua superficial cercanas a las viviendas o por acumulación de aguas lluvias y en algunos casos por acueductos veredales con agua sin potabilización (CORPOAMAZONIA, 2007).

En la cabecera municipal, el servicio de alcantarillado tiene una cobertura de 20.8%, las aguas servidas reciben tratamiento con un sistema de reactor Upflow Anaerobic Sludge Blanket –UASB antes de ser vertidas a la quebrada La Dorada (CORPOAMAZONIA, 2007).

La disposición final de los residuos sólidos urbanos se realiza en un botadero a cielo abierto en un lote localizado en la vereda El Espinal a 4.0 km de la cabecera municipal. El botadero carece de sistemas de manejo de gases y lixiviados (CORPOAMAZONIA, 2007).

La cobertura del servicio de energía eléctrica es de 35.23% (Departamento del Putumayo 66.68%) a través de la línea de transmisión La Hormiga – San Miguel con tensión nominal de 13.5 Kw (CORPOAMAZONIA, 2007).

El servicio de telecomunicaciones de telefonía fija prestado por Telefónica TELECOM tiene una cobertura de 1.88% (Departamento del Putumayo 15.99%), y el de telefonía celular por las empresas COMCEL y Telefónica Movistar. Las señal de televisión es recibida por empresas locales de antenas parabólicas, y señal satelital de DirecTV (CORPOAMAZONIA, 2007).



*Foto 9.
Vía hacia el puente internacional.*

3.3.1.6 Infraestructura y equipamiento

La infraestructura vial dispone de 74.0 km aproximados incluidas las vías primarias y terciarias, que se encuentran en regular estado de conservación con especificaciones de afirmado. La red primaria que viene desde La Hormiga, pasa por La Dorada, y va hasta el puente internacional sobre el río San Miguel en la frontera con la República del Ecuador. La red municipal que comunica la cabecera municipal

con asentamientos rurales como El Afilador, Aguanegra, La Cristalina, Mesas del Sabalito, Puerto Colón, El Sábalo, San Carlos Bajo, San Marcelino, San Miguel Alto, y Yarinal, entre otros (CORPOAMAZONIA, 2007).

En la cabecera municipal hay disponibilidad de equipamientos colectivos para la recreación y la práctica de deportes, una biblioteca pública en estado regular y mal equipada, una pequeña plaza de mercado, un cementerio, y un templo para los creyentes cristianos católicos.

Si se considera la oferta de diversidad biológica y cultural, se carece de iniciativas orientadas hacia el turismo ecológico que pueda aprovechar las fortalezas y oportunidades por su condición de municipio fronterizo.



Foto 10.
El río San Miguel separa la frontera
entre Colombia y Ecuador.

3.3.1.7 Actividades productivas

El sector primario comprende actividades agrícolas de cultivos de pan coger (plátano, chiro, yuca, maíz, arroz y frutales amazónicos) y actividades pecuarias como la cría de ganado vacuno, y en menor proporción de porcicultura, avicultura y piscicultura. Según CORPOAMAZONIA (2007), el aprovechamiento forestal está concentrado en especies maderables, tales como: achapo (*Cedrelinga catenaeformis*, Mimosaceae), tara (*Caesalpinia spinosa*, Fabaceae), sangretoro (*Virola sp.*, Myristicaceae), roble (*Tabebuia rosea*, Bignoniaceae), guasicaspi rojo (*Vochysia latifolia*, Vochysiaceae), guarango (*Parkia multijuga*, Myristicaceae), y guamo (*Inga marginata*, Mimosaceae). Además, la actividad minera en la explotación de petróleo, y en una pequeña magnitud, material de arrastre para la construcción.

Las actividades del sector secundario están representadas por iniciativas al nivel de empresas familiares para procesamiento de frutales amazónicos, y otros que han sido promovidas como alternativa para estrategia para sustituir los daños de la economía de los cultivos coca de uso ilícito.

El sector terciario está reducido a las actividades comerciales, y la prestación de servicios sociales de salud y educación.

3.3.2 Generalidades sobre el resguardo indígena Yarinal – San Marcelino

3.3.2.1 Procesos demográficos

3.3.2.1.1 Población

En el año 2008, según OZIP (2010), la población estimada para el resguardo indígena Yarinal – San Marcelino era de 138 habitantes, sin embargo, se trata de una apreciación por información de las autoridades indígenas, pero, no es resultado de un empadronamiento formal.

3.3.2.1.2 Dinámica de poblamiento

Este resguardo desde su conformación ha sido considerado como parte del pueblo kofán, sin embargo, en una proporción menor a 10% ha tenido también la participación del pueblo inga y quichua.

En los últimos 50 años, como consecuencia de la presión por el territorio, han llegado junto con los colonos otros pueblos indígenas, que están promoviendo una nueva dinámica de relaciones interculturales, y que han mitigado procesos internos de la diáspora de buena parte de los jóvenes del resguardo.

3.3.2.2 Territorio

3.3.2.2.1 Historia

Si bien se carece de certeza sobre la ocupación del territorio del Departamento del Putumayo por los kofanes, inganos y sionas, se cree que la presencia de estos pueblos indígenas podría estar asociada a eventuales estrategias de expansión del imperio inca. En particular, los kofanes y sionas han sido mencionados en los relatos de la época colonial, cuando los invasores europeos los contactaron en el área que va del piedemonte amazónico hacia la llanura amazónica, ocupando la cuenca del río San Miguel que incluye una zona del oriente amazónico de la República del Ecuador, la cuenca del río Guamuéz y va hasta el río Putumayo.

La ocupación del territorio ancestral ha estado relacionada con el aprovechamiento de los recursos naturales. En esta ocupación se puede diferenciar tres grandes flujos de movilización hacia este territorio: extractivismo, petróleo y coca.

El extractivismo tiene citas desde la época colonial con avanzadas de los invasores europeos en la búsqueda de oro, y de los misioneros buscando la sumisión a través de la religión, soslayando y promoviendo el aniquilamiento de la cultura y

cosmovisión indígena. Después, a comienzos del siglo XX con ocasionales visitas de exploradores detrás de la quina, el caucho, y otros recursos naturales.



*Foto 11.
Vivienda construida en madera sobre pilotes.*

Más tarde, a mediados del siglo XX, inició la exploración del petróleo que se consolidó hacia la década del 60 a 70. Esto generó un desalojo a lo largo y ancho de su territorio ancestral para los campamentos y demás infraestructura de la industria petrolera, detrás llegó la invasión de los colonos y obreros, promoviendo un agresivo proceso de transculturización en detrimento de la cultura y cosmovisión propia de los pueblos indígenas que habitaban en este territorio, fragmentando a la comunidad con ilusiones efímeras entre la juventud que abandonó sus hogares y comunidad para introducirse en aventuras, muchos de los cuales terminaron como sirvientes de oficios domésticos, en la prostitución o en vicios degradantes.

Así fueron desalojados hacia lugares más agrestes y se deterioraron los vínculos entre las comunidades, pues al fraccionar su territorio fueron quedando apartadas y dispersas en los nuevos municipios, como Orito, después, Valle del Guamuez, y más reciente, San Miguel.

3.3.2.2 Patrón de asentamiento

En general, en el asentamiento es necesario tener en cuenta criterios como: la localización del lugar, la forma de ocupación y quienes forman parte. En tal sentido, en el primer criterio, los pueblos nativos de la Amazonia colombiana se han caracterizado por una ocupación dispersa del espacio, buscando una cercanía de los ríos, que les ha servido para el abastecimiento de agua para consumo humano, fuente de alimentación y como medio de transporte. En cuanto al pueblo kofán han estado asociados a las cuencas de los ríos Guamuez y San Miguel, y en el caso particular de la comunidad de Yarinal, a la quebrada La Hormiga.

En el segundo criterio, en la actualidad se está presentando una transición moderada desde la tendencia de ocupación dispersa hacia la conformación de peque-

ños nucleamientos, cuya localización está determinada por el acceso a la educación, la atención en salud, y la accesibilidad al transporte terrestre.

En cuanto al tercer criterio, resulta importante reconocer -por una parte- que para evitar la fragmentación de la comunidad se ha aceptado el resguardo como una oportunidad para reconocimiento del derecho al territorio, y por otra, como un espacio físico que también ha servido para acoger a otros pueblos indígenas.

La ruptura del territorio ancestral, el aislamiento de las comunidades indígenas y el deterioro de su propia cultura tenía una directa relación con la construcción de vías, el avance de la industria petrolera, y la demanda de tierras de los nuevos colonos que llegaban desde los lugares más remotos de la geografía nacional. En este escenario se dieron las luchas de los pueblos indígenas por el derecho al territorio, es cuando aparece la figura de las reservas y después resguardos indígenas, así fue entregado el resguardo de Yarinal – San Marcelino.

En este resguardo indígena ha predominado una mayoría del pueblo kofán. En la actualidad, existen familias con participación de los pueblos awá, siona, inganos, pastos, quichuas, y colonos que han sido aceptados en las comunidades indígenas, y la combinación entre éstos para la conformación de nuevas unidades familiares, por ejemplo, padre kofán madre siona, padre quichua madre kofán, y así por cualquiera de las posibles combinaciones entre estos pueblos indígenas y colonos.

En la cotidianidad, cada pueblo tiene su propia lengua, sin embargo, la nueva combinación en las familias es un fenómeno complejo para el fortalecimiento cultural de cada pueblo, además, otro factor amenazante es el idioma español con que se ha impartido la educación, aunque en años recientes se ha estado mitigando con la participación de profesores bilingües.

3.3.2.2.3 Tenencia y ocupación actual

El resguardo indígena Yarinal – San Marcelino está localizado en el municipio de San Miguel, y fue constituido con una extensión de 9.813 hectáreas mediante resolución 1982 de la junta directiva del Instituto Colombiano de Reforma Agraria – INCORA, expedida en abril 30 de 1973, y ratificado como resguardo indígena con un extensión de 2.888 hectáreas mediante resolución 0008 de 1998, publicada en el diario oficial N°43437 de mayo 13 de 1998.

Este resguardo indígena está compuesto por una población mayoritaria del pueblo kofán, pero, también habitan personas de otras nacionalidades indígenas como los awá, siona, inganos, pastos, y quichuas. Cada uno de estos pueblos indígenas tiene su propia cosmovisión y cultura. Algunos como los awá, pastos y quichuas han llegado en los últimos 50 años.

En el municipio de San Miguel, la existencia del resguardo ha sido controvertida por detractores quienes desprecian y menoscaban el derecho de los pueblos indígenas a su territorio, bajo argumentaciones que relacionan el tamaño de la población y la extensión concedida por el Estado, la erosión que han promovido algunos colonos comprando lotes dentro del resguardo con la complicidad de algunos comuneros, y la pérdida por el escaso aprovechamiento de la tierra para alguna actividad económica.

Con estas justificaciones y con la cobarde violencia de las armas han cercenado el territorio para cultivos de coca de uso ilícito y arrinconado a la comunidad a la ocupación de una quinta parte aproximada del territorio entregado por el Estado colombiano. La respuesta de la comunidad ha sido por el contrario buscar la consolidación de una zona especial más amplia que integre a Yarinal con El Afilador en un solo territorio como fue antes de 1970, esto significaría la recuperación de más de 20.000 hectáreas para garantizar la diversidad cultural y biológica.

3.3.2.3 Aspectos culturales

3.3.2.3.1 Organización y control social

La organización social es liderada por un cabildo indígena integrado por miembros reconocidos de la comunidad, y elegidos para el período de un año, que es prorrogable. El cabildo es una organización de primer nivel cuya función, de acuerdo con el decreto reglamentario 2164 de 1995, es ejercer la autoridad y realizar las actividades que le atribuyen las leyes, los usos, costumbres y el reglamento interno de cada comunidad. En este caso, el cabildo indígena está conformado por el gobernador, quien preside el cabildo, y otros colaboradores como: el alcalde mayor, el alguacil, el tesorero y el secretario, que han sido elegidos por los comuneros.



*Foto 12.
El cabildo indígena es una estructura de la organización social.*

El gobernador para ejercer sus funciones recibe el acompañamiento del taita, el líder espiritual y de la sabiduría tradicional, quien contribuye en las orientaciones

para el bienestar de la comunidad, y para el control social, que es aplicado con la ayuda del alguacil, quien cumple funciones policivas, destacando que el yagé también es utilizado como un instrumento para el control social, en algunas ocasiones de transgresiones graves a la convivencia comunitaria.

El segundo nivel de organización corresponde a la Asociación de Cabildos Indígenas de Valle del Guamuéz y San Miguel –ASCAINVAGUAP, y el tercer nivel, es decir, al nivel regional, está la Organización Zonal Indígena del Putumayo –OZIP que agrupa a ésta y otras asociaciones de cabildos indígenas del Departamento del Putumayo.

3.3.2.3.2 Valores

Sin desconocer la presencia de otros pueblos indígenas, el contexto de este estudio ha puesto énfasis en el pueblo kofán, además, el propósito ha sido abordar el estado de salud en el resguardo indígena Yarinal – San Marcelino, por consiguiente, se hace mención a valores como la lengua, varias celebraciones, algunos aspectos sobre el yagé, no obstante, se trata con mayor amplitud aquello relacionado con el conocimiento y las prácticas en salud. En síntesis, es preciso destacar que la cohesión social del pueblo kofán está fundamentada en: el pensamiento de los mayores, las plantas sagradas, el vínculo determinado por la lengua nativa, y otros valores originados en mitos y rituales.

La lengua kofán aún no ha sido clasificada entre las familias lingüísticas conocidas, la mayoría de estudiosos coinciden en su proximidad con el grupo tukano oriental, otros expertos consideran que puede estar dentro del grupo macro chibcha, pero, no existe certeza. La lengua kofán tiene 10 vocales y 28 consonantes, con una predominante sonoridad nasal, entre otras particularidades.

Entre las celebraciones se destacan: (i) los carnavales como fiestas tradicionales celebradas cada año durante tres días antes del miércoles de ceniza, y (ii) el matrimonio tradicional, cuya ceremonia es presidida por el taita, aunque este ritual está siendo sustituido por la unión que es refrendada por el gobernador del cabildo.

El yagé es elemento clave en la cultura del pueblo kofán: constituye el hilo conductor del bienestar de la comunidad, fuente de sabiduría, e instrumento para control social y la práctica de la medicina indígena. El yagé es una bebida preparada con procedimientos solo conocidos por un grupo selecto de colaboradores del taita. La toma de yagé tiene una preparación para los participantes de la ceremonia que se realiza en la casa del yagé, un lugar que tiene una localización, orientación y distribución espacial peculiar, inclusive con especificaciones técnicas de materiales para construcción seleccionados por el taita, y cuya ocupación corresponde a la jerarquía del taita, del tipo de ritual y los participantes. El yagé es una planta sagrada, algunos mitos de origen del pueblo kofán están ligados al yagé.

En cuanto a la salud y enfermedad, los pueblos indígenas que habitan el resguardo indígena tienen sistemas de salud tradicionales afines, donde las enfermedades se pueden dividir en: enfermedades producidas por causas sobrenaturales que son de tratamiento exclusivo de los taitas, y enfermedades cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena, cuyo tratamiento es abordado al nivel familiar en cabeza de los padres de familia, con énfasis en la madre. Cuando la enfermedad no ha podido ser controlada al nivel familiar, entonces, se acude al taita.



Foto 13.

Taita Querubín Queta, líder de la medicina tradicional y de la supervivencia del pueblo kofán.

El taita o curaca es el terapeuta tradicional, también llamado chamán, y en otros lugares de la Amazonia conocido como payé. En el caso de los kofanes se acostumbra llamarlos yagiceros, puesto que ellos conocen y practican los rituales del yagé (*Banisteriopsis caapi*, de la familia Malpigiaceae), de acuerdo con Schultes y Raffauf (1994) es una planta alucinógena sagrada. La planta contiene un grupo de alcaloides beta-carbonilos, entre los cuales la harmina es el componente principal.

El yagé es un eje fundamental en el control social y el tratamiento de las enfermedades, de hecho, el diagnóstico y pronóstico se realiza bajo el efecto del yagé, en unas ceremonias que incluyen la comunicación con el mundo sobrenatural a través de la toma de una bebida que es preparada según el tipo de curación o motivo. El mito de yagé tiene sus propios rituales, por ejemplo, es diferente cuando se trata de ejercer control social en la comunidad, o consultar para una orientación de la comunidad, y cuando se realiza una curación.

La preparación del “remedio” como se denomina a la bebida de yagé, una sustancia extraída de un bejuco que ha sido cocinado en agua por más de 24 horas, y que de acuerdo con el propósito lleva unas “pintas”, que consiste en la adición de otras plantas para aumentar la potencia y duración del trance. Según Schultes y Raffauf (1994), entre esas plantas están: (i) la chagropanga (*Diplopterys cabrerana*, Malpigiaceae), provoca la ampliación de los efectos alucinógenos del yagé como resultado de la interacción de las triptaminas de *Diplopterys* y la oxidasa monami-

na que bloquea los alcaloides beta-carbonilos del yagé, (ii) la chacruna (*Psycotria viridis*, Rubiaceae), contiene triptaminas que ingerida en conjunto con los alcaloides beta-carbonilos presentes en el bejuco del alma (*Banisteriopsis caapi*), sirven para alargar e incrementar la intoxicación producida por el consumo de yagé, y (iii) la *Brunfelsia grandiflora*, considerada una guía espiritual por los taitas que a veces invocan la ayuda de un espíritu auxiliar particular en sus ceremonias curativas que puede tomar la forma de un ave, una culebra, un insecto o una planta.

En general, Schultes y Raffauf (1994) reconocieron que los kofanes tienen más médicos tradicionales o payés que ninguna otra tribu de la Amazonia noroccidental. La mayoría de ellos son hombres profundamente sabios, dotados de una inteligencia poco usual y de una personalidad imponente. Normalmente los payés son expertos en la manipulación de diversas fuerzas cosmogológicas, y utilizan esta habilidad para resolver inclusive problemas sociopolíticos y para diagnosticar y prescribir la curación de la mayoría de enfermedades. Conocen muchas plantas y son, casi sin excepción, caballeros de la selva. Algunos, pero no todos, proclaman ser capaces de viajar de un lugar a otro, aun grandes distancias, en un instante y de manera invisible, aunque son pocos quienes en realidad afirman que ejercen esta habilidad sobrenatural. Sin embargo, la mayoría insiste en que cuando es necesario durante los trances provocados por alucinógenos, pueden convertirse en jaguares a voluntad y luego retornar a su condición humana.



Foto 14.
Taita ataviado para una ceremonia ritual.

Este conocimiento está en riesgo de desaparecer con la muerte de los sabios de la medicina tradicional como el taita Fernando Mendúa (qepd), con amplia reputación por su conocimiento y curaciones. Este riesgo se incrementó con la presencia de cultivos de coca en la vecindad de los resguardos indígenas, y la tentación de buscar liquidez inmediata. La introducción de los cultivos de uso ilícito de coca (*Erythroxylum coca*) ha tenido múltiples impactos en la comunidad indígena que ha amenazado la organización social, la cultura, el desprecio de los jóvenes por la

cosmovisión propia, la adicción al consumo de drogas sicotrópicas, el abandono de la comunidad, y los efectos de devastación del ambiente.

No obstante, a pesar de la erosión cultural promovida por la industria petrolera, los cultivos de coca de uso ilícito, la presencia de nuevos proyectos viales, y la presencia de los actores de la violencia política que han afectado y afectarán la integridad de las comunidades indígenas, se debe destacar el esfuerzo de la Fundación Zio - A'i, unión de sabiduría, que a través de una mesa permanente de trabajo, de manera concertada con las diferentes comunidades, ha construido el plan de vida del pueblo kofán y cabildos indígenas del Valle del Guamuéz y San Miguel, estableciendo la directrices y el camino a seguir, como esperanza de vida sostenible dentro del territorio como pueblos indígenas (Fundación Zio A'i, 2000).

3.3.2.3.3 La familia

El núcleo familiar tiene una autoridad patriarcal. El padre asume la responsabilidad, regulación y organización de la familia, así, por ejemplo, tiene el liderazgo de la provisión de alimentos, la madre por su parte tiene mayor incidencia en la crianza de los hijos, pero, es decisiva su participación en la chagra, la medicina tradicional, y las relaciones con otras familias.

La conformación de las familias era una decisión de los padres, sin embargo, hoy es el resultado de acuerdos entre las parejas, con escasa injerencia de los padres en esa decisión.



*Foto 15.
La familia tiene una orientación patriarcal.*

3.3.2.3.4 La chagra

La chagra es un modelo de agricultura sostenible que incorpora cultivos transitorios y perennes, con períodos productivos variables de uno hasta 10 años. La ubicación y tamaño dependen del suelo, el tipo de cultivo y el manejo agronómico. La chagra además de un terreno para cultivo representa un elemento simbólico de la

fertilidad, y un espacio para interacción de la familia donde se transmiten conocimientos y valores.

La chagra constituye una estrategia para la seguridad alimentaria con los cultivos de tubérculos, frutales, cereales y plátanos. En el caso del pueblo kofán se ha observado el cultivo de plantas de uso medicinal.

Cuando disminuye el rendimiento productivo, se abandona la chagra, y se busca un sitio para construir una nueva chagra. Hay dos tipos de chagras: la familiar y la comunitaria, cuyos beneficios delimitan el alcance al nivel familiar o comunitario. En ambos casos, la producción tiene el nivel de subsistencia.

En este resguardo, en el uso del suelo cabe destacar dos iniciativas: (i) la concertación de unas áreas para jardines medicinales, que además de su propia diversidad son enriquecidas con otras plantas traídas de otros lugares para que se adapten a las condiciones ecosistémicas del resguardo, y (ii) otras áreas conocidas como salados, unos nichos de fauna con reconocida diversidad en aves y mamíferos primates, que también son utilizados para cacería.

3.3.2.4 Servicios sociales

Educación

El servicio público de educación se realiza a través de la escuela rural mixta de San Marcelino, que es bilingüe pues se ofrece en español y kofán.

Salud

La atención en salud es recibida por el sistema general de salud a través del régimen subsidiado tiene 90% de cobertura aproximada, y por supuesto, por el sistema de salud tradicional.

3.3.3 Aspectos normativos

Los avances desde la perspectiva global están centrados en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas OMS – OPS, cuyos principios están orientados por: (i) la necesidad de un enfoque integral de la salud, (ii) el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas, (iii) el respeto y revitalización de las culturas indígenas, (iv) la reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los procesos, y (v) el derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes (OPS, 1997).

Además, la resolución V aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en septiembre de 1993, representa el compromiso político de los gobiernos miembros y de la Organización Panamericana de la Salud –OPS para priorizar el mejoramiento de

la salud de los pueblos indígenas de la región, enfatizando el respeto a su cultura y a los conocimientos ancestrales, a través de acciones como la de instar a los gobiernos a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención a la población indígena, dentro de la estrategia de los sistemas de salud locales –SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad (OPS, 1997).

Otra iniciativa desde el nivel internacional es la ley marco de medicina tradicional, promovida por el Parlamento Latinoamericano, cuyo propósito es orientar estrategias necesarias e integrales en el marco del derecho cultural, la salud intercultural y la promoción y desarrollo de nuevos modelos de atención en salud, a fin de orientar las acciones que en tal sentido realizan los legisladores de cada país en la región (Almaguer, 2009).

En cuanto a los avances normativos sobre la salud indígena en Colombia, se pueden citar los siguientes:

- Constitución Política 1991, artículos 2, 6, 7, 8, 45, 49, 70, y 356, constituyen la base para la legislación en salud indígena.
- Decreto 1811 de 1990, por el cual se reglamentó de manera parcial la ley 10 de 1990 en relación con la prestación de los servicios de salud para las comunidades indígenas.
- Ley 21 de 1991, en el artículo 24 trata de la responsabilidad del Estado en garantizar la seguridad social de los pueblos indígenas, y en el artículo 25 dispuso la necesidad de colaboración con los pueblos indígenas interesados en la organización de los servicios de salud.
- Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud.
- Ley 691 de 2001, mediante la cual se reglamentó la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social en salud.
- Acuerdo 00326 de 2005, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social del Ministerio de Protección Social, por medio del cual se adoptaron algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del régimen subsidiado de los pueblos indígenas.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación corresponde a la línea de investigación Situación en Salud del Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública de la Universidad CES, en la temática de Salud Pública y Etnias.

El proyecto fue estructurado para determinar el estado de la salud a junio de 2010 de la comunidad indígena del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino, localizado en el municipio de San Miguel, Departamento del Putumayo.

El proyecto realizó una investigación de tipo transversal descriptivo a través de la aplicación de encuestas estructuradas para establecer un análisis de estadística descriptiva, cuyos resultados permitieron una aproximación al estado de salud de esta población indígena del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino.

4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto aplicado en la comunidad del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino se estructuró con base en los siguientes ejes temáticos: (i) caracterización de las condiciones sociodemográficas, y (ii) percepción de la enfermedad, actitudes y prácticas en salud.

El eje temático sobre caracterización de las condiciones sociodemográficas comprende subtemas como: características de la población estudiada, características demográficas, y características del hogar y de la vivienda.

El eje temático relacionado con la percepción de la enfermedad, actitudes y prácticas en salud, incluye subtemas como: morbilidad sentida, accidentes, salud oral, salud materno – infantil, y morbilidad infantil por enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda.

4.2.1 Unidad de análisis

El universo de referencia estadística corresponde a la población del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino, es decir, a 35 unidades familiares. Las encuestas se aplicaron entre el 24 y 26 de junio de 2010, con un promedio de duración de 15 minutos en cada unidad familiar.

4.2.2 Variables

En el proyecto se establecieron cuatro objetivos específicos, cada uno con su respectivo resultado, y unas variables descriptoras de estos resultados (Tabla 4).

Tabla 4. Relación de objetivos específicos, resultados y variables

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS	VARIABLES
Caracterizar las condiciones sociodemográficas de la población indígena del resguardo indígena Yarinal - San Marcelino.	Características de la población estudiada.	Distribución de la población por pertenencia étnica
		Distribución de la población por edad y sexo
		Idiomas y lenguas indígenas
		Escolaridad
	Características demográficas.	Actividad laboral
		Fecundidad
		Mortalidad
	Características del hogar y de la vivienda.	Migración
		Características físicas
		Tipo de vivienda y dotación espacial
		Servicio domiciliario de agua
		Composición del hogar
		Hábitos del hogar
Tratamiento de agua para consumo		
Disposición de excretas y basuras		
Hábitos alimentarios		
Hábitos relacionados con los medios de comunicación		
Convivencia con animales.		
Establecer los conocimientos, actitudes y prácticas en salud de la comunidad del resguardo indígena Yarinal - San Marcelino.	Percepción de la enfermedad, actitudes y prácticas en salud.	Accidentes
		Salud oral
		Morbilidad oral
		Agente consultado por problema en dentadura o boca
		Prácticas de aseo dental
		Creencias sobre problemas dentales
		Salud materno - infantil
		Embarazo y parto
		Atención al parto
		Lactancia materna
		Inmunizaciones
		Enfermedad diarreica aguda -EDA
		Tratamiento de la diarrea
		Agente consultado en caso de diarrea
Infección respiratoria aguda -IRA		
Tratamiento de la IRA		
Agente consultado en caso de IRA		
Determinar la morbilidad sentida y mortalidad de la comunidad del resguardo indígena Yarinal - San Marcelino	Morbilidad sentida y mortalidad.	Morbilidad sentida
		Causas de la mortalidad sentida
		Agente consultado en caso de enfermedad
		Morbilidad infantil por EDA e IRA
		Mortalidad

4.2.3 Instrumentos

La información se recogió mediante la aplicación de encuestas, cuyo formato corresponde al diseñado por Piñeros y Sabogal (1999) para el proyecto de investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud en comunidades indígenas de Colombia, ejecutado entre 1993 a 1994, cuyo estudio presentó la caracterización de pueblos indígenas de las zonas: Caribe, Costa Pacífica, Andina del Sur, Andina Central, Llanos Orientales y Amazonia (Anexo 1).

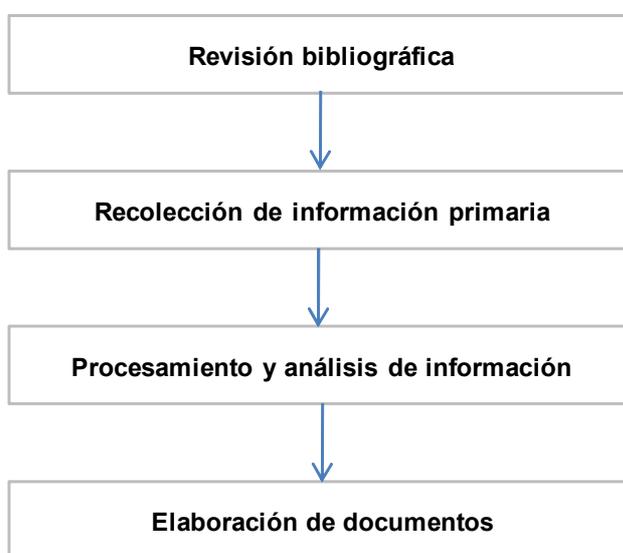
La encuesta comprende dos formularios: uno, para información sobre el hogar y la vivienda, y el otro, dirigido a mujeres de 14 a 49 años, es decir, en edad fértil, y a los niños menores de cinco años. La mayoría de las preguntas son estructuradas

o cerradas, de manera que se puede elegir entre un número determinado de alternativas, con opción de seleccionar aquella que se ajustara a la respuesta.

4.2.4 Momentos en la ejecución del proyecto

El proyecto fue ejecutado de acuerdo con los siguientes momentos: (i) revisión bibliográfica, (ii) recolección de información primaria, (iii) procesamiento y análisis de información, y (iv) elaboración de documentos (Figura 4).

Figura 4. Momentos en ejecución del proyecto



Las encuestas aplicadas en junio de 2010 fueron procesadas de manera que los resultados pudiesen ser comparables con el estudio de Piñeros y Sabogal (1999). Una copia de los documentos físicos de dichas encuestas se presenta en el Anexo 2.

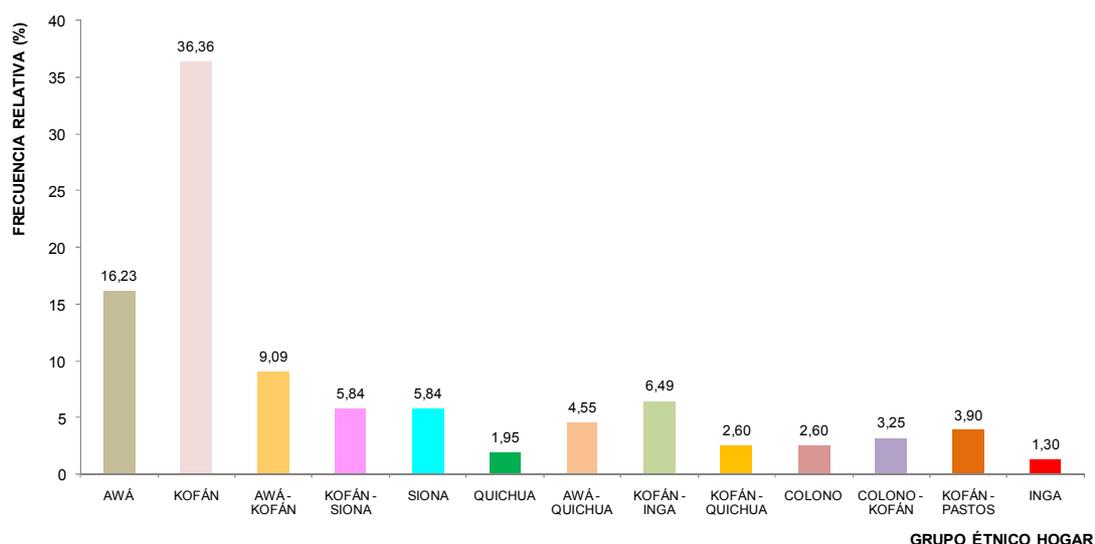
5. RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

5.1.1 Distribución de la población por pertenencia étnica

En el resguardo indígena Yarinal – San Marcelino, la composición de los hogares de acuerdo con el grupo étnico presenta una proporción de 36.36% de hogares conformados por kofanes, 16.23% por awás, 5.84% por sionas, 1.95% por quichuas, 1.30% por inganos, y otras combinaciones como 9.09% de hogares con padre awá y madre kofán, 5.84% con padre kofán y madre siona, 4.55% con padre awá y madre quichua, 6.49% con padre kofán y madre ingana, 2.60% con padre kofán y madre quichua, 3.90% con padre kofán y madre pastos, 2.60% de colonos, y 3.25% de padre colono y madre kofán (Figura 5).

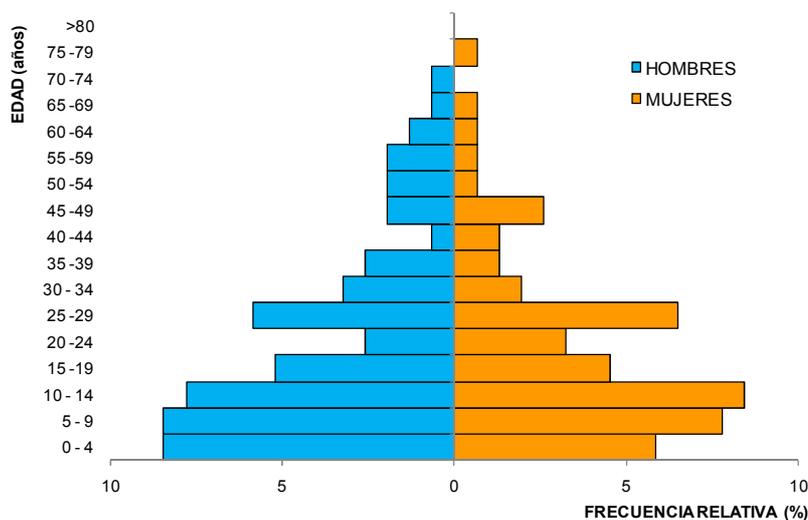
Figura 5. Distribución de la población por pertenencia étnica



5.1.2 Distribución de la población por grupos de edad y sexo

En este resguardo indígena, la pirámide por grupos de edad muestra una base desequilibrada en las mujeres, parecería atribuible a un menor número de nacimientos de niñas, luego, en los grupos de 15 a 19, así como de 20 a 24 años, se observa una dramática disminución tanto en hombres como en mujeres, que ratifica la tendencia de abandono de la comunidad por los jóvenes, bien por la necesidad de lugares para continuar la educación secundaria, como por la búsqueda de posibles oportunidades laborales fuera de su comunidad. En los demás grupos, la pirámide muestra un ligero predominio de los hombres (Figura 6), como se ratifica en la composición de la población según el género con una distribución de 53.25% de sexo masculino y 46.75% femenino.

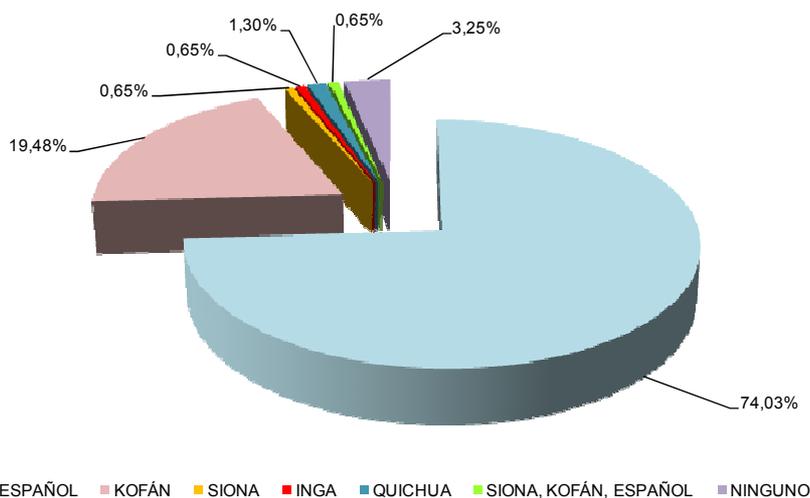
Figura 6. Pirámide de la población por grupos de edad quinquenales



5.1.3 Idiomas y lenguas indígenas

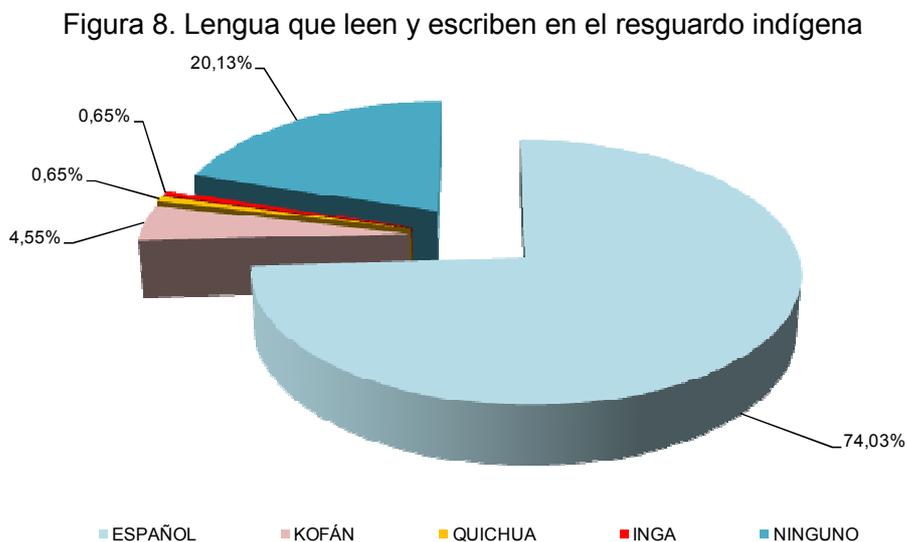
La lengua predominante que se habla en el resguardo indígena es el español con 74.03%, como un señal de la complejidad por la presencia de varias nacionalidades indígenas así como el resultado de una educación impartida durante mucho tiempo por profesores que solo hablaban el español, sin embargo, se mantiene una mayor participación de la lengua kofán con 19.48% y del quichua con 1.30%, la lengua siona 0.65%, el inga con 0.65%, y también hay quienes hablan kofán, siona y español que representan 0.65% (Figura 7).

Figura 7. Lenguas que hablan en el resguardo indígena



En el resguardo indígena Yarinal – San Marcelino se encontró que 74.03% de la población leen y escriben en español, 4.55% en lengua kofán, 0.65% en quichua,

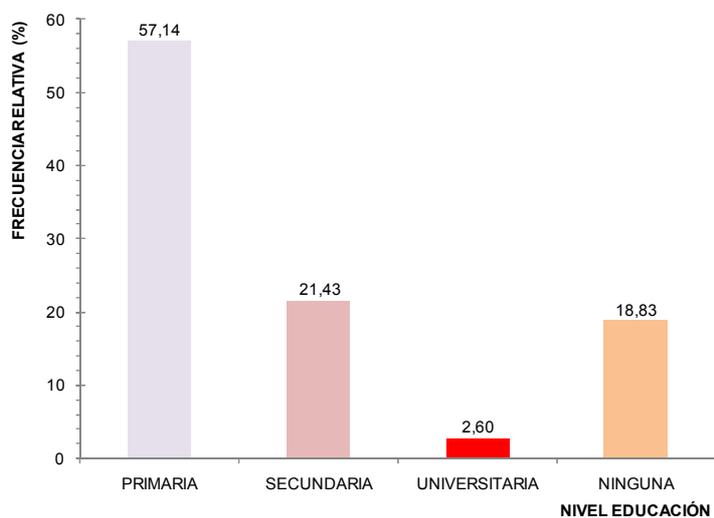
y 0.65% en inga, no obstante, 20.13% no leen y escriben en ningún idioma (Figura 8).



5.1.4 Escolaridad

En relación con el nivel de escolaridad, una proporción de 57.14% había alcanzado el nivel de básica primaria, 21.43% el nivel de educación media, 2.60% el nivel de educación superior, y 18.83% carecía de formación, es decir, correspondería a la población en estado de analfabetismo (Figura 9).

Figura 9. Nivel de escolaridad de la población del resguardo indígena

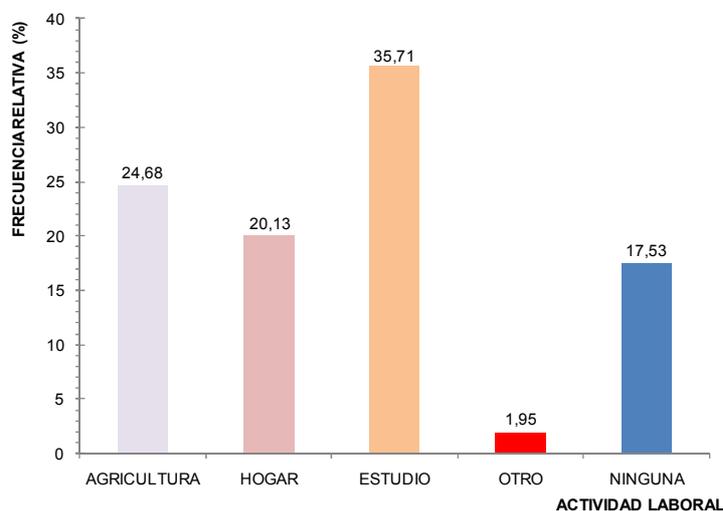


5.1.5 Actividad laboral

La actividad laboral permite destacar una dedicación proporcional de 35.71% a actividades educativas, 24.68% a la agricultura, 20.13% a actividades domésticas

del hogar, 1.95% a otro tipo de actividades no señaladas, y 17.53% están desocupados (Figura 10).

Figura 10. Dedicación a actividades laborales



5.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

5.2.1 Fecundidad

Las mujeres encuestadas indicaron que habían tenido 72 hijos hombres nacidos vivos y 68 mujeres, esto indicaría que 51.43% fueron hombres y 48.57% mujeres, además, 7.14% de hombres nacidos vivos habían muerto, y 3.57% de mujeres nacidas vivas habían muerto.

De acuerdo con Piñeros y Sabogal (1999), la tasa específica de fecundidad por edad –TEFE se puede estimar con base en el número medio de nacidos vivos en un año provenientes de madres de edad X, por cada mil mujeres de edad X.

Si se tiene en cuenta que hubo dos nacimientos para el grupo de mujeres entre 25 y 29 años, y un nacimiento para mujeres entre 35 y 38 años, entonces,

$$TEFE_{25-29} = \frac{(\text{Número Nacidos Vivos})_{25-29}}{\text{Madres de edad}_{25-29}} = \frac{2}{10} \times 1000 = 200$$

$$TEFE_{35-39} = \frac{(\text{Número Nacidos Vivos})_{35-39}}{\text{Madres de edad}_{35-39}} = \frac{1}{2} \times 1000 = 500$$

Sin embargo, esta estimación debe ser analizada con sumo cuidado, pues el tamaño de la población es demasiado reducido, por lo tanto, su interpretación debe ser cuidadosa.

5.2.2 Mortalidad

En el período comprendido entre enero de 2009 y junio de 2010 se habían presentado tres muertes, un hombre de 22 años, y dos mujeres, una de 13 años y una anciana de 100 años. Las familias encuestadas no registraron muertes de niños.

5.2.3 Migración

Entre las 35 familias encuestadas 74.29% ha vivido siempre en el resguardo indígena Yarinal – San Marcelino; y de 25.71% el 5.71% ha vivido menos de cinco años, 5.71% entre seis y 10 años, 5.71% entre 11 y 20 años, y 8.57% entre 21 y 40 años.

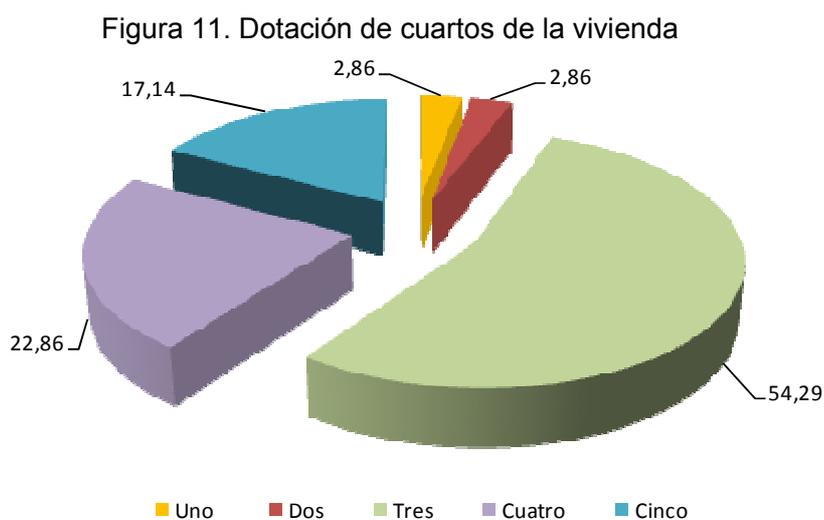
Las familias que siempre han vivido son del pueblo kofán, las demás corresponden a familias de los demás pueblos, destacando que hay familias de nacionalidad quichua asentadas en el resguardo hasta con 50 años de permanencia, también, existen colonos que han sido aceptados bien como familia completa o como pareja de algún indígena.

5.3 CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR Y DE LA VIVIENDA

5.3.1 Características físicas

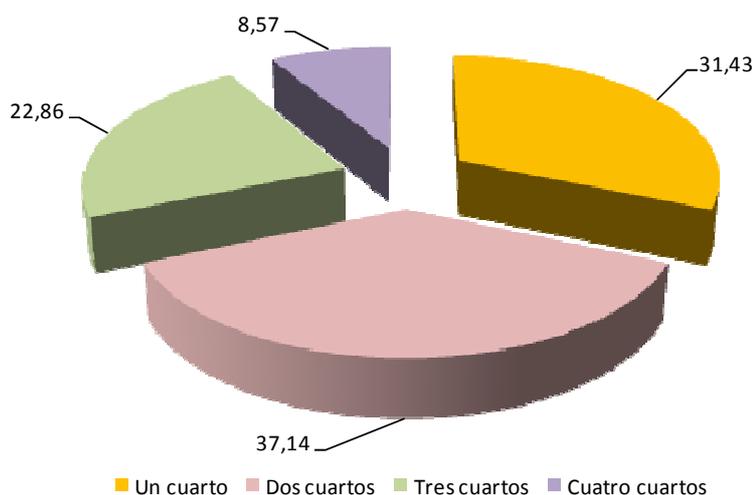
5.3.1.1 Tipo de vivienda y dotación espacial

El tipo de vivienda utilizado en el resguardo indígena son 100.00% casas, donde 2.86% disponen de un solo cuarto, 2.86% disponen de dos cuartos, 54.29% tienen tres cuartos, 22.86% cuentan con cuatro cuartos, y 17.14% están equipadas con cinco cuartos (Figura 11).



En cuanto a los cuartos para dormir disponibles en cada vivienda, se encontró que 31.43% tienen un cuarto, 37.14% cuentan con dos cuartos, 22.86% disponen de tres cuartos, y 8.57% tienen cuatro cuartos para dormir (Figura 12).

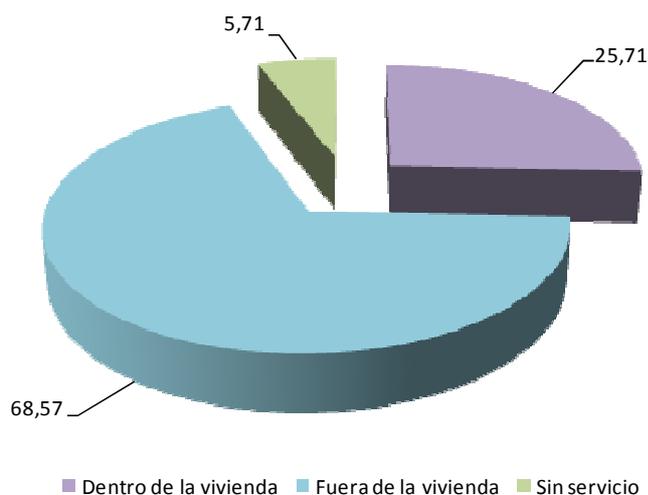
Figura 12. Dotación de cuartos para dormir en cada vivienda



5.3.1.2 Servicio domiciliario de agua

El lugar para abastecimiento de agua para consumo humano está localizado 25.71% dentro de la vivienda, 68.57% fuera de la vivienda, y 5.71% carecen del servicio de agua (Figura 13).

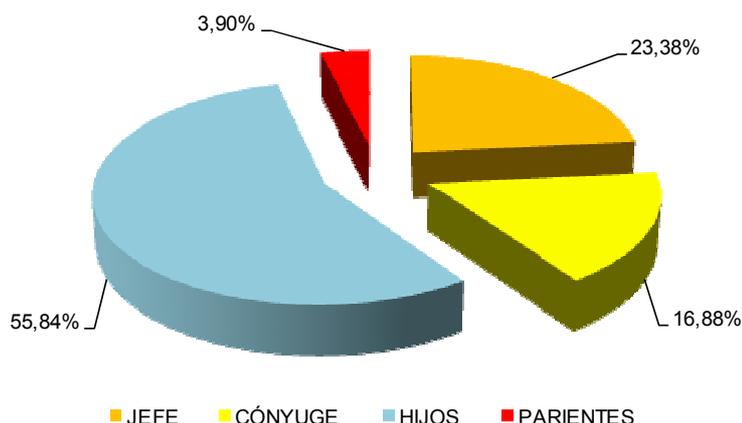
Figura 13. Localización del abastecimiento de agua para consumo humano



5.3.2 Composición del hogar

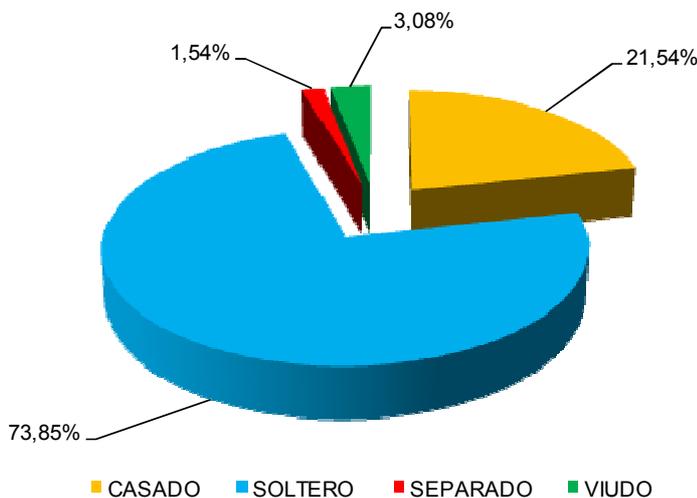
La composición del hogar, en relación con el jefe de hogar, éstos representan una proporción de 23.38%, 55.84% son hijos, 16.88% son cónyuges, y 3.90% son parientes (Figura 14).

Figura 14. Relación con el jefe de hogar



En cuanto al estado conyugal, 73.85% son solteros, 21.54% son casados, 3.08% son viudos, y 1.54% son separados (Figura 15).

Figura 15. Estado conyugal

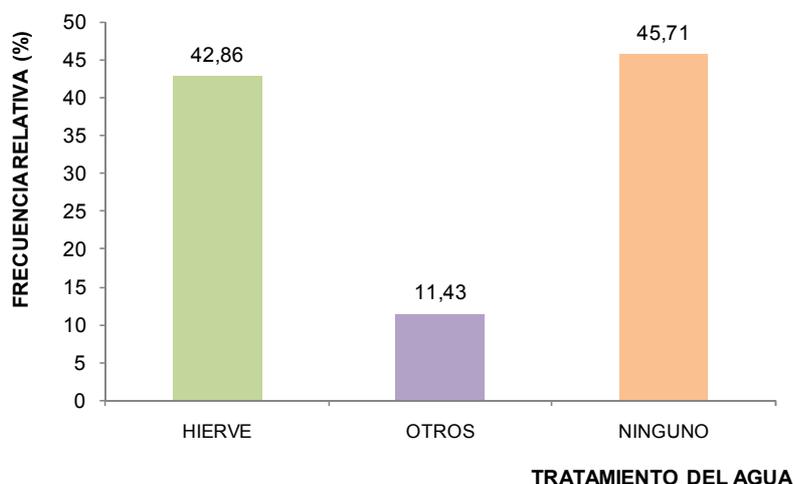


5.3.3 Hábitos del hogar

5.3.3.1 Tratamiento al agua para consumo humano

Entre los hábitos de los hogares para el tratamiento de agua para consumo humano indican que 42.86% hierven el agua, 11.43% utilizan otro método, y 45.71% no utilizan ningún método de tratamiento para el agua (Figura 16).

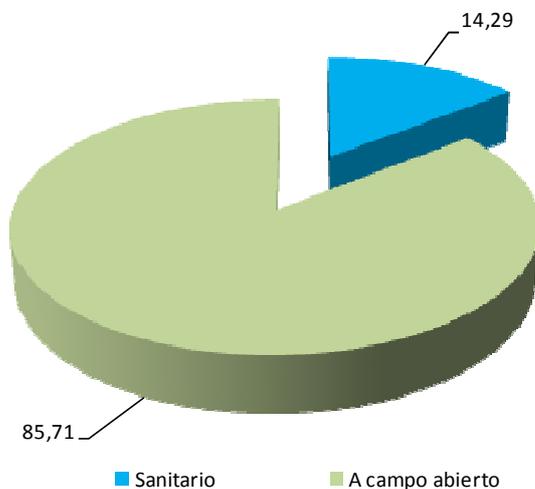
Figura 16. Tratamiento de agua para consumo humano



5.3.3.2 Disposición de excretas y basuras

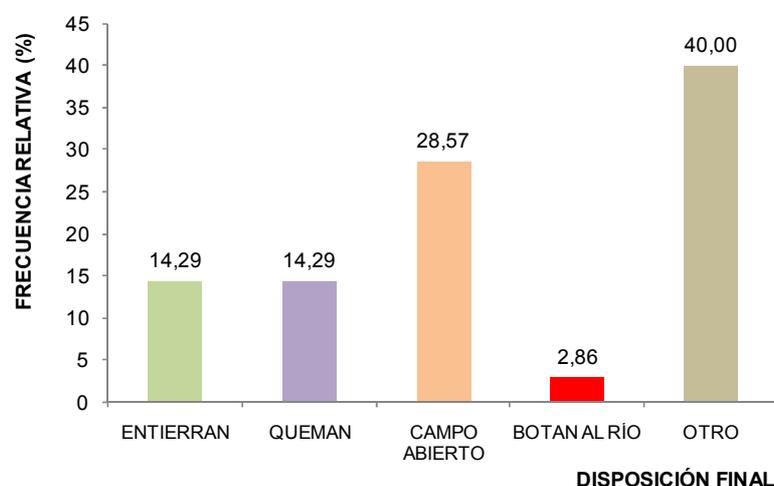
La disposición de excretas de las viviendas del resguardo indígena señala que 14.29% lo hace en taza sanitaria, y 85.71% a campo abierto (Figura 17).

Figura 17. Disposición de excretas



La disposición final de las basuras indica que una proporción de 28.57% de las familias lo hacen a campo abierto, 14.29% la entierran, 14.29% las queman, 2.86% lo arrojan al río, y 40% utilizan otro método no especificado, o combinan la quema y entierro (Figura 18).

Figura 18. Disposición final de basuras



5.3.3.3 Hábitos alimentarios

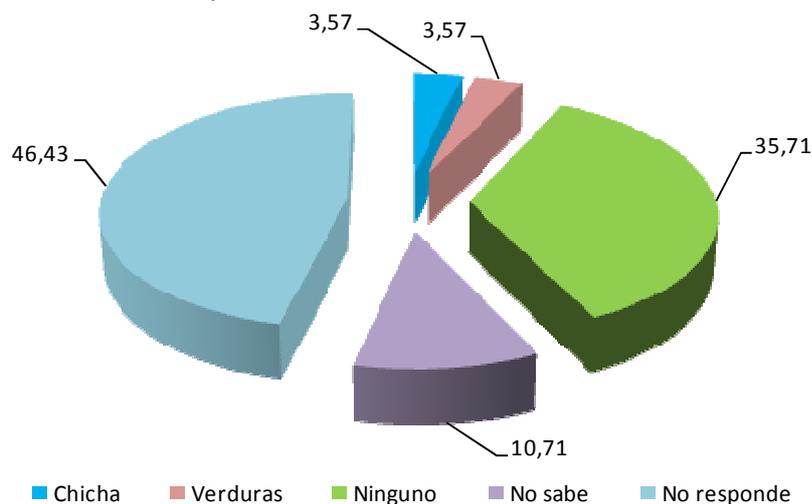
La comunidad del resguardo indígena muestra unos hábitos alimenticios muy buenos en alimentos constructores (pescado 65.71%, carne y aves 25.71%, huevos 94.29%), muy buena en alimentos energéticos (plátano 100.00%, yuca 97.14%, maíz 65.71%, chicha 60%, arroz 97.14%, leguminosas 91.43%, papa 54.29%), y baja en alimentos reguladores (frutas 11.43%, verduras 25.71%) (Tabla 5).

Tabla 5. Hábitos alimentarios de la comunidad

ALIMENTOS	CONSUMO			
	NUNCA	RARA VEZ	UNA VEZ POR SEMANA	DOS O MÁS VECES POR SEMANA
Pescado o mariscos		28,57	5,71	65,71
Carne y aves		60,00	14,29	25,71
Huevos		5,71		94,29
Lácteos y derivados	14,29	60,00	11,43	14,29
Leguminosas		5,71	2,86	91,43
Mezcla de vegetales	17,14	68,57	5,71	8,57
Frutas	5,71	71,43	11,43	11,43
Verduras	5,71	65,71	2,86	25,71
Yuca		2,86		97,14
Plátano				100,00
Papa	2,86	40,00	2,86	54,29
Arroz			2,86	97,14
Maíz		31,43	2,86	65,71
Guarapo o chicha		25,71	14,29	60,00

En la dieta de los niños menores de cinco años, las encuestas mostraron que 3.57% cree que no deben consumir verduras, así como 3.57% rechaza la bebida de la chicha, 35.71% tiene la convicción que no se debe restringir ningún alimento, 10.71% desconoce cuáles alimentos no deberían consumir los menores, y 46.43% no respondió (Figura 19).

Figura 19. Alimentos que no debe consumir un menor de cinco años



5.3.3.4 Hábitos relacionados con los medios de comunicación

En relación con la información y comunicaciones masivas, 40.91% oyen radio, 5.19% ven televisión, y 1.30% leen el periódico (Tabla 6). No obstante, es preciso aclarar que la localización del resguardo indígena y su relativa condición de aislamiento de centros urbanos impiden el acceso a la televisión, los casos registrados puede que se trate de señal satelital, y en el caso de los periódicos, tiene mayor restricción puesto que en el Departamento del Putumayo, los diarios de circulación nacional a lo sumo tienen cobertura para los municipios de Mocoa, Puerto Asís, Sibundoy, y Puerto Leguizamo de los trece municipios que conforman el territorio departamental.

Tabla 6. Hábitos relacionados con los medios de comunicación

MEDIO MASIVO DE COMUNICACIÓN	SI	NO	NR
Oyen radio	40,91	1,95	57,14
Ven televisión	5,19	29,22	65,58
Leen periódico	1,30	33,12	65,58

5.3.4 Convivencia con animales

Las familias tienen convivencia con animales dentro y cerca de la vivienda, tales como: aves (gallinas, pollos, loros), cuyes, perros, gatos, cerdos, caballos y vacas. Casi la totalidad de las familias disponen bien de gallinas o de pollos, y en general, conviven con algún animal (Tabla 7).

Tabla 7. Convivencia de animales en la vivienda

ANIMALES	%	ANIMALES	%
Patos, gallinas	2,86	Pollos, patos, perros, gato	2,86
Gallinas, patos, perros	2,86	Pollos, perros, cuyes	2,86
Gallinas, perros	2,86	Pollos, perros, gatos	2,86
Gallinas	14,29	Pollos, caballos, vacas	2,86
Pollos	20,00	Pollos, patos, perros	2,86
Pollos, perros	2,86	Pollos, patos, gatos, perros, cuyes	2,86
Patos, pollos	2,86	Perros, gatos, gallinas	2,86
Gallinas, caballos	5,71	Perros	5,71
Perros, gallinas, pato, gato	2,86	Perros, gatos, loros	2,86
Pollos, cerdos	2,86	No responde	8,57
Perros, gatos	2,86		

5.4 PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD

5.4.1 Morbilidad sentida

La percepción por enfermedad general durante la semana anterior indica que 35.71% de la población estaba enferma, con una ligera prevalencia en mujeres del 18.18% frente al 17.53% en hombres. Además, 69.09% señaló que esa morbilidad había empezado en dicha semana, 10.91% dijo que no, y 20% se abstuvo de responder (Tabla 8).

Tabla 8. Percepción de la enfermedad

DESCRIPCIÓN MORBILIDAD	SI	NO	NR
¿Se enfermó en la última semana?	35,71	63,64	0,65
¿Las enfermedades comenzaron la última semana?	69,09	10,91	20,00
¿Sintió necesidad de consultar por este problema?	52,73	21,82	25,45
¿Consultó cuando se sintió enfermo?	47,27	21,82	30,91

Dentro del grupo de la población que se enfermó en la semana anterior a la entrevista, 52.73% sintió necesidad de consultar, y de hecho, 47.27% consultó cuando se sintió enfermo, mientras 21.82% no sintió necesidad de consultar ni lo hizo, pero, 30.91% no respondió acerca de si había consultado cuando se sintió enfermo (Tabla 8).

Entre la población que se enfermó en la semana anterior, 49.1% fueron hombres y 50.90% eran mujeres. Entre los hombres, los grupos más frecuentes en su orden de importancia fueron el grupo entre cero y cuatro años con 16.36%, seguido del grupo entre cinco y nueve años con 9.09%, y después el grupo de 10 a 14 años con 7.27%. Entre las mujeres, los grupos más frecuentes fueron de cero a cuatro años y de cinco a nueve años, cada uno con una proporción de 10.90%, y des-

pués, los grupos de 15 a 19 años y de 25 a 29 años, cada uno con una proporción de 5.45%.

5.4.1.1 Causas de morbilidad sentida

En la reserva indígena, las cinco causas más frecuentes de la morbilidad fueron: gripa, fiebre, dolor de cabeza, diarrea y dolores articulares (Tabla 9).

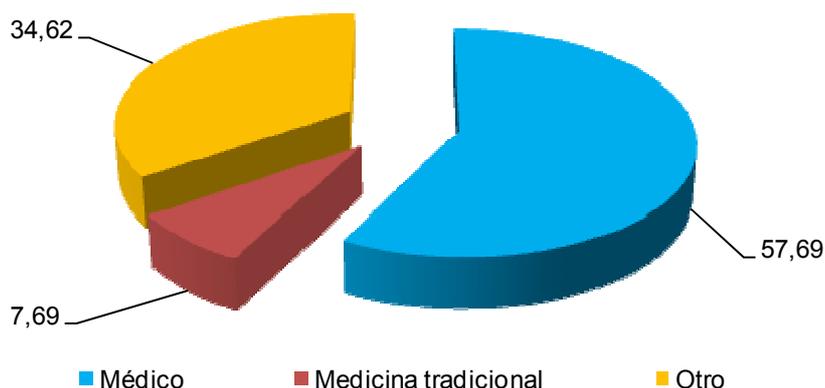
Tabla 9. Morbilidad sentida

MORBILIDAD SENTIDA	%
Gripa	35,71
Fiebre, tos, malestar general	3,57
Daño y dolor de estómago	3,57
Fiebre, vómito, dolor de cabeza	3,57
Fiebre, dolor del cuerpo, dolor de cabeza	3,57
Fiebre, dolor de cabeza, gripa	3,57
Dengue	1,79
Fiebre, tos, malestar general, gripa	1,79
Malestar en el brazo, enrojecido	1,79
Dolor en el oído	1,79
Daño de estómago, dolor, fiebre	1,79
Dolor de los tobillos, la vista, la espalda	1,79
TBC	1,79
Fiebre	1,79
Dolor de estómago, fiebre, vómito	1,79
Fiebre, gripa	1,79
Dolor de espalda	1,79
Quistes ovarios	1,79
Gripa, fiebre, dolor intestinal	1,79
Diarrea	1,79
Diarrea y fiebre	1,79
Dolor de cabeza, gripa, insensibilidad del sabor	1,79
Dolor de cabeza, dolor de estómago	1,79
Dolor de pecho	1,79
Diarrea, fiebre, vómito	1,79
Gripa, brote de granos en la piel	1,79
Dolor de cabeza, fiebre	1,79
Fiebre, tos	1,79
Dolor de pulmones	1,79
Menstruación dolorosa	1,79
Adormecimiento de piernas, dolor de cintura y brazo derecho	1,79
Fiebre, dolor de huesos, dolor de cabeza	1,79

5.4.1.2 Agente consultado por enfermedad

El principal agente consultado es el médico en una proporción de 57.69%, otro agente de importancia es el médico tradicional con una proporción de 7.69%, sin embargo, dentro de otros agentes, se cita a la familia, destacando el padre con 19.24% y la abuela con 7.69% (Figura 20).

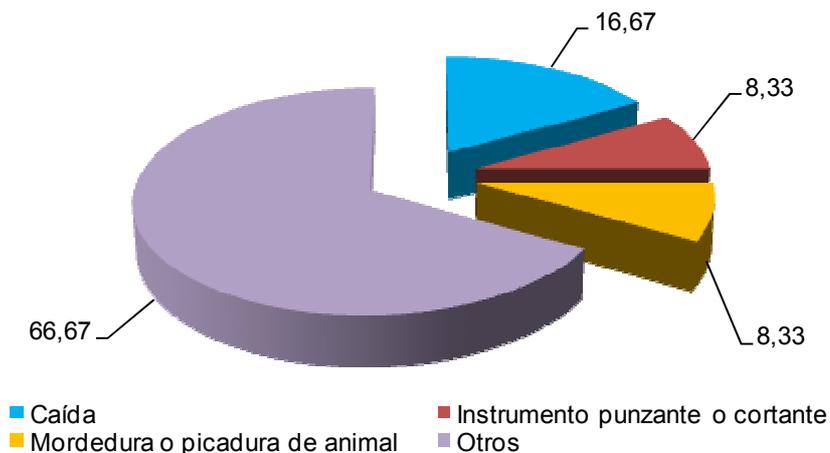
Figura 20. Agente consultado por enfermedad



5.4.2 Accidentes

Durante la semana anterior a la entrevista, 7.79% tuvo accidentes, 88.96% no tuvo accidentes, y 3.25% no respondió. Entre las causas de los accidentes ocurridos, 16.67% fue por caídas, 8.33% por mordedura o picadura de animal, 8.33% por instrumento punzante o cortante, y una proporción de 66.67% por otras causas no especificadas (Figura 21).

Figura 21. Causas de accidentes durante la semana anterior a la entrevista



5.4.3 Salud oral

5.4.3.1 Morbilidad oral

Durante la semana anterior a las entrevistas, 6.49% de la población tuvo algún problema con su dentadura o en alguna parte de la boca. Una proporción de 90% de ellos sintió la necesidad de consultar por este problema, pero, solo 11.11% de quienes tuvieron ese tipo de problemas consultó (Tabla 10).

Tabla 10. Salud oral de la comunidad indígena

SALUD ORAL	SI	NO	NR
¿La última semana tuvo algún problema con su dentadura o en alguna parte de la boca?	6,49	90,91	2,60
¿Sintió necesidad de consultar por este problema?	90,00	10,00	0,00
¿Consultó por este problema?	11,11	66,67	22,22
¿Se asea los dientes?	93,51	3,90	2,60
¿Se asea con cepillo dental?	93,51	0,65	5,84
¿Además del cepillo, usa otros elementos para limpieza dental?	11,69	79,22	9,09

Entre la población del resguardo indígena, una proporción de 93.51% se asea los dientes, y en la misma proporción lo hace con cepillo dental. Además, 11.69% del total de la población que se asea los dientes utiliza otros elementos para limpieza dental (Tabla 10).

Entre esos otros elementos está la seda dental con una proporción de 33.33%, enfatizando que varias personas utilizan también listerine con una frecuencia de dos veces al día, y una persona emplea limón con una frecuencia de dos veces al día.

Los problemas de salud oral más frecuentes son: el dolor de muela y la fiebre (Tabla 11).

Tabla 11. Problemas de salud oral

PROBLEMAS DE SALUD ORAL	%
Hinchazón, muela dañada, fiebre	10,00
Dolor de muela, fiebre, dolor de cabeza	10,00
Dolor de muela	60,00
Dolor de muela, dolor de oído	10,00
Faringoamigdalitis	10,00

5.4.3.2 Agente consultado por problemas en la dentadura o en la boca

El agente consultado por problemas en la dentadura o en la boca fue el odontólogo, en una proporción de 100.00% de las personas afectadas.

5.4.3.3 Prácticas de aseo dental

El aseo con cepillo dental se practica en mayor proporción de importancia dos veces al día (51.95%), sigue tres veces al día en menor proporción de importancia (31.82%), una sola vez al día 1.30%, cuatro veces 0.65%, y 14.29% no respondió (Tabla 12).

Tabla 12. Uso del cepillo de dientes

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?	%
Un vez	1,30
Dos veces	51,95
Tres veces	31,82
Cuatro veces	0,65
No responde	14,29

5.4.3.4 Creencias sobre problemas dentales

Entre los encuestados 64.94% cree que los problemas dentales se debe a la falta de aseo, 6.49% por falta de atención odontológica oportuna, 3.25% por hábitos alimenticios, 1.95% por otro tipo de causa no especificada, 8.44% desconoce las causas, y 14.94% no respondió (Tabla 13).

Tabla 13. Creencias sobre las enfermedades de los dientes

CAUSAS ENFERMEDADES DE LOS DIENTES	%
Falta de aseo	64,94
Tipo de alimento consumido	3,25
No tiene atención odontológica	6,49
Otra causa no especificada	1,95
No sabe	8,44
No responde	14,94

5.4.4 Salud materno – infantil

5.4.4.1 Embarazo y parto

Durante el período comprendido entre enero de 1992 y junio de 2010 ocurrieron 32 nacimientos, 30 hijos nacidos vivos y dos hijos nacidos muertos, además, se presentaron ocho casos entre pérdidas o abortos.

En el período entre enero de 2009 y junio de 2010 hubo tres hijos nacidos vivos, con una duración de nueve meses de embarazo, subrayando que los tres disponen del debido registro de nacimiento.

En una población de 28 mujeres en edad fértil, 46.43% conoce alguna señal de peligro o enfermedad durante el embarazo, otra proporción de 46.43% lo desconoce, y 7.14% no respondió.

Entre las señales que este grupo de mujeres reconoce se encuentra el sangrado vaginal o hemorragia en una proporción de 42.86% aunque no respondió 57.14%, el dolor de cabeza con una proporción de 3.57%, y el aumento de peso con 10.71%, sin embargo, una proporción mayor a 75% no quiso responder a las dos últimas señales preguntadas (Tabla 14).

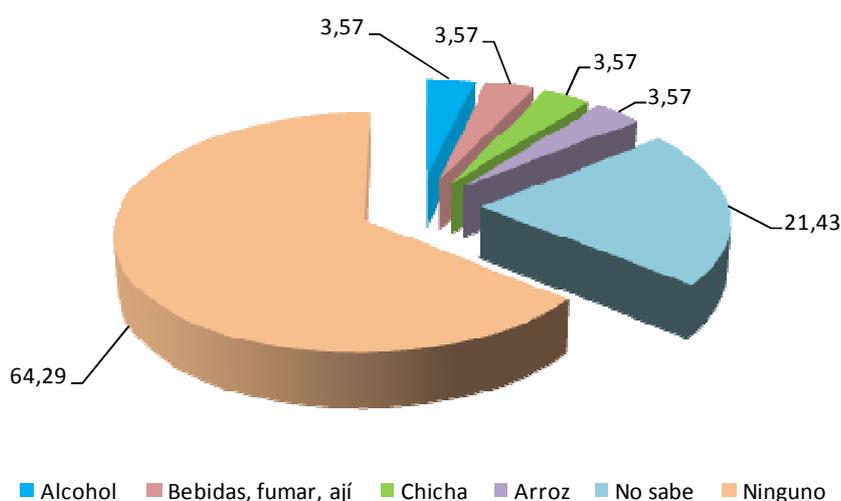
Tabla 14. Señales de peligro o enfermedad durante el embarazo

SEÑALES DE PELIGRO	SI	NO	NR
Sangrado vaginal o hemorragia	42,86	0,00	57,14
Dolor de cabeza seguido	3,57	17,86	78,57
Aumenta mucho de peso	10,71	14,29	75,00

Además, en este grupo de mujeres, 82.14% fue vacunada en estado de embarazo, y una proporción de 42.86% tiene hijos menores de cinco años.

En la reserva indígena, entre las mujeres en edad fértil, 64.29% cree que durante el embarazo pueden consumir cualquier alimento, sin embargo, hay quienes creen que el alcohol puede enfermar al bebé, las bebidas, fumar o el consumo de ají en las comidas puede producir malformaciones al niño, el consumo de chicha enferma al niño y nace débil, el consumo de arroz le hace padecer náuseas, cada uno de estos eventos en una proporción de 3.57%, y 21.43% no sabe respecto de la pregunta (Figura 22).

Figura 22. Alimentos que una mujer no debe consumir durante el embarazo



5.4.4.2 Atención al parto

En cuanto al agente que atendió el parto, las mujeres encuestadas manifestaron que en una proporción de 42.86% lo hizo un médico, 25.00% fueron asistidas por una comadrona, y 32.14% lo hizo ella misma.

5.4.4.3 Lactancia materna

El 100.00% de las madres de esta comunidad indígena le brindó lactancia materna a sus hijos: 35.00% durante un período hasta de 12 meses, 45.00% entre 13 y 18 meses, y 20% por un período mayor de 18 meses. Un segmento de 5.00% lo hizo con una frecuencia de hasta seis veces al día, 80.00% entre siete a 12 veces al día, y 15.00% más de 12 veces diarias. Durante este período, solo 10.00% se abstuvo de comer aguacate y papa.

5.4.4.4 Inmunizaciones

En el plan de inmunizaciones, una proporción de 90.00% de los niños menores de cinco años ha sido vacunado, 5.00% no hizo vacuna a sus hijos porque cree que se enferma, y otro 5.00% no especificó las razones. En cuanto a las vacunas aplicadas, 80.00% había recibido la vacuna contra el sarampión, 85.00% contra la poliomielitis, 85.00% contra la difteria, tosferina y tétanos –DPT, y 75.00% contra la tuberculosis (Tabla 15).

Tabla 15. Tipo de vacunas aplicadas a menores de cinco años

VACUNA	SI	NO	NR
Sarampión	80,00		20,00
Polio	85,00		15,00
DPT	85,00		15,00
BCG	75,00		25,00

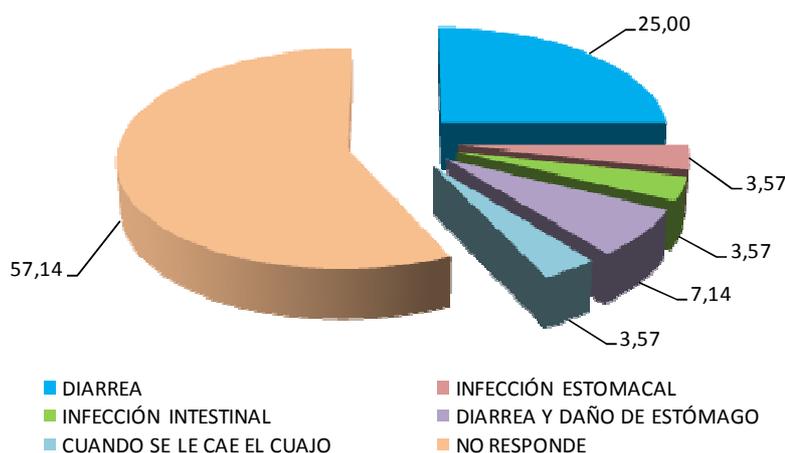
5.4.4.5 Enfermedad diarreica aguda –EDA

Las preguntas sobre conocimientos y prácticas acerca de la EDA e IRA se hicieron solo a las mujeres que tenían hijos menores de cinco años. Dicha población fue de 20 niños: (i) en el grupo de uno a dos años, 20.00% eran niños y 20.00% niñas, y (ii) en el grupo de tres a cinco años, 35.00% fueron niños, y 25.00% niñas. En este grupo de madres, 50.00% cree que la diarrea es una enfermedad grave y aún mortal, 3.57% no lo cree así, y 46.43% no respondió.

La percepción materna sobre la enfermedad cuando un niño hace deposiciones líquidas, acuosas o muy aguadas, indica que 25.00% asume que se trata de diarrea, 7.14% que está enfermo con diarrea y daño de estómago, 3.57% con infec-

ción estomacal, 3.57% con infección intestinal, 3.57% cree que ocurre cuando se le cae el cuajo, mientras 57.14% no respondió (Figura 23).

Figura 23. Percepción materna de enfermedad cuando un niño hace deposiciones líquidas, acuosas o muy aguadas



El conocimiento materno sobre la diarrea y sus señales de gravedad mostró que una proporción de 28.57% reconoce el hundimiento de los ojos, 25.00% por la fiebre, 17.86% el vómito, 7.14% por el llanto sin lágrima, 3.57% por el hundimiento de la fontanela, y 3.57% otras señales, además, frente a señales como la boca seca sin saliva y disminución de la orina no respondieron (Tabla 16).

Tabla 16. Conocimiento materno sobre la diarrea y sus señales de gravedad

SEÑALES DE ALERTA	SI	NO	NR
Llanto sin lágrima	7,14		92,86
Boca seca sin saliva			100,00
Disminución de la orina			100,00
Hundimiento de los ojos	28,57		71,43
Vómito	17,86		82,14
Hundimiento de la fontanela	3,57		96,43
Fiebre	25,00		75,00
Otras	3,57		96,43

Las madres creen que los niños se enferman de diarrea por tomar agua sucia una proporción de 35.71%, porque los ojean 25.00%, por los parásitos 25.00%, por mantener las manos sucias 21.43%, porque se descuajan 14.29%, por introducir objetos sucios a la boca 14.29%, por comidas en mal estado 14.29%, por cambio de la leche materna 10.71%, por las moscas y mosquitos 3.57%, y por la salida de los dientes 3.57% (Tabla 17).

Tabla 17. Creencias sobre las causas de la diarrea

CAUSAS DE DIARREA	SI	NO	NR
Porque se descuajan	14,29	3,57	82,14
Porque los ojean	25,00	0,00	75,00
Por los parásitos	25,00	0,00	75,00
Por las moscas y mosquitos	3,57	3,57	92,86
Por las manos sucias	21,43	0,00	78,57
Por tomar agua sucia	35,71	0,00	64,29
Por la salida de los dientes	3,57	3,57	78,57
Por introducir objetos sucios a la boca	14,29	3,57	82,14
Por cambio de leche	10,71	0,00	89,29
Por comidas en mal estado	14,29	0,00	85,71

Entre las medidas preventivas contra la diarrea, las madres tienen el convencimiento prevalente de que contribuye más tapar los alimentos en una proporción de 32.14%, lavar las manos del niño antes de comer 32.14%, hervir el agua 28.57%, lavarse las manos después de cada deposición 25.00%, lavarse las manos antes de preparar los alimentos 17.86%, lavar las verduras y frutas 17.86%, y hervir la leche 3.57% (Tabla 18).

Tabla 18. Medidas preventivas contra la diarrea

MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA DIARREA	SI	NO	NR
Lavarse las manos antes de preparar los alimentos	17,86	0,00	82,14
Lavar las verduras y frutas	17,86	0,00	82,14
Hervir la leche	3,57	0,00	96,43
Hervir el agua	28,57	0,00	71,43
Tapar los alimentos	32,14	0,00	67,86
Lavar las manos del niño antes de comer	32,14	0,00	67,86
Lavarse las manos después de cada deposición	25,00	3,57	71,43

En el tratamiento para el control de la diarrea, la preparación de aguas medicinales prevalece con una proporción de 39.29%, 14.29% algunas veces le suspenden algunos alimentos sólidos, otras le preparan suero con sales hidratantes u otro de farmacia (10.71%), también le dan suero casero o preparaciones con productos caseros (10.71%), o le dan medicamentos (10.71%) (Tabla 19).

Algunas de las aguas medicinales suministradas están preparadas con: (i) cáscara de guayaba, yerbabuena, poleo, albahaca, tigremosca, (ii) prontoalivio, yerbabuena, (iii) cogollo de guayaba y coca, (iv) guayaba, orégano, y (v) poleo, guayaba, coca.

Tabla 19. Tratamiento para el control de la diarrea

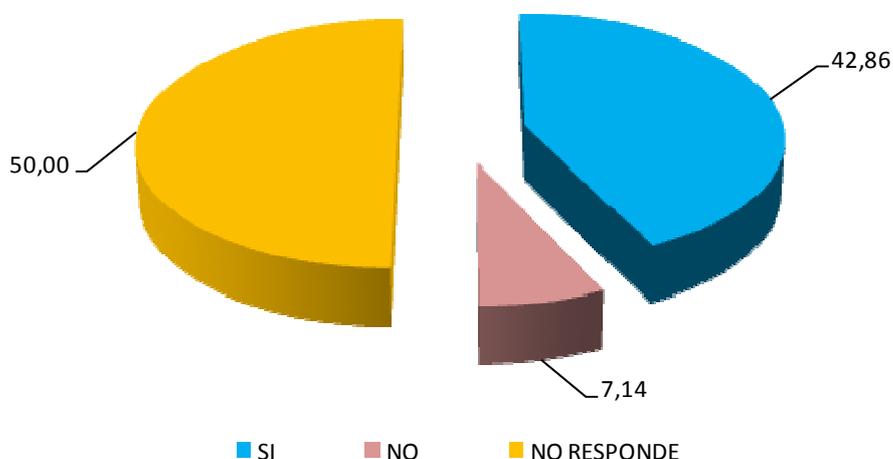
TRATAMIENTO PARA CONTROL DE DIARREA	SI	NO	NR
Le prepara un suero con sales hidratantes u otro de farmacia	10,71	0,00	89,29
Le da suero casero o preparaciones con productos caseros	10,71	0,00	89,29
Le da drogas, jarabes, etc.	10,71	0,00	89,29
Le da aguas medicinales, de hierbas	39,29	0,00	60,71
Le suspende la leche de origen animal	3,57	3,57	92,86
Le suspende la leche materna	0,00	3,57	96,43
Le suspende algunos alimentos sólidos	14,29	3,57	82,14
Deja que le pase sin hacerle nada	0,00	3,57	96,43

En cuanto a la preparación de la bebida para curar la diarrea, una proporción de 17.86% de las madres prefiere utilizar un litro de agua hervida y un sobre de sales hidratantes o suero oral, 7.14% prepara con un litro de agua hervida, una cucharadita rasa de sal, y cuatro cucharaditas rasas de azúcar, y 7.14% lo hace con agua, sal y azúcar en otras cantidades, pero, 42.86% rechazaron la opción de preparar con un litro de agua hervida, una cucharadita rasa de sal, cuatro cucharaditas rasas de azúcar, y otro ingrediente (Tabla 20).

Tabla 20. Modo de preparación de la bebida para curar la diarrea

PREPARACIÓN BEBIDA PARA CURAR DIARREA	SI	NO	NR
Un litro de agua (cuatro tazas) hervida y un sobre de sales rehidratantes o suero oral	17,86	32,14	50,00
Un litro de agua hervida, una cucharadita rasa de sal, y cuatro cucharaditas rasas de azúcar	7,14	42,86	50,00
Un litro de agua hervida, una cucharadita rasa de sal, cuatro charaditas rasas de azúcar, y otro ingrediente		42,86	57,14
Agua, sal y azúcar en otras cantidades	7,14	32,14	60,71

Figura 24. Prohibición de alimento al niño cuando tiene diarrea



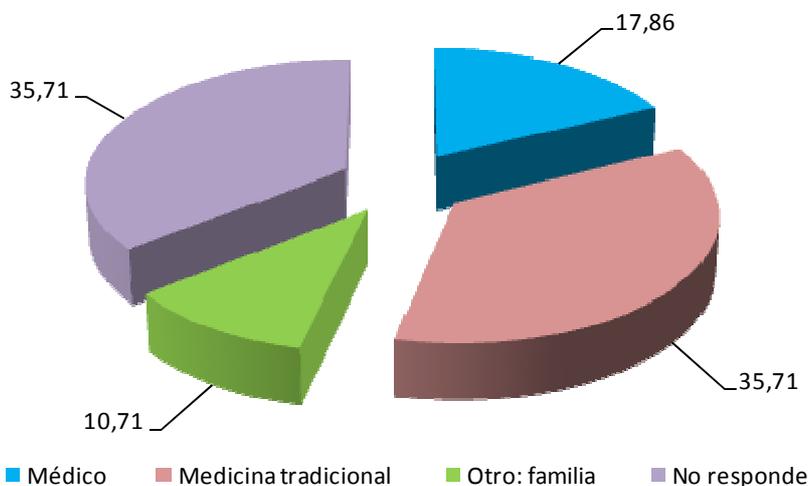
Durante el período de afectación con diarrea, 42.86% de la madres suspende algunos alimentos, 7.14% no lo hace, y 50.00% no respondió (Figura 24). Las leguminosas (fríjol, lenteja, bienestarina) en una proporción de 28.57% son suspendidas con mayor prevalencia, 25.00% lo hace con leche de origen animal y derivados, 3.57% suspende la lactancia materna, 3.57% los tubérculos (yuca, papa, arracacha), y 3.57% suspende las verduras y hortalizas (Tabla 21).

Tabla 21. Alimentos que se suspenden durante la diarrea

ALIMENTOS QUE SE SUSPENDE CUANDO TIENE DIARREA	SI	NO	NR
Leche de origen animal y derivados	25,00		75,00
Leche materna	3,57		96,43
Leguminosas (fríjol, lenteja, bienestarina)	28,57		71,43
Tubérculos (yuca, papa, arracacha)	3,57		96,43
Verduras y hortalizas	3,57		96,43

En caso diarrea, en orden de importancia se utiliza la medicina tradicional en una proporción de 35.71%, después, el agente consultado es el médico con 17.86%, o también, la familia como otro agente posible con 10.71%, mientras 35.71% no respondió (Figura 25).

Figura 25. Agente consultado en caso de diarrea



5.4.4.6 Infección respiratoria aguda –IRA

En el grupo de madres entrevistadas, 46.43% cree que la gripa, tos o catarro es una enfermedad grave y aún mortal, 3.57% no lo cree así, y 50.00% no respondió. Durante la semana anterior a la entrevista, 60.00% estuvo con gripa, tos o catarro, 40.00% no estuvo afectado. Desde el momento en que le comenzó la gripa, tos o catarro, una proporción de 5.00% estuvo afectada entre tres y ocho días, 55.00% aún la tiene, y 35.00% no respondió.

En cuanto a las señales de alerta para IRA, una proporción de 7.14% de las madres reconoce el ahogo y la respiración agitada o acelerada, 39.29% la tos constante o a cada rato, y 21.43% cuando el niño tiene calentura o fiebre alta (Tabla 22). Otra señal reconocida es el dolor de cabeza.

Tabla 22. Señales de alerta para infección respiratoria aguda

SEÑALES ALERTA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	SI	NO	NR
Ahogo, respiración agitada o acelerada	7,14	3,57	89,29
Amoramiento de la piel, uñas, labios	0,00	3,57	96,43
Tos constante o a cada rato	39,29	0,00	60,71
Calentura o fiebre alta	21,43	3,57	75,00

Entre las causas de la IRA, las madres creen que ocurrió por cambios bruscos de temperatura en una proporción de 32.14%, por haber estado junto a otras personas agripadas 14.29%, por no estar bien alimentados 14.29%, y por estar expuesta a humos 3.57% (Tabla 23).

Tabla 23. Conocimiento materno sobre las causas de infección respiratoria aguda

CAUSAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	SI	NO	NR
Por haber estado junto a otras personas agripadas	14,29	3,57	82,14
Por cambios bruscos de temperatura	32,14		67,86
Por estar expuesta a humos	3,57	7,14	89,29
Por no estar bien alimentados	14,29	7,14	78,57

Las medidas preventivas acostumbradas por las madres para evitar la IRA muestran que una proporción de 32.14% evita que los niños estén expuestos a cambios bruscos de la temperatura, 28.57% procura mantenerlos abrigados, 7.14% intenta que los niños estén bien alimentados, y 3.57% evita que los niños estén expuestos al humo (Tabla 24).

Tabla 24. Medidas de prevención para evitar la infección respiratoria aguda

PREVENCIÓN CONTRA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	SI	NO	NR
Procura mantenerlos abrigados	28,57	3,57	67,86
Procura que los niños estén bien alimentados	7,14	3,57	89,29
Evita que los niños estén expuestos a cambios bruscos de temperatura	32,14		67,86
Evita que los niños estén expuestos a humo	3,57	3,57	92,86

El tratamiento prevalente utilizado para mejorar cuando alguno de los niños tiene IRA consiste en impedir que se moje en una proporción de 71.43%, 64.29% los abrigan, 42.86% les dan alguna pastilla, 28.57% les aplican cremas, ungüentos o aceites, 28.57% les dan aguas medicinales de hierbas, y 14.29% utiliza otro tratamiento como darles agua de verbena, o lomofil en agua caliente (Tabla 25).

Tabla 25. Tratamientos contra la infección respiratoria aguda

TRATAMIENTO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA	SI	NO	NR
Le da algunas pastillas	42,86		57,14
Le aplica crema, ungüentos, o aceites	28,57		71,43
Lo aísla de las corrientes de aire	21,43		78,57
Impide que se moje	71,43		28,57
Deja que se le pase sin hacer nada		7,14	92,86
Le pone emplastos		7,14	92,86
Le da aguas medicinales de hierbas	28,57	7,14	64,29
Lo abriga	64,29		35,71
Otros, ¿cuáles?	14,29		78,57

Cuando algún niño está afectado por la IRA, 100.00% de las madres consultan por esta enfermedad. En estos casos, el agente consultado con mayor aceptación es el médico en una proporción de 50.00%, luego, sigue en importancia el médico tradicional con 25.00%, y 7.14% lo hace con ayuda de la familia (Tabla 26).

Tabla 26. Agente consultado en caso de infección respiratoria aguda

AGENTE DE SALUD	SI	NO	NR
Médico	50,00	3,57	21,43
Medicina tradicional	25,00		25,00
Otro, ¿cuál?	7,14		42,86

5.4.5 Morbilidad infantil por EDA e IRA

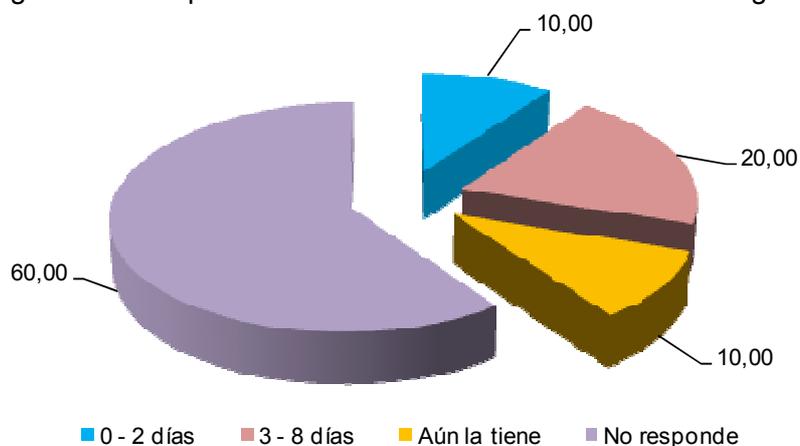
5.4.4.1 Morbilidad por EDA

De acuerdo con las entrevistadas, una proporción de 55.00% manifestó que en el último mes los niños habían tenido diarrea por última vez, 20.00% antes del último mes o nunca, y 25.00% no respondió. En relación con la duración de la diarrea, 10.00% manifestó que fue menor de dos días, en 20.00% la duración fue entre tres y ocho días, 10.00% aún la tiene, y 60.00% no respondió (Figura 26). Mientras tuvo diarrea, una proporción de 15% tuvo vómito, 30.00% tuvo fiebre, y 35.00% otras señales de alerta (dolor de barriga 15%, diarrea 20.00%) (Tabla 27).

Tabla 27. Señales durante la enfermedad diarreica aguda

SEÑALES DURANTE LA EDA	SI	NO	NR
Vómito	15,00	5,00	80,00
Fiebre	30,00		70,00
Otra	35,00		65,00

Figura 26. Tiempo de duración de la enfermedad diarreica aguda



5.4.5.2 Morbilidad por IRA

Según las mujeres entrevistadas, en el último mes una proporción de 55.00% tuvo gripa, tos o catarro por primera vez, 10.00% la tuvo antes del último mes o nunca, y 35.00% no respondió. En cuanto a la duración de la IRA, una proporción de 5.00% la tuvo entre tres y ocho días, 55.00% aún la tenía cuando se realizaron las entrevistas, y 40.00% no respondió (Figura 27). Cuando tuvieron la IRA, 45.00% de los niños afectados tuvo fiebre, 35.00% tos, 30.00% presentaba mocos, y 20.00% tuvo otras señales no especificadas (Tabla 28).

Figura 27. Tiempo de duración de la infección respiratoria aguda

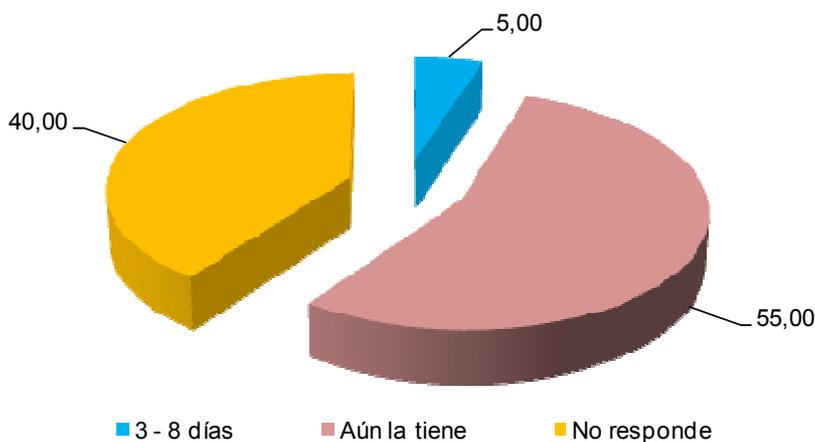


Tabla 28. Señales durante la infección respiratoria aguda

SEÑALES DURANTE LA IRA	SI	NO	NR
Mocos	30,00		70,00
Fiebre	45,00		55,00
Tos	35,00		65,00
Otra	20,00		80,00

6. DISCUSIÓN

6.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

La estructura por edades para la población estudiada mostró que 22.08% de la población está compuesta por menores de 15 años, mientras que en el caso de estudio de Piñeros y Sabogal (1999) en comunidades indígenas de Colombia fue de 44.9% y para el total de la población colombiana era de 36.0%, esto implica que la población estudiada está por debajo de las tendencias en relación con el resto del país, y de los demás pueblos indígenas.

Esta tendencia en la estructura de la población del resguardo indígena de Yarinal es probable que esté relacionada con la diáspora de los jóvenes, puesto que las uniones de pareja ocurren con mayor frecuencia a edad temprana, sin embargo, en este caso, la magnitud del tamaño de la población está soportado en parejas adultas prolíficas.

El nivel de escolaridad permitió observar que 57.14% de las personas tienen o han tenido algún tipo de asistencia a la escuela, y 21.43% ha tenido algún grado de educación secundaria, esto indica que en el nivel de educación primaria está por debajo de lo encontrado para el citado estudio de los pueblos indígenas que fue de 64.7%, y que la población del resguardo indígena Yarinal – San Marcelino en cuanto al nivel de educación secundaria está por encima de los otros pueblos indígenas registrados en 7.5%.

La actividad laboral más importante fue el estudio, seguida por la agricultura y el hogar, que coincide con el estudio de referencia, pero, en orden distinto, primero, la agricultura, después el hogar, y el estudio. Además, 17.53% de desocupados es superior al promedio nacional de desempleo para mitad del año 2010, que según el DANE fue de 12.1%.

6.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La tasa de fecundidad específica por edad, en el grupo de 25 a 29 años fue estimada en 200.0 por mil que es inferior al otro estudio de Piñeros y Sabogal (1999) con 303.6 por mil, y en el grupo de 35 a 39 años fue de 500.0 por mil que es superior al registrado en igual estudio con 179.9. Una posible explicación puede estar relacionada con la escasez de vientres disponibles como fue observado según la pirámide poblacional.

La migración no presenta diferencias significativas, pues en la reserva indígena de Yarinal – San Marcelino el 74.29% de los encuestados siempre ha permanecido en la comunidad, y en el estudio de las comunidades indígenas al nivel nacional fue de 75.5%.

6.3 CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR Y DE LA VIVIENDA

En general, las condiciones físicas de las viviendas de la comunidad de Yarinal son mejores que las viviendas del otro estudio: 100.0% de las viviendas en Yarinal son casas, mientras el promedio de las demás comunidades indígenas del país encuestadas fue de 30.0%, y de manera idéntica, en la comparación de la dotación espacial del número de cuartos por cada vivienda, como en el número de cuartos para dormir, por ejemplo, mientras en Yarinal en relación con las viviendas con tres cuartos existe una proporción de 54.29% y las viviendas con cuatro o más cuartos representaba 40.00%, en el estudio de comparación solo era de 19.1% y 4.8%, de manera respectiva para tres, y cuatro o más cuartos.

En cuanto a la disponibilidad del servicio domiciliario de agua, la localización del servicio dentro de la vivienda es similar, es decir, en Yarinal la proporción fue de 25.71% en el otro estudio era de 20.3%, no obstante, mientras en Yarinal fuera de la vivienda representa 68.57% en las demás comunidades de referencia era de 31.8%, y sin servicio en Yarinal fue de 5.71% y en el estudio de referencia era de 47.9%. Esto implicaría que en la reserva indígena de Yarinal se tiene mejor abastecimiento de agua.

En los hábitos del hogar, la tendencia en el tratamiento del agua para consumo humano es idéntica tanto en la reserva indígena de Yarinal como en las demás comunidades indígenas, pues en Yarinal 42.86% hierven el agua, en las otras comunidades indígenas fue estimada en 41.5%, y quienes no hierven el agua en Yarinal representan una proporción de 45.71% frente a 57.5% del otro estudio.

Los resultados del manejo de la disposición de excretas presentan un rezago del resguardo indígena de Yarinal, pues la disponibilidad de taza sanitaria fue de 14.29% frente a 24.2% de las otras comunidades indígenas, y la disposición de excretas de Yarinal a campo abierto fue en una proporción de 85.71% que es superior a la de las demás comunidades indígenas que era de 68.4%. En la disposición final de basuras hay diferencias, puesto que la comunidad de Yarinal una proporción de 14.29% acostumbran enterrar las basuras, 14.29% las queman y 28.57% las arrojan a campo abierto, en cambio, los resultados del estudio de referencia presentaron 7.6%, 30.4% y 54.9%, que de manera respectiva, las basuras son enterradas, quemadas o abandonadas a campo abierto. Una posible justificación para la tendencia de las demás comunidades indígenas del uso de dejar abandonadas las basuras a cielo abierto podría estar relacionado con la suficiente disponibilidad de terreno en sus comunidades, además, en el caso de la comunidad de Yarinal, en el otro método para disposición final se hace mención a sistemas de quema y entierro de la basura, pero no se especifica el procedimiento, en ambos casos es evidente que el manejo de excretas y basuras debe mejorar por la amenaza sanitaria y deterioro del ambiente.

En relación con los hábitos alimentarios, la frecuencia de consumo de alimentos constructores y energéticos es muy buena tanto en la reserva indígena de Yarinal como en las demás comunidades indígenas del estudio que sirve para comparación, no obstante, hay una diferencia notoria en los alimentos reguladores, pues en Yarinal es baja (frutas 14.3%, verduras 27.1%), mientras en las otras comunidades indígenas es buena, porque una proporción de 48.2% de la población tiene una frecuencia de consumo de estos alimentos dos o más veces por semana.

En los hábitos relacionados con los medios de comunicación, la diferencia de las demás comunidades tiene una amplia proporción en los tres parámetros de comparación, una proporción de 73.5% de las demás comunidades indígenas oyen radio frente a 40.91% en Yarinal, 29.6% ven televisión entre tanto, en Yarinal 5.19%, y 24.8% leen periódicos, en Yarinal en cambio solo una proporción de 1.30%, dejando constancia de la observación señalada antes sobre las dificultades de acceso a la televisión y a los periódicos en el caso de Yarinal.

En la convivencia con animales, 100.0% de la comunidad de la reserva indígena de Yarinal – San Marcelino tiene animales, comparado con 54.4% registrado en el otro estudio de las demás comunidades indígenas.

6.4 PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD

En cuanto a la morbilidad sentida, en la reserva indígena de Yarinal, una proporción de 35.71% estaban enfermos, 52.73% sintió necesidad de consultar, y 47.27% consultó cuando se sintió enfermo. En el caso de las otras comunidades, 25.0% estaban enfermos, 55.1% tenían necesidad de consultar, y 84.9% consultaron, por lo tanto, se observa una diferencia en la mayor proporción de población que consultó entre las demás comunidades indígenas en relación con la comunidad de Yarinal, este hecho puede corresponder a la dificultad de acceso a los servicios de salud.

Las causas de morbilidad sentida prevalente coinciden en ambos casos, es decir, en gripa, dolor de cabeza, fiebre, y diarrea.

En la reserva indígena Yarinal, el agente consultado por enfermedad con mayor proporción es el médico con 57.69%, después, el médico tradicional con 7.69% y otro personal de salud con 34.62%, mientras en las demás comunidades indígenas estudiadas, el médico tuvo 45.10%, el médico tradicional 41.60% y otro personal de salud 13.30%, esto muestra una mayor aceptación en las demás comunidades indígenas frente al caso de la comunidad de Yarinal, que además registra mayor aceptación al médico.

La morbilidad en salud oral, en la reserva indígena Yarinal – San Marcelino, una proporción de 6.49% de la población tuvo algún problema con su dentadura,

90.00% sintió la necesidad de consultar, pero, solo 11.11% consultaron, en cambio, en las otras comunidades estudiadas, 10.80% estuvo con problemas dentales, 53.00% tenía necesidad de consultar, y 77.60% consultaron. Esto indica que en las demás comunidades indígenas pudieron satisfacer mejor la necesidad de atención, pues, mientras en Yarinal la atención solo alcanzó una cobertura aproximada de 10.0%, en las otras comunidades indígenas estudiadas la atención fue del 41.1%.

En la reserva indígena Yarinal, el agente consultado por problemas en la dentadura o en la boca en 100.0% fue el odontólogo, en cambio, en el estudio de referencia, 58.46% consultó al odontólogo, 10.06% al médico, 21.78% al médico tradicional, y 9.70% a otro personal de salud. Esto sugiere que en el caso de la reserva indígena Yarinal, los pacientes hicieron el esfuerzo de salir de su comunidad para buscar atención en el centro de salud del poblado más cercano, porque en su comunidad carecen de este personal de salud.

Las población de los dos estudios comparados tienen buenas prácticas de aseo dental, en Yarinal en una proporción de 93.51% mientras en las demás comunidades indígenas fue de 81.8%. En cuanto a las creencias sobre las enfermedades de los dientes, en Yarinal la respuesta prevalente fue la falta de aseo con 64.94% y en las demás comunidades, la falta de aseo era de 56.6%, y coincidieron en las siguientes creencias, es decir, en el tipo de alimentación, y la falta de atención odontológica.

En cuanto a la salud materno infantil, las mujeres de Yarinal conocían mejor alguna señal de peligro o enfermedad durante el embarazo en una proporción de 46.43% frente a 30.2% observado en las demás comunidades indígenas, y la señal de peligro más conocida en Yarinal fue el sangrado vaginal o hemorragia (una proporción de 42.86%), entre tanto, en las demás comunidades indígenas fue el hincharse (41.7%).

En la reserva indígena de Yarinal, según las mujeres entrevistadas, el agente que atendió el parto en mayor proporción fue el médico con 42.86%, le siguió la comadrona con 25.00%, y 32.14% lo hizo ella misma, en cambio, en las demás comunidades indígenas, el médico atendió a 23.4%, la enfermera o promotor de salud 5.3%, la comadrona o partera 31.0%, sola 12.8%, con ayuda de la madre 10.0%, ayuda del esposo 9.2%, con familiares o vecinos 5.0%, el médico tradicional 2.6%, y 0.3% no respondió. Esto muestra que el médico tiene mayor cobertura en Yarinal, así como ella misma frente a los registros de las demás comunidades, la comadrona o partera tiene mayor aceptación en las demás comunidades. También, en Yarinal una proporción de 82.14% fue vacunada en estado de embarazo, mientras que en las otras comunidades indígenas 63.0% alguna vez habían sido vacunadas durante el embarazo.

Entre los niños menores de cinco años de la reserva indígena de Yarinal 100.00% recibieron lactancia materna, y la duración media está entre 13 y 18 meses, en las demás comunidades indígenas, 93.0% recibieron lactancia materna, y la duración media de lactancia en los menores de cinco años estaba entre 11 y 16 meses. Esto indica que en Yarinal, el cuidado de las madres en la lactancia y su duración es ligeramente mejor que en las mujeres de las demás comunidades indígenas. En el plan de inmunizaciones, en general, una proporción de 90.00% de los niños menores de cinco años habían sido vacunados en Yarinal frente a 89.2% en demás comunidades indígenas, y 94.5% al nivel nacional, es decir, que Yarinal está por debajo del referente nacional, y al mismo nivel del referente de las otras comunidades indígenas. En Yarinal, 5.00% no hizo vacunar a sus hijos menores de cinco años porque se enferma, y otro 5.00% no especificó la causa, en el otro estudio, 13.1% porque se enferma, 8.5% porque le duele, 4.0% porque le da fiebre, 2.8% porque son peligrosas, y 56.3% por otra causa.

En la reserva indígena de Yarinal, las mujeres con hijos menores de cinco años en una proporción de 50.00% creen que la diarrea es una enfermedad grave y aún mortal, mientras en el otro estudio de las demás comunidades fue de 83.8%, y el conocimiento materno de las señales de gravedad en ambos casos fue baja.

Las creencias sobre las cinco primeras causas más frecuentes de la diarrea, en Yarinal fueron, en su orden de importancia: por tomar agua sucia, porque los ojean, por los parásitos, por las manos sucias, y por introducir objetos sucios a la boca. En el caso de las demás comunidades indígenas fueron: por tomar agua sucia, por las manos sucias, por objetos sucios en la boca, por los parásitos, y por las comidas en mal estado. En los dos casos de comparación las causas son idénticas.

En el tratamiento de la diarrea la preferencia en orden proporcional de importancia indica que en Yarinal fue: le da aguas medicinales, le suspende algunos alimentos sólidos, le prepara suero, le da suero casero, y le da medicamentos. En el otro estudio de las demás comunidades, el tratamiento fue: suero, sueros caseros, medicamentos, aguas de hierbas, y le suspende leche animal. Los dos estudios comparados coinciden en los tratamientos con suero, sueros caseros, aguas medicinales y medicamentos.

En caso de diarrea, el agente consultado de mayor aceptación en Yarinal fue la medicina tradicional, seguido del médico, y la familia, en el caso de las demás comunidades indígenas fueron el médico, la medicina tradicional, y después, otro personal de salud no especificado.

En el grupo de madres entrevistadas en Yarinal, el conocimiento de la IRA como enfermedad que puede ser grave mostró una proporción de 46.43% mientras en las demás comunidades indígenas fue de 75.5%. Además, las tres señales de peligro de la IRA en orden proporcional de importancia en Yarinal fueron: tos cons-

tante o a cada rato, calentura o fiebre alta, y ahogo, respiración agitada o acelerada. En el estudio de las demás comunidades indígenas fueron: tos constante o a ratos, fiebre alta, y ahogo, respiración agitada o acelerada.

Los tres tratamientos de la IRA de mayor aceptación en orden proporcional de relevancia, en Yarinal son: impide que se moje, lo abriga, le da aguas de hierbas medicinales, y le aplica medicamentos. En el otro estudio de las demás comunidades indígenas son: le da medicamentos, aguas de hierbas medicinales, impide que se moje, y le aplica medicamentos. Ambos estudios coinciden en los tratamientos, solo difieren en el orden de importancia.

Entre las madres de la reserva indígena de Yarinal, el agente más consultado en orden de importancia fue el médico, la medicina tradicional, y la familia. En el caso de las demás comunidades indígenas fue el médico, otro personal de salud, y la medicina tradicional.

Durante la semana anterior a la entrevista, en Yarinal una proporción de 50.0% de los niños había tenido episodios diarreicos, mientras en las demás comunidades indígenas fue de 18.5%, y en ambos estudios, la población señaló a la fiebre y vómito como los síntomas asociados al episodio diarreico.

Durante la semana anterior a la entrevista, en Yarinal 55.0% de los niños tuvo prevalencia de IRA, en el estudio de las demás comunidades indígenas fue de 47.2%, y en ambos estudios, es decir, tanto en Yarinal como en el de referencia comparativa, la fiebre, la tos y los mocos son las señales que acompañaron el episodio.

7. CONCLUSIONES

En los últimos 40 años, las características de la población de la reserva indígena Yarinal – San Marcelino han cambiado de manera sustantiva. Si bien el tamaño de la población se ha mantenido alrededor de 150 personas aproximadas, la composición de los hogares por pertenencia étnica ha cambiado: en los años 70 del siglo XX, se estimaba una relación de 80.0% de kofanes, 15.0% de quichuas y 5.0% de inganos, en la actualidad, los kofanes representan una proporción de 36.4%, los quichuas 2.0%, y los inganos 1.3% aproximados. Esto implica una pérdida de más de 50.0% de los integrantes por cada pueblo indígena, con un equilibrio en el tamaño de la población sujeto a la llegada de nuevos pueblos indígenas con diferentes culturas y cosmovisiones, cuyos entrecruzamientos están garantizando el tamaño de la población, y un nuevo escenario de diversidad cultural, de comunidades multiétnicas, por ejemplo, se encontró personas que hablan varias lenguas indígenas tales como kofán, siona, y español, y otros más que son bilingües.

En la distribución de la población por grupos de edad y sexo, la comunidad de Yarinal atraviesa por un período crítico por el abandono de los jóvenes, y el soporte del futuro de la comunidad solo en los adultos, a diferencia de la amplia base de la pirámide poblacional de las demás comunidades indígenas, como de manera análoga ocurre en el resto del país. El nivel promedio de escolaridad en la comunidad de Yarinal es bajo, y la proporción de analfabetismo es superior al promedio nacional. Sin embargo, esto va en contravía con la aparente dedicación mayoritaria al estudio. En cuanto a las actividades laborales, también, es preciso destacar el alto nivel de desocupación por encima de los registros nacionales.

En las características demográficas, hecha la salvedad de la reducida población para la determinación de los indicadores, la alta magnitud de la tasa específica de fecundidad por edad para el grupo de 35 a 39 años, es un signo de alerta para promover alguna intervención que mitigue el abandono de la comunidad por los vientres jóvenes. En relación con la movilidad social, la proporción de migración comparada con las demás comunidades indígenas al nivel nacional es similar, a pesar de la injerencia de la violencia política y la presión de desplazamiento forzado por los actores de la guerra.

Las características físicas de las viviendas y su dotación espacial parece estar en mejores condiciones que las otras comunidades indígenas encuestadas de referencia, no obstante, las casas de la comunidad de Yarinal, en general, están construidas sobre pilotes, y la demás estructura tiene el aprovechamiento de madera, guadua (*Bambusa angustifolia*, Poaceae), y palma de chonta (*Astrocaryum standleyanum*, Arecaceae). En cuanto al servicio domiciliario de agua, en Yarinal existe disponibilidad suficiente de agua superficial, pero, solo una proporción de 42.86% hierven el agua para consumo, por lo tanto, este es otro aspecto de alerta para intervención inmediata.

Otro aspecto sensible está relacionado con la disposición de excretas y basuras a cielo abierto. La comunidad indígena acostumbra hacer sus deposiciones a campo abierto cerca de la vivienda, esta práctica se transforma en problema por la convivencia con animales domésticos que pueden incorporarlos de manera riesgosa al ciclo alimenticio y generar serios problemas de salud para la comunidad, de manera similar ocurre con las basuras, pues los olores y demás procesos de descomposición se constituyen en un foco para animales vectores de enfermedades. En los hábitos alimentarios, con base en las encuestas se requiere incrementar el consumo de alimentos reguladores, en tal sentido, el mejoramiento de una dieta alimentaria balanceada se puede resolver con la siembra de verduras y frutas en sus cultivos, y de paso se contribuye a la seguridad alimentaria de la comunidad.

Aunque la morbilidad sentida es superior a la observada en el estudio de las otras comunidades indígenas del país, el panorama de salud tiene el camino expedito para orientar y ajustar las intervenciones del sistema de seguridad social en salud. La percepción de la enfermedad está en un tránsito desde la visión de la medicina tradicional a la aceptación de los agentes de salud como el médico, el promotor de salud y demás actores del personal de salud.

La morbilidad no tiene diferencias notorias con las observadas en la población de la zona rural del país, es decir, con prevalencia de enfermedades infecciosas y virales que pueden estar asociadas a condiciones ambientales, y la situación de pobreza de la población. Una ventaja relativa en relación con los campesinos es el vasto conocimiento de plantas de uso medicinal, que en este caso particular se conoce que subyace en el pueblo kofán y demás nacionalidades indígenas: sería absurdo desconocer que esa ha sido su estrategia de supervivencia ante la inclemencia de la selva húmeda tropical.

El hecho de utilizar al personal de salud ajeno a su comunidad para la atención en salud, en salud oral, en el embarazo y parto, y demás aspectos básicos de la salud materno – infantil, las inmunizaciones, las orientaciones sobre EDA e IRA, constituye un avance importante hacia el bienestar de la comunidad de Yarinal que hace varias décadas era inimaginable.

Nunca antes como ahora existe un clima favorable para abordar la salud de los pueblos indígenas con un modelo que integre la sabiduría de la medicina indígena con el sistema de seguridad social en salud, para la identificación de estrategias interculturales que aprovechen el marco normativo, las experiencias no solo al nivel nacional sino regional de América Latina y el Caribe, para mejorar el bienestar de la población indígena, y la pervivencia de la diversidad cultural del país.

8. RECOMENDACIONES

En Colombia existen experiencias exitosas de acción intersectorial con enfoque diferencial para minorías étnicas, como el descrito por Balladelli, et al., (2007), que se pueden adaptar a las condiciones locales. Estas iniciativas de gestión están orientadas a intervenir en los determinantes de la salud para la reducción de las inequidades en salud, y pueden servir para la creación de modelos de atención en salud específicos para territorios y poblaciones que reducen su vulnerabilidad mediante la promoción de los factores protectores en salud existentes en sus propios entornos, y la concertación de acciones de prevención que incorporen los conocimientos de la medicina tradicional.

En relación con la provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales, la OPS (1997) ha propuesto las siguientes áreas estratégicas: (i) marco legal, con desarrollos legislativos en las áreas de sistemas de salud tradicionales, (ii) complementación teórica, acerca de la recuperación del conocimiento y consolidación de marcos conceptuales, (iii) complementación operacional, mediante el desarrollo y fortalecimiento de recursos humanos locales en la interculturalidad, y (iv) promoción de la interculturalidad, es decir, producción, difusión y aplicación de información en las áreas de los sistemas de salud tradicionales. Cada una de estas áreas estratégicas tiene avances importantes para tener en cuenta en cualquier iniciativa local sobre la salud indígena.

En el caso del Departamento del Putumayo, considerando la importancia de los pueblos indígenas, se debe actuar de manera sistemática, con voluntad política, y visión sostenible en el largo plazo, para aprovechar el entorno normativo, las experiencias exitosas, y los avances en la articulación intercultural, que facilitará la construcción de un modelo de atención en salud para los pueblos indígenas.

9. BIBLIOGRAFÍA

ALMAGUER G., José A. Ley marco en materia de medicina tradicional y medicinas complementarias. Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano. 2009. Disponible en internet en: <http://www.senado.gob.mx/comisiones/LX/parlatino/content/resoluciones/docs/resolucion7.pdf>

ARDÓN C., Nelson; HERNÁNDEZ B., Amparo y Julio SÁENZ B. Sistemas de salud de las comunidades indígenas y negras de Colombia 1992 – 1996. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Pontificia Universidad Javeriana. En: ICCCH. Geografía humana de Colombia: variación biológica y cultural en Colombia. Volumen I. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Bogotá D.C. 2000. Disponible en internet en: <http://banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/geofraf1/sistema1.htm>

BALLADELLI, Pier P.; GUZMÁN, José M.; KORC, Marcelo; MORENO, Paula, y Gabriel RIVERA. Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia: experiencias de acción multisectorial con enfoque diferencial para minorías étnicas. Organización Panamericana de la Salud –OPS. Nuevas Ediciones Ltda. Bogotá D.C. 2008

CORPOAMAZONIA. Municipio de San Miguel. Subdirección de Planificación. Corporación para el Desarrollo Sostenible del Sur de la Amazonia – CORPOAMAZONIA. Mocoa. 2007. Disponible en internet en: http://www.corpoamazonia.gov.co:85/Region/Putumayo/Municipios/Ptyo_SanMiguel.html

CORPOAMAZONIA. Agenda ambiental para el municipio Valle del Guamuéz: ordenamiento jurídico normativo, municipio Valle del Guamuéz. Sistema de Servicios de Información Ambiental Georreferenciada, Subdirección de Planificación. Corporación para el Desarrollo Sostenible del Sur de la Amazonia –CORPOAMAZONIA. Mocoa. 2008. Disponible en internet en: http://www.corpoamazonia.gov.co:85/Region/Putumayo/Municipios/19_5220_vquamuez_ojn.pdf

DANE. Censo General 2005: series de población 1985 – 2020. Departamento Nacional de Estadística -DANE. Bogotá D.C. 2010. Disponible en internet en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=238&Itemid=121

------. Estadísticas vitales: estimaciones de la tasa de mortalidad infantil nacional, departamental y municipal, período 2005 – 2008. Departamento Nacional de Estadística -DANE. Bogotá D.C. 2010. Disponible en internet en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119

------. Proyecciones de población: proyecciones municipales 1985 – 2020 por sexo y grupo de edad. Departamento Nacional de Estadística -DANE. Bogotá D.C. 2010. Disponible en internet en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72

FUNDACIÓN ZIO A'Í. Plan de vida del pueblo cofán y cabildos indígenas del Valle del Guamuéz y San Miguel, Putumayo, Colombia. Santafé de Bogotá. 2000.

HERNÁNDEZ R., Francisco J.; RIAÑO B., Camilo, y María C. GALVIS DE HERNÁNDEZ. Salud oral en las comunidades visitadas por la Gran Expedición Humana. Facultad de Odontología, Pontificia Universidad Javeriana. En: ICCCH. Geografía humana de Colombia: variación biológica y cultural en Colombia. Volumen I. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Bogotá D.C. 2000. Disponible en internet en: <http://banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/geofraf1/salud.htm>

HOLDRIDGE, Leslie T. Ecología basada en zonas de vida. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura –IICA. Primera edición. San José de Costa Rica. 1977.

IZQUIERDO P., Edinson de J. Informe general de trabajo año 2009. Subgerencia de Participación Intercultural, DUSAKAWI EPSI. Valledupar. 2009. Disponible en internet en: <http://dusakawiepsi.com/dusakawiepsi/>

JOJOA Ch., Omar. Documento técnico: esquema de ordenamiento territorial municipio de San Miguel, Departamento del Putumayo. Secretaría de Planeación Municipal, Alcaldía de San Miguel. La Dorada. 2003.

MELÉNDEZ S., Iván, y Carlos VÁSQUEZ L. Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en comunidades indígenas de Antioquia. Programa de Salud IPS-I, Organización Indígena de Antioquia –OIA. Medellín. 2009. Disponible en internet en: <http://quajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/Promocion%20de%20la%20Salud%20en%20Pueblos%20Indigenas,%20Organizacion%20Indigena%20de%20Antioquia%202010-04-30.ppt>

MINPROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores básicos de salud: indicadores de salud 2008. Biblioteca Virtual en Salud. Biblioteca Virtual para la Vigilancia en Salud Pública de Colombia. Dirección General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C. 2010. Disponible en internet en: <http://www.bvs-vspcol.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=22&item=132>

OMS – OPS. Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud –OPS. Organización Mundial de la Salud –OMS. Wahington D.C., Estados Unidos de Norteamérica. 1997.

OZIP. Líneas de trabajo: área de la salud. Organización Zonal Indígena del Putumayo -OZIP. Mocoa. 2010. Disponible en internet en: <http://ozip.org.co/inicio.php?pagina=lt-salud>

------. Pueblos indígenas del Departamento del Putumayo: Cofán. Organización Zonal Indígena del Putumayo -OZIP. Mocoa. 2010. Disponible en internet en: <http://ozip.org.co/inicio.php?pagina=pi-cofan>

PIÑEROS P., Marión y León E. SABOGAL M. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud (CAPs) en comunidades indígenas, Colombia, 1993 – 1994. División de Investigación Social en Salud, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud. República de Colombia. Santafé de Bogotá. 1999.

SABOGAL, Enrique; MARTÍNEZ, Mancel, y Fernando DE LA HOZ R. Enfoque integral de la salud humana en la región amazónica. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública. En: ESTRELLA, Eduardo y Antonio CRESPO (Editores). Salud y población indígena de la Amazonia. Tratado de Cooperación Amazónica. Comisión de las Comunidades Europeas. Museo Nacional de Medicina del Ecuador. Volumen I. Memorias del I Simposio Salud y Población Indígena de la Amazonia. Quito. 1993.

SALAZAR, Edy y María C. DUQUE. Características del cuidado a las personas en los procesos de salud y enfermedad. Comunidades indígenas y afroamericanas visitadas por la Gran Expedición Humana. Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. En: ICCCH. Geografía humana de Colombia: variación biológica y cultural en Colombia. Volumen I. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Bogotá D.C. 2000. Disponible en internet en: <http://banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/geofraf1/caracte1.htm>

SCHULTES, Richard E. y Robert F. RUFFAUF. El bejuco del alma: los médicos tradicionales de la Amazonia colombiana, sus plantas y sus rituales. Ediciones Uniandes, Editorial Universidad de Antioquia, Banco de la República. Imprenta Universidad de Antioquia. Medellín. 1994.

SIVIGILA PUTUMAYO. Base de datos Departamento del Putumayo. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Eventos de Interés en Salud Pública –SIVIGILA. Secretaría de Salud Departamental. Gobernación del Putumayo. Mocoa. 2010.

SUÁREZ M., Martha C. Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas. Secretaría de Salud Departamental del Amazonas. En: Revista de Salud Pública. Vol. 3 (Sup. I). Febrero 2001. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. Disponible en internet en: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v3n1s/v3ss9.htm>

TOBAR V., Luisa F., y Myriam CHINCHILLA M. Aspectos nutricionales y alimentarios de las comunidades indígenas colombianas. Programa de Nutrición, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Javeriana. En: ICCCH. Geografía humana de Colombia: variación biológica y cultural en Colombia. Volumen I. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Bogotá D.C. 2000. Disponible en internet en: <http://banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/geofraf1/aspectos.htm>

10. ANEXOS

ANEXO 1. FORMULARIOS DE LAS ENCUESTAS

ANEXO 1

**PRIMERA ENCUESTA DEPARTAMENTAL DE SALUD
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
COMUNIDADES INDIGENAS: RESGUARDO YARINAL-SAN MARCELINO**

FORMULARIO 1 DEL HOGAR Y LA VIVIENDA

FORMULARIO No. _____ DE _____

INFORMACION CONFIDENCIAL: Los datos que el Ministerio de Salud solicita son confidenciales. El decreto 1633 de 1960 establece el secreto estadístico. Los datos personales no pueden usarse como pruebas fiscales, judiciales u otras.

1. IDENTIFICACION

VEREDA	HOGAR		

2.

Total personas en la familia	No. De formularios utilizados	
	1	2

3. NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR

4. DIRECCION

5. REGISTRO DE VISITAS

6. REGISTRO DE ENTREVISTAS

VISITA	DIA	MES	HORA	
			INICIO	TERMINACION
CODIGOS				

ENTREVISTA	
COMPLETA	INCOMPLETA
1	2

RAZONES DE NO ENTREVISTA					
REHUSARON	NO ESTAN, AUSENTES	TEMPORAL, AUSENTES	RESI. OTRO LUGAR	CASA VACIA	OTROS
3	4	5	6	7	8

7. NOMBRE DEL SUPERVISOR _____ CODIGO ()

8. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____ CODIGO ()

OBSERVACIONES: _____

COMPOSICION DEL HOGAR

(,) No. de orden (,) No. de orden (,) No. de orden

1. Nombres de las personas que conforman este hogar _____

2. Edad Meses Años Meses Años Meses Años
 (,) 1 2 (,) 1 2 (,) 1 2
 (9, 8) 98 y más años (9, 8) 98 y más años (9, 8) 98 y más años

3. sexo 1 Masculino 1 Masculino 1 Masculino
 2 Femenino 2 Femenino 2 Femenino

4. Relación con el jefe del hogar	1 Jefe	1 Jefe	1 Jefe
	2 Cónyuge	2 Cónyuge	2 Cónyuge
	3 Hijos	3 Hijos	3 Hijos
	4 Parientes	4 Parientes	4 Parientes
	5 Otros	5 Otros	5 Otros

5. Estado Conyugal	1 Casado	1 Casado	1 Casado
	2 Soltero	2 Soltero	2 Soltero
	3 Separado o divorciado	3 Separado o divorciado	3 Separado o divorciado
	4 Viudo	4 Viudo	4 Viudo
	5 Unión libre	5 Unión libre	5 Unión libre

6. Grupo étnico _____

7. Número de orden de padre y madre	(,) Padre	(,) Padre	(,) Padre
	(,) Madre	(,) Madre	(,) Madre

E: Si no pertenece al hogar coloque 9,9

PARA PERSONAS DE 5 Y MAS AÑOS EDUCACIÓN

8a. ¿Qué idiomas o lenguas habla usted? _____

8b. ¿Qué idiomas o lenguas lee usted? _____

8c. ¿Qué idiomas o lenguas escribe usted? _____

8d. ¿Cuál es el último curso (año) de estudios que usted aprobó?	1 Ninguno (pase a 9a)	1 Ninguno (pase a 9a)	1 Ninguno (pase a 9a)
	2 Primaria	2 Primaria	2 Primaria
	3 Secundaria	3 Secundaria	3 Secundaria
	4 Universidad	4 Universidad	4 Universidad

8e. ¿Ha cursado estudios técnicos?	() Número de años	() Número de años	() Número de años
	0 No ha cursado	0 No ha cursado	0 No ha cursado
	9 N.R	9 N.R	9 N.R

ACTIVIDAD LABORAL

9a. ¿A qué actividad dedica usted la mayor parte del tiempo?	1 Agricultura	1 Agricultura	1 Agricultura
	2 Pesca y caza	2 Pesca y caza	2 Pesca y caza
	3 Pastoreo	3 Pastoreo	3 Pastoreo
	4 Comercio	4 Comercio	4 Comercio
	5 Hogar	5 Hogar	5 Hogar
	6 Minería	6 Minería	6 Minería
	7 Artesanía	7 Artesanía	7 Artesanía
	8 Estudio	8 Estudio	8 Estudio
	9 Otro _____	9 Otro _____	9 Otro _____
	0 Ninguna	0 Ninguna	0 Ninguna

PARA TODAS LAS PERSONAS

PERCEPCION DE ENFERMEDAD

10a. ¿Durante la última semana se sintió usted enfermo (a)?	1 Si	1 Si	1 Si
	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)
	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)

10b. ¿De que se sintió enfermo (a)?	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

10c. ¿Esta enfermedad Comenzó en esta Última semana?	1 Si	1 Si	1 Si
	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)
	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)

10d. ¿Sintió usted la necesidad de consultar por este problema?	1 Si	1 Si	1 Si
	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)
	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)

10e. ¿Consultó cuando se sintió enfermo (a)?	1 Si	1 Si	1 Si
	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)
	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)

10f. ¿A quién consultó?	1 Médico	1 Médico	1 Médico
	2 Otro personal de salud	2 Otro personal de salud	2 Otro personal de salud
	3 Medicina tradicional	3 Medicina tradicional	3 Medicina tradicional
	4 Otro _____	4 Otro _____	4 Otro _____

ACCIDENTES

11a. ¿Durante la última semana tuvo usted algún problema ocasionado por alguna quemadura, herida u otro accidente?	1 Si	1 Si	1 Si
	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)	2 No (Pase a 11a)
	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)	9 N.R (Pase a 11a)

11b. ¿Cual fue la cusa de ese problema?	1	caída	1	caída	1	caída
	2	Instrumento punzante o cortante	2	Instrumento punzante o cortante	2	Instrumento punzante o cortante
	3	Lanzamiento o caída de objeto	3	Lanzamiento o caída de objeto	3	Lanzamiento o caída de objeto
	4	Mordedura o picadura de animal	4	Mordedura o picadura de animal	4	Mordedura o picadura de animal
	5	Medio de transporte	5	Medio de transporte	5	Medio de transporte
	6	Fuego o sustancia quemante	6	Fuego o sustancia quemante	6	Fuego o sustancia quemante
	7	Alimento	7	Alimento	7	Alimento
	8	Área de fuego	8	Área de fuego	8	Área de fuego
	9	Otro _____	9	Otro _____	9	Otro _____

PARA PERSONAS DE 3 Y MAS AÑOS

SALUD ORAL

12a. ¿Durante la última semana tuvo usted algún problema en su dentadura o en alguna parte de su boca?	1	Si	1	Si	1	Si
	2	No (Pase a 12f)	2	No (Pase a 12f)	2	No (Pase a 12f)
	9	N.R (Pase a 12f)	9	N.R (Pase a 12f)	9	N.R (Pase a 12f)

12b. ¿Qué problema tuvo?	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

12c. ¿Sintió usted la necesidad de consultar por este problema?	1	Si	1	Si	1	Si
	2	No (Pase a 12f)	2	No (Pase a 12f)	2	No (Pase a 12f)
	9	N.R (Pase a 12f)	9	N.R (Pase a 12f)	9	N.R (Pase a 12f)

12d. ¿Consultó por este problema?	1	Si	1	Si	1	Si
	2	No (Pase a 12f)	2	No (Pase a 12f)	2	No (Pase a 11a)
	9	N.R (Pase a 12f)	9	N.R (Pase a 12f)	9	N.R (Pase a 12f)

12e. ¿A quién consultó?	1	Odontólogo	1	Odontólogo	1	Odontólogo
	2	Médico	2	Médico	2	Médico
	3	Medicina tradicional	3	Medicina tradicional	3	Medicina tradicional
	4	Otro _____	4	Otro _____	4	Otro _____

12f. ¿A Por qué cree usted que la gente se enferma de los dientes principalmente?	1	Falta de aseo	1	Falta de aseo	1	Falta de aseo
	2	Por el tipo de alimento que consumen	2	Por el tipo de alimento que consumen	2	Por el tipo de alimento que consumen
	3	No tienen atención odontológica	3	No tienen atención odontológica	3	No tienen atención odontológica
	4	Otro _____	4	Otro _____	4	Otro _____
	5	No sabe	5	No sabe	5	No sabe
9	N.R	9	N.R	9	N.R	

1 Si... Cuales

2 No

HABITOS DEL HOGAR

14b. Los miembros de este hogar

14a. ¿Que tratamiento le hacen al agua de consumo?

- 1 Ninguno
- 2 Hierven
- 3 Le echan pastillas
- 4 La filtran
- 5 Otro _____

Si	No	N.R	
1	2	9	Oyen radio
1	2	9	Ven televisión
1	2	9	Leen periódicos

MIGRACION

15a. ¿Cuánto tiempo hace que viven en esta comunidad?

- 1. Siempre
- 2. Años cumplidos (,)

HABITOS ALIMENTARIOS

16a. ¿Que alimentos consumen en este hogar durante la semana?

FRECUENCIA	CONSTRUCTORES						REGULADORES		Yuca	Plátano	Papa	Arroz	Maíz	Guarapo Chicha	OTROS
	Pescado Mansco	Carne y aves	Huevos	Lácteos y derivados	Leguminosas (frijol, lenteja)	Mezclas vegetales	Frutas	Verduras							
Nunca	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Rara vez	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1 vez por semana	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
2 o más veces por semana	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

DEFUNCIONES

17a. ¿Del 1º de enero de 2009 hasta hoy, ha muerto alguna persona de las que conforman este hogar?

- 1 Si... Cuantas personas? (,) Diligenciar tabla en orden de ocurrencia de los fallecimientos
- 2 No (Comience a diligenciar el formulario 2)
- 9 N.R (Comience a diligenciar el formulario 2)

TABLA DE DEFUNCIONES

No de orden	NOMBRE	SEXO	EDAD		FECHA DE MUERTE	
			MESES	AÑOS	MES	AÑO
1		1 Hombre 2 Mujer	(,)	1 2	(,)	(,)
2		1 Hombre 2 Mujer	(,)	1 2	(,)	(,)
3		1 Hombre 2 Mujer	(,)	1 2	(,)	(,)
4		1 Hombre 2 Mujer	(,)	1 2	(,)	(,)

ANEXO 2.

**PRIMERA ENCUESTA DEPARTAMENTAL DE SALUD
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
COMUNIDADES INDIGENAS: RESGUARDO YARINAL-SAN MARCELINO PUTUMAYO**

FORMULARIO 2 PARA MUJERES DE 14 A 49 AÑOS Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

1. IDENTIFICACION

(E): Transcriba del formulario 1, la Identificación de la carátula.

VEREDA	HOGAR

(E): Coloque el número de orden que le Correspondió en la composición del Hogar y el nombre de la mujer a entrevistar.

RESULTADO DE LA ENTREVISTA

- | | |
|--------------|---|
| 1 Completa | 4 Momentáneamente o temporalmente ausente |
| 2 Incompleta | 5 No apta para responder |
| 3 Rehusó | |

(,) No. de orden

Nombre _____

FECUNDIDAD

1a. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido usted Durante toda su vida?

(,) Número de hombres
(,) Número de mujeres

Coloque 9,9 cuando no responde o 0,0 cuando no ha tenido hijos

1b. ¿Cuántos de sus hijos vivos han muerto?

(,) Número de hombres
(,) Número de mujeres

Coloque 9,9 cuando no responde o 0,0 cuando no han muerto

E: Si tiene 0,0 en ambas casillas pase a 1d.

Entre el 1° de enero de 2009 y hoy tuvo usted:

1c. ¿Algún hijo nacido vivo?

- 1 Si... Cuántos? (,)
2 No
9 N.R

1d. ¿Algún hijo nacido muerto?

- 1 Si... Cuántos? (,)
2 No
9 N.R

1e. ¿Alguna pérdida o aborto?

- 1 Si... Cuántos? (,)
2 No
9 N.R

(E): Llene un renglón del cuadro 1 para cada nacido vivo, nacido muerto o aborto. Si respondió No en 1c, 1d y 1e pase a 2a.

**CUADRO 1
EMBARAZOS TERMINADOS ENTRE
EL 1° DE ENERO DE 2009 Y HOY**

Duración en meses del embarazo	Terminación del embarazo producto	Fecha del parto		Registro de nacimiento		
		Mes	Año	Si	No	N.R. N.S.
(,)	1 vivo 2 Muerto	(,)	(,)	1	2	9
(,)	1 vivo 2 Muerto	(,)	(,)	1	2	9
(,)	1 vivo 2 Muerto	(,)	(,)	1	2	9

EMBARAZO Y PARTO

2a. ¿Conoce usted algunas señales de peligro o enfermedad Durante el embarazo?

- 1 Si

2b. Cuales señales conoce usted

- | | | | |
|----|----|------|-------------------------------|
| Si | No | N.R. | |
| 1 | 2 | 9 | Sangrado vaginal o hemorragia |
| 1 | 2 | 9 | Dolor de cabeza seguido |

2 No (Pase a 2c)
9 N.R. (Pase a 2c)

1 2 9 Aumentar mucho de peso

2c. ¿Qué alimentos no debe consumir una mujer durante el embarazo?

¿Cuáles?

¿Por qué?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

2d. ¿Quién atendió su último parto?

- 1 Médica
- 2 Personal de enfermería
- 3 Comadrona
- 4 Usted misma
- 5 Medicina tradicional
- 6 Otro _____
- 7 No ha estado embarazada (fin del formulario)
- 8 Está embarazada

2e. ¿Cuándo usted ha estado embarazada ha sido vacunada?

- 1 Si
- 2 No
- 9 N.R.

PARA MADRES DE MENORES DE 5 AÑOS

3a. Tiene usted hijos menores de cinco años

- 1 Si
- 2 No (Fin del formulario)

DIETA ALIMENTICIA

3b. ¿Qué alimentos **no** debe consumir un niño menor de 5 años?

¿Cuáles?

¿Por Qué?

3c. ¿Cuándo un niño menor de 5 años se enferma, que Alimentos **no** debe consumir?

Enfermedad	Alimentos que no debe comer	Razón
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE LA NIÑEZ

ENFERMEDAD DIARREÍCA AGUDA (EDA)

4a. ¿Cuándo un niño hace deposiciones líquidas, acuosas o muy aguadas varias veces al día, qué dice usted que tiene?

<p>Para las siguientes preguntas utilice el nombre que dio la Informante en la pregunta anterior.</p> <p>4b. ¿Piensa usted que la (<u>diarrea</u>) es una enfermedad grave y aún mortal?</p> <ul style="list-style-type: none">1 Si2 No3 No sabe9 N.R. <p>4d. ¿Por qué cree usted que los niños se enferman de (<u>Diarrea</u>)?</p> <table border="0"><tr><td>Si</td><td>No</td><td>N.R.</td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Porque se descuajan</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Porque los ojean</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Por los parásitos</td></tr></table>	Si	No	N.R.		1	2	9	Porque se descuajan	1	2	9	Porque los ojean	1	2	9	Por los parásitos	<p>4c. ¿Cuales señales conoce usted de que el niño(a) está Grave o muy enfermo(a) de (<u>diarrea</u>)?</p> <table border="0"><tr><td>Si</td><td>No</td><td>N.R.</td><td></td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Llanto sin lagrimas</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Boca seca sin saliva</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Disminución de la orina</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Hundimiento de los ojos</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Vómito</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Hundimiento de la fontanela o mollera</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>9</td><td>Fiebre</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td></td><td>Otras _____</td></tr></table> <p>4e. ¿Qué hace usted para que a los niños no les de (<u>diarrea</u>)?</p>	Si	No	N.R.		1	2	9	Llanto sin lagrimas	1	2	9	Boca seca sin saliva	1	2	9	Disminución de la orina	1	2	9	Hundimiento de los ojos	1	2	9	Vómito	1	2	9	Hundimiento de la fontanela o mollera	1	2	9	Fiebre	1	2		Otras _____
Si	No	N.R.																																																			
1	2	9	Porque se descuajan																																																		
1	2	9	Porque los ojean																																																		
1	2	9	Por los parásitos																																																		
Si	No	N.R.																																																			
1	2	9	Llanto sin lagrimas																																																		
1	2	9	Boca seca sin saliva																																																		
1	2	9	Disminución de la orina																																																		
1	2	9	Hundimiento de los ojos																																																		
1	2	9	Vómito																																																		
1	2	9	Hundimiento de la fontanela o mollera																																																		
1	2	9	Fiebre																																																		
1	2		Otras _____																																																		

1	2	9	Por los moscos, mosquitos	Si	No	N.R.	
1	2	9	Por las manos sucias	1	2	9	Lavarse las manos antes de preparar los alimentos
1	2	9	Por tomar agua sucia	1	2	9	Lavar las verduras y las frutas
1	2	9	Por la salida de los dientes	1	2	9	Hervir la leche
1	2	9	Por introducir objetos sucios a la boca	1	2	9	Hervir el agua
1	2	9	Por el cambio de leche	1	2	9	Tapar los alimentos
1	2	9	Por comidas en mal estado	1	2	9	Lavar las manos al niño antes de comer
1	2		Otras _____	1	2	9	Lavarse las manos después de cada deposición
.....						
4f. ¿Cuando uno de sus hijos tiene (<u>diarrea</u>) qué hace para qué se mejore?				4g. ¿Si le da alguna bebida a su hijo(a), para curar la (<u>diarrea</u>) cómo la prepara?			
Si	No	N.R.		Si	No	N.R.	
1	2	9	Le prepara un suero con sales rehidratantes u otro de farmacia	1	2	9	Un litro (cuatro tazas) de agua hervida y un sobre de sales rehidratantes o suero oral, (según instrucciones del sobre)
1	2	9	Le da suero casero o preparado con productos caseros				
1	2	9	le da drogas, jarabes, etc cuales? _____	1	2	9	Un litro de agua hervida, una cucharadita rasa de sal y cuatro cucharadas rasas de azúcar
1	2	9	Le da aguas medicinales de hierbas cuales? _____	1	2	9	Un litro de agua hervida, una cucharadita rasa de sal y cuatro cucharadas rasas de azúcar y otro ingrediente
1	2	9	Le suspende la leche de origen animal	1	2	9	Agua, sal y azúcar en otras cantidades
1	2	9	Le suspende la leche materna				
1	2	9	Le suspende algunos alimentos sólidos				
1	2	9	Deja que se le pase sin hacerle nada				
1	2		Otras _____				

6a. ¿Durante la última semana estuvo (Nombre) con diarrea? 2 No (Pase a 6d) 9 N.R (Pase a 6d) 2 No (Pase a 6d) 9 N.R (Pase a 6d) 2 No (Pase a 6d) 9 N.R (Pase a 6d)

6b. ¿Cuántos días en total estuvo (Nombre) con diarrea desde el momento en que le comenzó? (,) Número de días (9,8) Aún la tiene (9,8) N.R (,) Número de días (9,8) Aún la tiene (9,8) N.R (,) Número de días (9,8) Aún la tiene (9,8) N.R

6c. ¿Mientras tuvo (Nombre) diarrea que señales de enfermedad observó? Si No N.R 1 2 9 Vómito 1 2 9 Fiebre 1 2 Otro _____ Si No N.R 1 2 9 Vómito 1 2 9 Fiebre 1 2 Otro _____ Si No N.R 1 2 9 Vómito 1 2 9 Fiebre 1 2 Otro _____ Pase a 7a. Pase a 7a. Pase a 7a.

6d. ¿Cuándo (Nombre) tuvo diarrea por última vez? 1 En el último mes 2 Antes del último mes o nunca 9 N.R 1 En el último mes 2 Antes del último mes o nunca 9 N.R 1 En el último mes 2 Antes del último mes o nunca 9 N.R

INFECCION RESPIRATORIA

7a. ¿Durante la última semana estuvo (Nombre) con gripa, tos o catarro? 1 Si 2 No (Pase a 7c) 9 N.R (pase a 7c) 1 Si 2 No (Pase a 7c) 9 N.R (pase a 7c) 1 Si 2 No (Pase a 7c) 9 N.R (pase a 7c)

(,) Número de días (,) Número de días (,) Número de días

7b. ¿Cuántos días en total estuvo (Nombre) con gripa, tos o catarro desde el momento en que le comenzó? (9,8) Aún la tiene (Pase a 8a) (9,8) N.R (Pase a 8a) (9,8) Aún la tiene (Pase a 8a) (9,8) N.R (Pase a 8a) (9,8) Aún la tiene (Pase a 8a) (9,8) N.R (Pase a 8a)

7c. ¿Cuáles señales observó mientras (Nombre) tuvo esta enfermedad? Si No N.R 1 2 9 Mocos 1 2 9 Respiración agitada 1 2 9 Fiebre 1 2 9 Tos 1 2 9 Dolor de oído 1 2 9 Amaratamiento de la piel 1 2 Otros _____ Si No N.R 1 2 9 Mocos 1 2 9 Respiración agitada 1 2 9 Fiebre 1 2 9 Tos 1 2 9 Dolor de oído 1 2 9 Amaratamiento de la piel 1 2 Otros _____ Si No N.R 1 2 9 Mocos 1 2 9 Respiración agitada 1 2 9 Fiebre 1 2 9 Tos 1 2 9 Dolor de oído 1 2 9 Amaratamiento de la piel 1 2 Otros _____ Pase a 8a. Pase a 8a. Pase a 8a.

7d. ¿Cuánto tiempo hace que (Nombre) tuvo gripa, tos o catarro por última vez? 1 En el último mes 2 Antes del último mes o nunca 9 N.R 1 En el último mes 2 Antes del último mes o nunca 9 N.R 1 En el último mes 2 Antes del último mes o nunca 9 N.R

ANEXO 2. COPIA DE LAS ENCUESTAS DILIGENCIADAS