

**Causas de solicitud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la población indígena
afiliada a la AIC EPS-I Departamento del Cauca. 2017 y 2018**

**EMELSY GAMBOA
ROSALBA JIMENEZ**

**Universidad EAN
Universidad del Cauca**

**Especialización en Auditoría para la Calidad en Salud
2019**

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado para cada uno de nuestros familiares que han estado en este proceso de aprendizaje y crecimiento profesional.

Tu mente siempre te recuerda lo malo, lo difícil, lo negativo. Recuérdale tú a ella tu grandeza, tu pasión y tu fortaleza.

Jorge Álvarez Camacho

Agradecimientos

Se agradece el apoyo que nos brindó la junta directiva de la EPS-I AIC al permitirnos poder obtener información de sus comuneras indígenas necesaria para la ejecución de este proyecto.

RESUMEN

La cosmovisión indígena, considera un ser vivo y completo, lo que va a marcar un orden, que se manifiesta a través del control social para el bienestar no sólo de la colectividad, sino del cosmos, en equilibrio y complementariedad con las fuerzas de la naturaleza y obviamente con las deidades. Todo está interrelacionado. Considera el aborto como interrupción del equilibrio, provocando pérdida de la armonía acarreado, como consecuencia la desintegración en el proceso productivo de la comunidad en su conjunto. Sin embargo, surgen las leyes y derechos humanos originados en las culturas occidentales, y se consolidan como derechos universales, entre ellos los derechos reproductivos de las mujeres, transgrediendo sus creencias y fomentando la solicitud de IVE.

Pese a que se desconoce la prevalencia de la solicitud de IVE en las comunidades indígenas, la AIC EPS-I ha observado en los últimos 2 años, un aumento de las solicitudes para este, inquietando a los directivos, cuáles son las causas más principales para sus afiliadas indígenas tomen la decisión de abortar. Mediante un estudio descriptivo, cualitativo, retrospectivo y transversal, se pretende dar a conocer la prevalencia de las principales causas de la solicitud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. La metodología a utilizar, será analizar la base de datos obtenida de los expedientes de la EPS AICE-I, en el periodo comprendido entre 2017 y 2018. Esta investigación permitirá brindar información para la creación de indicadores que permitan medir y analizar el comportamiento de este fenómeno dentro de la institución, además dará pie para la realización de proyectos para mejorar los protocolos de atención y realizar un análisis más profundo desde la comunidad.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Indígena del Cauca AIC EPS-I, es una entidad pública de carácter especial, creada por las Autoridades Indígenas del departamento del Cauca para administrar el riesgo en salud de la población indígena afiliada colectiva o individualmente, igualmente de la población no indígena (urbana y campesina) que tenga procesos organizativos de carácter comunitario.

La población del Departamento del Cauca para el año 2017, según los datos conciliados en la proyección de población municipal 2005 – 2020 del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) es de 1.404.205 personas distribuidas en sus 42 municipios. Según esto, a 2017, la población del Departamento ha presentado una tasa de crecimiento promedio del 9,7%. Así mismo, el 50,64% de la población son hombres y el 49,35% mujeres con equilibrio relativo entre ambos géneros.

El Departamento del Cauca es considerado uno de los que mayor variedad presenta en cuanto a la composición étnica, teniendo en cuenta que más del veinte por ciento de sus habitantes se reconoce como de etnia indígena, y aun dentro de esta clasificación se tiene una variedad con ocho grupos, entre los que sobresalen la población Nasa, también conocida como Páez, de origen andino y que comparten rasgos comunes con los Pijao del Tolima y Huila, los Misak (Guambianos), Yanaconas, Kokonucos, Ingas, Totoroes, asentados principalmente en las estribaciones de la cordillera central y macizo colombiano, y en la costa pacífica se encuentran asentados, a lo largo de los ríos Micay, Saija, Timbiquí y Guapi, los Eperara Siapidara, con hábitos seminómadas.

Para la EPS-I AIC es de suma importancia dar cumplimiento a la normatividad que regula el SGSSS y los fallos de la corte constitucional, especialmente la sentencia C-355 de 2006, mediante la cual se declaró exequible condicionalmente el artículo 122 del código penal (ley 599 de 2000). Igualmente la EPS debe garantizar, en los casos de mujeres indígenas, el respeto por los usos y costumbres de cada uno de los resguardos y territorios indígenas, que consagran causales permisibles o restrictivas de la interrupción voluntaria del embarazo, considerando que la sentencia C-355 de 2006, no es aplicable directamente en los casos de competencia de la jurisdicción especial

indígena, ya que la atipicidad predicada se refiere a delitos cuya competencia le corresponde a la jurisdicción penal ordinaria.

Si bien es cierto la solicitud de IVE han alcanzado cifras desmesuradas a nivel Nacional ¹, esto no solo abarca a la población mestiza, sino también a las etnias indígenas, que va en contra de la pervivencia cultural y física de estos pueblos. Para ellos, una mujer es primero esposa y madre, por lo que su capacidad de engendrar vida es comprendida como un medio para la continuidad étnica, ésta no se restringe solo a su función biológica, sino que a través de ella transita la reproducción social y cultural de los pueblos originarios.

¹ En Profamilia en el año 2017 se realizaron más de 10.000 interrupciones de embarazo en todo el país, siendo Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla las principales ciudades en las que se realizó esta práctica.

PROBLEMA

Teniendo en cuenta la cosmovisión indígena, que considera un ser vivo y completo, lo que va a marcar un orden, que se manifiesta a través del control social para el bienestar no sólo de la colectividad, sino del cosmos, en equilibrio y complementariedad con las fuerzas de la naturaleza y obviamente con las deidades. Así, todo está interrelacionado. Así, todo tiene un sentido de equilibrio y de paralelismo entre los procesos naturales y humanos: lo masculino y lo femenino, la pareja, y también la fecundidad y continuidad de la vida, siendo la mujer la principal actora en dicho proceso, es quien está más sujeta al control social. En este marco se considera que el aborto como interrupción del equilibrio, tan necesarias para la economía campesina. El quebrantamiento de este patrón moral de pensamiento provoca la pérdida de armonía pudiendo acarrear, como consecuencia la desintegración o la inestabilidad en el proceso productivo de la comunidad en su conjunto. Sin embargo, surgen las leyes y derechos humanos que, si bien se originan en las culturas occidentales, se consolidan como derechos universales, por tanto, válidos para todas las sociedades, e incide en los derechos humanos de los indígenas, entre ellos los derechos reproductivos de las mujeres, lo que ha conllevando a transgredir sus creencias y comenzar a la solicitar el IVE como una manifestación así una inconformidad y reclamar un derecho violado. Pese a que se desconoce la prevalencia de la solicitud de IVE en las comunidades indígenas, la AIC EPS-I ha observado en los últimos 2 años, un aumento de las solicitudes para este procedimiento, inquietando a los directivos cuales son las causas más principales para sus afiliadas indígenas tomen la decisión de abortar.

JUSTIFICACIÓN

Debido a la alta incidencia de solicitud de interrupción voluntaria del embarazo en la población indígena perteneciente a la EPS AIC-I del Cauca y a la poca información sobre este procedimiento en la entidad, es imperioso realizar un estudio que permita estimar sus principales causas, el comportamiento de este según las circunstancias, económicas, culturales, psicológicas y sociales bajo las cuales ocurre su solicitud. La posición de las mujeres en el interior de estos grupos étnicos visto desde su cosmovisión, entre otros aspectos, son elementos críticos para comprender por qué un embarazo puede ser o no deseado y, con ello la solicitud de la Interrupción del embarazo. Nos permitirá brindar información para la creación de indicadores que permitan medir y analizar el comportamiento de este fenómeno dentro de la institución, además dará pie para la realización de proyectos para mejorar los protocolos de atención y realizar un análisis más profundo desde la comunidad.

Mediante un estudio descriptivo, cualitativo, retrospectivo y transversal, se pretende dar a conocer la prevalencia de las principales causas de la solicitud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. La metodología a utilizar para el desarrollo de esta investigación será analizar la base de datos obtenida de los expedientes de la EPS AICE-I, en el periodo comprendido entre 2017 y 2018.

OBJETIVOS GENERAL

Identificar las principales causas que promueve a las mujeres indígenas perteneciente a la EPS AIC-I del Cauca a solicitar la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la prevalencia de solicitud del IVE en mujeres indígenas pertenecientes a la EPS AIC-I en los años 2017-2018.
2. Identificar la prevalencia de solicitud de Interrupción Voluntaria del Embarazo por grupos etarios de la EPS AIC-I del Cauca.
3. Reconocer cuales son las principales causas de no aprobación por parte del cabildo a la que pertenece la solicitante del procedimiento.
4. Establecer las causas más prevalentes de solicitud de interrupción voluntaria del embarazo entre la población a estudio.

Tipo de Investigación

- ❖ Descriptiva: Permite explicar el comportamiento de las mujeres indígenas frente a la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo, de la población perteneciente a la EPS AIC-I del cauca en los periodos 2017-2018.
- ❖ Cualitativa: Analizamos base de datos de interrupción voluntaria del embarazo 2017-2018 desde referencia, contrarreferencia, atención al comunero y apoyo organizativo de la EPS AIC-I, interpretando con objetividad, claridad y precisión acerca de las causas de su solicitud de un procedimiento.
- ❖ Retrospectiva: Se revisó base de datos de los años anteriores comprendidos entre el año 2017-2018.
- ❖ Transversal: Se realizó análisis de base de datos de variables recopiladas durante un año desde el 2017 hasta 2018.

Marco Referencial

Marco Teórico

Para los pueblos indígenas, la salud equivale a la coexistencia armoniosa de los seres humanos, la naturaleza, y entre ellos y con otros seres en la búsqueda del bien vivir. La concepción indígena de salud articula elementos físicos, mentales, espirituales y emocionales, tanto desde la perspectiva de las personas, como de las comunidades, e involucra componentes políticos, económicos, sociales y culturales. A la vez, responde a las experiencias históricas y cosmovisiones de cada pueblo, y las creencias y prácticas de salud forman parte de las normas comunitarias. En consecuencia, el derecho a la salud de los pueblos indígenas debe entenderse tanto en su dimensión individual como colectiva y claramente resulta interdependiente de la realización de otros derechos humanos. En la actualidad, el estándar mínimo sintetizado en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establece: i) que las personas indígenas tienen derecho al acceso y la atención de salud sin discriminación; ii) que tienen derecho al más alto nivel de salud física y mental mediante un acceso adecuado y de calidad; iii) que los pueblos indígenas tienen el derecho a promover, desarrollar y mantener sus propias instituciones, lo que implica que los Estados no solo deben tomar medidas para asegurar la salud a las personas indígenas, sino también el derecho colectivo de dichos pueblos para promover y fortalecer sus sistemas de medicina tradicional; iv) especifica el derecho de los pueblos indígenas a sus medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluyendo la conservación de sus plantas, animales y minerales medicinales, así como los espacios territoriales de interés vital en la salud, enfermedad y sanación, lo que genera un vínculo indisoluble con los derechos territoriales; y v) el derecho a la participación política remite a la participación efectiva en el diseño y control social (recursos) de las políticas y programas de salud que les afectan (Naciones Unidas, 2007).

A nivel del continente americano, un antecedente que ha sido de gran importancia para la región es la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que comienza en 1993 y plantea: i) la necesidad de adoptar un concepto holístico de la salud; ii) el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; iii) el derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas; iv) el

respeto y revitalización de las culturas indígenas; y v) la reciprocidad en las relaciones de diversos actores (OPS, 1993).

En este marco, diferentes órganos de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas han formulado numerosas observaciones sobre la situación de salud de los pueblos indígenas en la región, expresando su preocupación por los niveles de morbilidad más desfavorables, que evidencia su daño acumulativo y más intenso. En particular, se han señalado la mortalidad materna e infantil, el embarazo no deseado y los abusos sexuales derivados de la violencia estructural; la incidencia de enfermedades crónicas producto de la contaminación ambiental y las industrias extractivas; los problemas de salud mental que afectan sobre todo a jóvenes, como así también la falta de acceso y de adecuación cultural de los servicios de salud². Asimismo, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas ha puesto particular atención a la situación de salud de los pueblos indígenas, y elaboró un amplio conjunto de recomendaciones que aún no han sido aplicadas en su totalidad. Las agencias miembros del sistema de Naciones Unidas han prestado sistemático apoyo a los países de la región para efectuar acciones tendientes a cerrar las brechas de aplicación del derecho a la salud.

El concepto de cultura abarca diferentes dimensiones entre ellas la salud, desde esta concepción la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha planteado diferentes definiciones al término de salud, inicialmente en 1948, se definía como “ausencia de enfermedad”, hoy en día se entiende “como un recurso para la vida y no como el objetivo de la vida, en el cual estar sano es la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales.”³

Se plantea que la salud debe observarse desde una diversidad amplia incluyendo aspectos biológicos, históricos, sociales, ambientales y espirituales que son mediados por los estilos de vida de las personas⁴, es por ello que resulta interesante evidenciar las concepciones que presenta la comunidad indígena, teniendo en cuenta los contextos rurales en los cuales viven las comunidades,

² (Cosmovisión de salud y alimentación en la cultura Guambiana, Fecha de recepción: Marzo 14 - 2017 Fecha de revisión: Octubre 31 - 2017 Fecha de aceptación: Diciembre 21 - 2017)

³ (Vergara M del C. Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv.* 2009; 7(1):105-33.)

⁴ (Cardona Arias JA. Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena Colombiana. *Rev Cuba Salud Pública.* 2013;39(4):651- 64.)

especialmente las indígenas que han asumido diferentes prácticas para la conservación y el restablecimiento de la salud, buscando a los chamanes, brujos, adivinos y hechiceros, considerándolos como personas de importancia para la comunidad. El curandero guambiano “es la persona que conoce las plantas medicinales y curativas, previene enfermedades y actúa como intermediario entre los hombres y los espíritus, guiando el alma de los muertos a su nueva morada”.⁵

Con base en lo anterior, es que las comunidades indígenas manifiestan que la pérdida del equilibrio entre la salud y la enfermedad, se debe a espíritus malos que rodean al individuo y perturban la naturaleza (madre tierra), en este sentido, la comunidad indígena asocia que los problemas de salud con la afectación que el medio ambiente ha sufrido a lo largo de la historia ; ya que el hombre ha perdido la consciencia y el respeto hacia la naturaleza, lo que en palabras de Rosales-Rivadeneira⁶; la salud se ve como una conexión entre todo lo que rodea al hombre, entendida , como una ecocosmología “conjunto de conocimientos, normas y valores fundamentales para permitir la conectividad entre humanos y naturaleza”.

Por su parte, la maternidad se concibe como una etapa más dentro del ciclo de vida de la mujer, de ahí que ésta no se vea asociada al riesgo o al control del mismo, lo que se hace es seguir los pasos culturales necesarios para que esta etapa sea llevada de la mejor manera posible. La maternidad debe ser planeada, debe ser planificada. La familia se convierte en el eje central del embarazo de la mujer, no se puede pensar a la mujer desligada de su familia, por lo tanto, el concepto de planeación de la familia desemboca en que el embarazo no es algo individual que atañe solo a la madre, por el contrario, es un proceso en el que convergen la mujer y su familia.⁷

El rol dador de vida y de enseñanza que ha sido el legado de más valor que más han dejado a sus hijos las mujeres indígenas, ha sido durante mucho tiempo negado, subvalorado e invisibilizado; estas mujeres milenariamente han sido las transmisoras de sabiduría, cultura, identidad; entonces las afectaciones que se den al interior de cada una de ellas, afectan a nuestras familias y nuestras

⁵ (Alecrim W. Servicios de Salud, Pueblos Indígenas y Prácticas Médicas. Rev Salud Pública. 2001;3(1):68-70.)

⁶ (Rosales-Rivadeneira S, Álvarez-Moreno M, Tito-Pineda P. Indigenous Cosmovisión About Health and Illness in Otavalo - Ecuador. Procedia - Soc Behav Sci [Internet])

⁷ (Quintero MC. Prácticas indígenas relacionadas con la enfermedad. Aquichan. 2001;1:11-3.)

comunidades. En este orden de ideas podemos decir que los derechos de las mujeres indígenas y sus garantías son de interés general y sobre todo colectivo. Milenariamente los pueblos indígenas de acuerdo a su cosmovisión son pueblos regidos por el principio de dualidad, complementariedad y armonía, basados desde la Ley Natural, la Ley de Origen en la que se habla de dos fuerzas creadoras, lo femenino y lo masculino, lo alto y lo bajo, el antes y el después, lo activo y lo pasivo; estas mismas fuerzas que dieron origen al hombre y a la mujer, que son diferentes en sus composiciones, se complementan y juntos se equilibran para la vida, el territorio y la comunidad. La mujer, lo femenino, es el equivalente de la tierra, así como ella tiene derechos es necesario conocer los derechos de la madre naturaleza con sus sitios sagrados, protegerlos y respetarlos para lograr la armonía y el buen vivir de la familia, del colectivo y del territorio de manera integral.

Acerca De La Salud Sexual Y Reproductiva: la sexualidad para los pueblos indígenas es algo sagrado, pero a su vez normal y necesario, hace parte del cumplimiento y ordenamiento que marca la ley de origen de cada pueblo de acuerdo con su cosmovisión, por esta razón matrimoniar a las parejas jóvenes es una práctica común que hace parte del orden cultural, y así evitar la promiscuidad que es un asunto delicado desde la visión cultural⁸. En este orden de ideas podemos encontrar muchas comunidades indígenas tradicionales que aún conservan sus propios métodos de planificación para lograr un intervalo suficiente entre uno y otro embarazo.

Sobre La Planificación Familiar: la planificación en comunidades tradicionales no se promociona de manera colectiva, si la pareja individualmente decide hacerlo se le brindan las condiciones, previos los ritos y ceremonias que exige cada cultura⁹. La gran mayoría de comunidades con fuertes procesos de aculturación demandan el servicio, en la misma cantidad que la sociedad en general en la medida que han perdido sus propios mecanismos de control en este tema.

Al analizar la salud reproductiva de las etnias indígenas de Colombia se ha encontró que en estas comunidades las mujeres inician su unión marital a edad muy temprana, entre los 14 y 15 años de edad. El primer embarazo y el primer parto tienen lugar antes de los 20 años. Los intervalos

⁸ Monje Carvajal, J.J. (2010). El ecoetnodesarrollo en las comunidades indígenas en Colombia, una descripción histórica para descubrir las verdades y mentiras sobre su autonomía.

intergenésicos son menores de 24 meses y no está bien visto limitar los embarazos¹⁰. En todas las comunidades la presión reproductiva es muy alta y durante el período correspondiente a la edad fértil prácticamente todas las mujeres están embarazadas o dando de lactar. En estas comunidades, un mayor ritmo reproductivo está relacionado con un grado más alto de prestigio femenino.

Marco Conceptual

Definición de conceptos desde la Cosmovisión

Salud desde la cosmovisión

¹⁰ Desarrollo. Bogotá; 1998. p. 96, 155. 6. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. División de promoción y Protección de la Salud. Salud mental y poblaciones indígenas en América Latina. Ginebra: OPS/OMS; 1997. p. 4-7, 9, 10.

Desde la cosmovisión y cosmogonía de las comunidades indígenas del Cauca, la salud está íntimamente ligada a las vivencias culturales cotidianas de estas comunidades y sus comuneros. A partir de lo anterior se identificó que el concepto de salud que se plantea desde estas comunidades, tiene una significación asociada al equilibrio y la armonía de los diferentes componentes de la vida: “La concepción de Salud de los Pueblos Indígenas radica en la armonía, equilibrio, limpieza espiritual y la curación por medio de plantas y elementos presentes en la naturaleza” (Plan de Desarrollo Municipal, 2012-2015).

La salud está ligada al cumplimiento de normas y reglas que determinan la relación del individuo con su familia, con su comunidad y con la naturaleza que, desde las comunidades indígenas, es percibido como armonía y equilibrio, piedra angular de concepto de salud y como tal hacen parte fundamental del sistema médico y por ende del sistema cultural, de ahí que estén permeadas por la ritualidad. (Escalante Betancourt Y. Derechos de los pueblos indígenas y discriminación étnica o racial. 2009.)

Maternidad desde la cosmovisión

La maternidad desde el sistema médico tradicional indígena está ligada directamente a los criterios que definen el ciclo de vida y los conceptos de salud-enfermedad, pues al igual que estos, la maternidad está ligada a una normatividad cultural cotidiana y ritual que hace que esta etapa debe ser planeada desde el momento mismo de la decisión de tener un bebé.¹¹ Este es uno de los puntos fundamentales dentro de la concepción de la maternidad indígena, pues la maternidad se entiende como una etapa más dentro del ciclo de vida de la mujer, de ahí que esta no se vea asociada al riesgo o al control del mismo, lo que se hace es seguir los pasos culturales necesarios para que esta etapa sea llevada de la mejor manera posible. Esto lleva a pensar que la maternidad debe ser planeada, debe ser planificada.

La planeación de la familia no solo está ligada al aspecto físico de la madre, está pensada también en relación a la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas, de ahí que sea importante

¹¹ Escalante Betancourt Y. Derechos de los pueblos indígenas y discriminación étnica o racial. 2009.

tener en cuenta aspectos como las fases de la luna, que influyen desde el momento mismo de la concepción y en el desarrollo futuro del bebé.

La familia se convierte en el eje central del embarazo de la mujer, no se puede pensar a la mujer desligada de su familia, tanto extensa como nuclear, por lo tanto, el concepto de planeación de la familia desemboca en que el embarazo no es algo individual que atañe solo a la madre, por el contrario, es un proceso donde convergen la mujer y su familia.

La maternidad también está relacionada con el concepto mismo de salud, pues como se vio anteriormente la salud desde una perspectiva sistémica incluye diferentes esferas relacionadas entre sí. La maternidad se fundamenta en la misma idea, pues aplica el mismo principio ya que cuando se embaraza una mujer no lo hace solo ella ni su familia, también se embaraza la comunidad misma, el territorio, lo colectivo por lo tanto se hace necesario abordar estas diferentes esferas y no solo centrarse en la gestante sino también en los escenarios de relación que ella tiene.¹²

Aborto desde la cosmovisión

Se considera el aborto como interrupción del proceso de la fecundidad humana, corta el proceso productivo; la mujer encinta, simbólicamente significa la fertilidad de la tierra trabajada. Para mantener el equilibrio y la normalidad de las fuerzas naturales (tan necesarias para la economía campesina), se hace necesario mantener y cuidar una normalidad complementaria en la conducta humana (reproducción humana, producción económica, relaciones sociales).¹³

El quebrantamiento de este patrón moral de pensamiento provoca la pérdida de equilibrio pudiendo acarrear, como consecuencia la desintegración o la inestabilidad en el proceso productivo de la comunidad en su conjunto.

Sexualidad y Reproducción desde la cosmovisión

¹² Sivigila; Instituto Nacional de Salud. Informe Final del Evento Mortalidad Materna, Colombia. 2014.

¹³ COORDINADORA DE LA MUJER (2009. Detrás del cristal con que se mira: Mujeres del Altiplano, órdenes normativos e interlegalidad. Filomena Nina. La Paz, Bolivia.)

Para la población indígena, los eventos del ciclo reproductivo desde la menarquía hasta la menopausia, el embarazo, el parto y el postparto son vistos como eventos naturales vinculados con el mundo natural, social y espiritual. Por ello, la salud reproductiva se encuentra asociada a normativas o reglas sociales de parentesco (matrimonio, pareja, hijos) y rituales o creencias (protección contra el mal, designios).¹⁴ De ahí la importancia que tiene este evento en su cosmovisión y de comprenderlo para la toma de decisiones contextualizadas en el espacio de lo político, económico y social.

Interrupción Voluntaria del Embarazo

Definiciones

La IVE es la terminación del embarazo antes de finalizar la gestación por decisión autónoma de la mujer en los casos declarados por la Corte Constitucional como atípicos, cuya realización no implica la iniciación de la acción penal.

Para los pueblos indígenas la IVE es la terminación del embarazo antes de la finalización de la gestación por consejo del sabedor ancestral, mediante el cateo o rituales, usos y costumbres propios de cada pueblo; o las circunstancias que afectan la salud de la mujer indígena que en el derecho propio de cada pueblo permiten la terminación del embarazo.

La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación para que se realice de forma segura. A partir de las 23 semanas la práctica de la IVE se denomina feticidio. El procedimiento para realizar un feticidio debe realizarse intrauterinamente.

SENTENCIA C-355 DE 2006

¹⁴ Valencia EM, Arias MM. Reproductive calendar of the Embera eyabida indigenous groups from the Nusidó community in Frontino, Colombia. Invest Educ Enferm 2014; 32(2):337-46.

No se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Valoración integral de la salud, que incluya la condición mental, dando especial importancia a la valoración del estado emocional. Esta valoración integral debe ser realizada por un médico general (o por el médico tratante de cualquier especialidad, no necesariamente un psiquiatra) y, si se dispone, una valoración por parte del psicólogo.

Pero para la EPS AIC-I La paciente embarazada ingresa por consulta general, se hace la valoración médica y psicológica de la paciente que solicita la IVE. En caso de que la IPS no cuente con el psicólogo, el médico remitirá a la paciente a consulta con el profesional de psicología para que sea evaluado. La AIC EPSI dará prioridad a esta remisión, para que el dictamen psicológico se aporte en el menor tiempo posible.¹⁵ .

Sentencia T-841 de 2011

“la decisión de someterse a una IVE –en los casos despenalizados por la sentencia C-355 de 2006- no solamente es legal sino totalmente respetable al ser tomada en ejercicio de un DERECHO FUNDAMENTAL fundado en otros de suma importancia en nuestro Estado Social de Derecho – como la vida, la salud física y mental, la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad”¹⁶

Cuando se trata de una mujer indígena se solicitará a la autoridad indígena de origen de la solicitante para que certifique si dentro de los usos y costumbres existe una causal que autorice la

¹⁵ Tomado del PROTOCOLO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO – IVE, ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA, AIC EPS-I.

¹⁶ Sentencia T-841 de 2011 página 12

IVE. Si la autoridad responde afirmativamente se procederá a la autorización, y si es negativa la AIC EPSI no autorizará el procedimiento.¹⁷

Marco Legal

- **Sentencia C-355 de 2006:** Sentencia de la Corte Constitucional que despenaliza el aborto y establece el sustento jurídico para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE. Esta sentencia establece que :no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad

¹⁷ Tomado del PROTOCOLO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO – IVE, ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA, AIC EPS-I.

de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos : a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; c) cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

- **Ley 1257 de 2008:** “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”.
- **LEY 691 DE 2001:** La presente ley reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, entendiéndose por tales la definición dada en el artículo 1o. de la Ley 21 de 1991.
- **Decreto 1953 de 2014:** El presente Decreto tiene por objeto crear un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas, conforme las disposiciones aquí establecidas, entre tanto se expide la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política. Para ello se establecen las funciones, mecanismos de financiación, control y vigilancia, así como el fortalecimiento de la jurisdicción especial indígena; con el fin de proteger, reconocer, respetar y garantizar el ejercicio y goce de los derechos fundamentales de los Pueblos Indígenas al territorio, autonomía, gobierno propio, libre determinación, educación indígena propia, salud propia, y al agua potable y saneamiento básico, en el marco constitucional de respeto y protección a la diversidad étnica y cultural. En virtud de lo anterior, el presente Decreto dispone las condiciones generales con sujeción a las cuales

los Territorios Indígenas, en los términos aquí señalados, ejercerán las funciones públicas que les son atribuidas, y administrarán y ejecutarán los recursos dispuestos para su financiación.

- **Sentencia T 388 2009, numeral 4.4:** “... Los servicios de interrupción del embarazo bajo las hipótesis contempladas en la sentencia C-355 de 2006 deben estar disponibles en todo el territorio nacional (negrilla fuera de texto)- bajo estricto seguimiento de los postulados de referencia y contrarreferencia y las mujeres en estado de gravidez han de poder acceder a los mismos en todos los niveles de complejidad que lo requieran...”.
- **Sentencia T-841 de 2011:** Ni la sentencia C-355 de 2006 ni ninguna norma legal ha fijado límite temporal alguno para la realización de la IVE en los casos despenalizados, lo que no permite que el juez – u otra autoridad o particular que participe en el sistema de salud- establezca una regla general que la impida después de cierto tiempo de gestación. ”
- **LEY 731 DE 2002:** Por la cual se dictan normas para favorecer a las mujeres rurales. La presente ley tiene por objeto mejorar la calidad de vida de las mujeres rurales, priorizando las de bajos recursos y consagrar medidas específicas encaminadas a acelerar la equidad entre el hombre y la mujer rural.
- **Ley 1542 del 2012:** La presente ley tiene por objeto garantizar la protección y diligencia de las autoridades en la investigación de los presuntos I delitos de violencia contra la mujer y eliminar el carácter de querellables y I I desistibles de los delitos de violencia intrafamiliar e inasistencia alimentaria, ¡i tipificados en los artículos 229 y 233 del Código Penal.
- **LEY 823 DE 2003:** por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres. La presente ley tiene por objeto establecer el marco institucional y orientar las

políticas y acciones por parte del Gobierno para garantizar la equidad y la igualdad de oportunidades de las mujeres, en los ámbitos público y privado.

- **Decreto 164 del 2010:** Por el cual se crea una Comisión Intersectorial denominada "Mesa Interinstitucional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres"
- **Ley 1258 del 2008:** "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos penales, de procedimiento penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones". y. La presente ley tiene por objeto la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización.

Marco Contextual

CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICA

La Asociación Indígena del Cauca AIC EPSI en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI, coincide con el capítulo II de la Resolución 1536 de 2015, en la importancia de consolidar un sistema de información que permita identificar y priorizar las problemáticas de mayor afectación en el buen vivir de las familias afiliadas a AIC EPSI. Así mismo posterior al

análisis de la información se puedan crear las estrategias que reduzcan los riesgos en la población afiliada.

Contexto Territorial Departamento del Cauca

El Departamento del Cauca está situado al sur-occidente del país, entre las cordilleras central y occidental y los departamentos del Valle del Cauca, Nariño, y Huila, con una porción de 140 Km de costa en el Pacífico y fronteras de menor tamaño con los departamentos de Tolima, Caquetá y Putumayo. Su extensión de 29.308 Km², equivale al 2,7% del territorio nacional.

Reconocido como departamento en 1910, se encuentra dividido en 42 municipios, organizados en 7 subregiones las cuales son;

- Piamonte: Piamonte
- Centro: Cajibío, El Tambo, Morales, Piendamó, Silvia, Popayán, Puracé y Timbío
- Macizo: Almaguer, La Sierra, La Vega, Rosas, San Sebastián, Santa Rosa y Sotará
- Norte: Buenos Aires, Caloto, Puerto Tejada, Villarrica, Suárez, Santander de Quilichao, Toribío, Corinto, Padilla, Miranda, Guachené, Caldono y Jambaló.
- Oriente: Inzá, Páez, Totoró
- Pacífico: Guapi, López de Micay y Timbiquí
- Sur: Argelia, Balboa, Bolívar, Florencia, Mercaderes, Patía y Sucre.

Cada una de estas subregiones tiene características topográficas, climáticas y de ecosistema particulares, como el Macizo Colombiano, en el que nacen tres de los más grandes ríos del país: Magdalena, Cauca, Caquetá y se encuentra el 40% de los páramos, esta característica da lugar a que se le considere como la mayor reserva hídrica. Adicionalmente están el Valle medio del Río Cauca, con climas templados y cálidos, el Andén Pacífico Caucano de gran biodiversidad, al igual que la Baja Bota caucana.

El Departamento del Cauca es considerado uno de los que mayor variedad presenta en cuanto a la composición étnica, teniendo en cuenta que más del veinte por ciento de sus habitantes se reconoce como de etnia indígena, y aun dentro de esta clasificación se tiene una variedad con ocho grupos, entre los que sobresalen la población Nasa, también conocida como Páez, de origen andino y que comparten rasgos comunes con los Pijao del Tolima y Huila, los Misak (Guambianos), Yanaconas, Kokonucos, Ingas, Totoroes, asentados principalmente en las estribaciones de la cordillera central

y macizo colombiano, y en la costa pacífica se encuentran asentados, a lo largo de los ríos Micay, Saija, Timbiquí y Guapi, los Eperara Siapidara, con hábitos seminómadas.

Páez: Se dice que su cuna ancestral se encuentra en la zona de Tierradentro sobre la cuenca del río Páez y tiene asentamientos numerosos en la vertiente occidental de la cordillera central y sobre la cordillera occidental, en las zonas norte, nororiente y oriente del departamento; Conservan el idioma propio, Nasa Yuwe, que es hablado por un alto porcentaje de la población y que se enseña en las escuelas que trabajan con la Organización, en la actualidad profundiza en la construcción del alfabeto. En el año de 1994 un sismo y los consecuentes desbordamientos de los ríos Páez y Moras ocasionó la emigración de las comunidades de Tierradentro hacia diversos puntos del Cauca y Huila.

Totoró: Están ubicados en la zona Oriente, en el municipio de Totoró sobre la vertiente oriental de la cordillera central. En los últimos años han realizado un fuerte trabajo de recuperación cultural que incluye la recuperación del idioma propio (Namoi Namtrik). Guambiano: Habita la zona Oriente del Cauca, principalmente el Municipio de Silvia, pues debido a la estrechez de su territorio se han movilizad o a municipios de nororiente, occidente y norte del departamento. Conservan su idioma propio (Namuy wam). Yanacona: Ubicados en la zona sur del departamento, sobre el macizo colombiano. Han perdido su idioma propio, que tal vez haya sido el quechua; sin embargo, se conserva fuertemente la cultura y la identidad como Pueblo.

Kokonuco: Se encuentran en la zona Centro del departamento, principalmente en los municipios de Puracé y Popayán, el impacto de la conquista y la colonización provocó la pérdida de su lengua.

Eperara Siapidara: Habitan en las cabeceras de los ríos de la cordillera occidental que desembocan en la costa pacífica, dentro de los municipios de López de Micay, Timbiquí y Guapi; conservan su identidad y su propio idioma que es el Epena Pedee (Saija) Así como las costumbres tradicionales de su Pueblo. Inga: Habitan en el piedemonte amazónico conocido como Bota caucana. Conservan su propio idioma y muchas de sus tradiciones culturales. Pubenense: No aparecen en las estadísticas oficiales, pero son cerca de 2.000, y habitan el Resguardo del Alto del Rey, ubicado en el municipio del Tambo, en la vertiente oriental de la cordillera occidental. Solo recientemente se ha iniciado el trabajo de recuperación cultural de este Pueblo.

En cuanto a la población afro descendiente, constituye el 22,21% de la población del Departamento y están distribuidos principalmente en la costa pacífica, donde constituyen el 95%, viviendo en zonas de bosque tropical húmedo, y muchos de ellos conservando sus apellidos originarios del África. También habitan en los valles cálidos del Río Patía, y del Río Cauca en el norte del Departamento. El resto de la población del Departamento está constituido por el resultado del mestizaje de varios siglos, tanto en el área rural como urbana.

Tabla 1. Distribución de Población Departamento del Cauca por Municipios proyectada para el año 2017.

MUNICIPIO		CABECERA MUNICIPAL		RESTO		POLACION TOTAL	GRADO DE URBANIZACIÓN
		POBLACION	%	POBLACION	%		
19001	Popayán	252.457	89,38	29.996	10,62	282.453	89,38
19050	Argelia	4.066	14,94	23.155	85,06	27.221	14,94
19075	Balboa	7.698	29,6	18.307	70,4	26.005	29,6
19100	Bolívar	5.289	11,81	39.504	88,19	44.793	11,81
19142	Caloto	4.639	26,19	13.074	73,81	17.713	26,19
19212	Corinto	13.148	40,2	19.559	59,8	32.707	40,2
19256	El Tambo	7.014	14,67	40.804	85,33	47.818	14,67
19290	Florencia	1.409	22,87	4.751	77,13	6.160	22,87
19300	Guachené	5.129	25,78	14.767	74,22	19.896	25,78
19318	Guapi	18.277	61,19	11.590	38,81	29.867	61,19
19392	La Sierra	1.508	14,21	9.101	85,79	10.609	14,21
19418	López	5.973	29,02	14.608	70,98	20.581	29,02
19450	Mercaderes	5.200	28,65	12.951	71,35	18.151	28,65
19455	Miranda	29.899	72,57	11.303	27,43	41.202	72,57
19513	Padilla	4.115	52,8	3.679	47,2	7.794	52,8
19532	Patía	13.816	37,45	23.079	62,55	36.895	37,45
19548	Piendamó	15.191	34,11	29.344	65,89	44.535	34,11
19573	Puerto Tejada	40.590	88,29	5.386	11,71	45.976	88,29
19622	Rosas	1.751	13	11.719	87	13.470	13
19701	Santa Rosa	1.958	18,32	8.730	81,68	10.688	18,32
19698	Santander de Quilichao	55.729	57,74	40.789	42,26	96.518	57,74

19743	Silvia	4.344	13,38	28.118	86,62	32.462	13,38
19780	Suárez	3.043	16,4	15.507	83,6	18.550	16,4
19785	Sucre	1.472	16,57	7.413	83,43	8.885	16,57
19807	Timbío	13.709	39,44	21.048	60,56	34.757	39,44
19809	Timbiquí	4.399	20,12	17.463	79,88	21.862	20,12
19845	Villa Rica	13.061	78,7	3.535	21,3	16.596	78,7

Fuente: DANE Proyecciones Censo 2005-2020¹⁸

La distribución espacial de la población mantiene un patrón predominantemente rural (60,04%), de la población total, solamente 7 municipios tienen primacía de población urbana: Popayán, 89,38%; Puerto Tejada, 88,29%; Villa-Rica, 78,70%, Miranda, 72,57%; Guapi, 61,19%; Santander de Quilichao, 57,74% y Padilla 52,80%.

El Departamento genera grandes retos para la prestación de servicios de salud, en especial en las zonas de mayor dispersión poblacional, como los municipios de la Costa Pacífica (Guapi, López de Micay y Timbiquí), Santa Rosa y Piamonte en la Bota Caucana aún más si se tiene en cuenta que las empresas sociales del estado que brindan servicios de salud, cuentan con recursos limitados para llegar a la zona rural y que dadas las condiciones de vida y los problemas de accesibilidad geográfica y de sistemas de comunicaciones de algunos municipios, se dificulta la consecución de profesionales de salud que presten servicios en los municipios más alejados. Esta situación supone para el Cauca graves inequidades sociales en salud que se reflejan dramáticamente en los indicadores de morbilidad, mortalidad y eventos de notificación obligatoria.

Tabla 2. Proporción de la población por ciclo vital, departamento del Cauca 2005, 2017, 2020.

CICLO VITAL	2005		2017		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	167.533	13,2	160.282	11,41	162.174	11,29

¹⁸ Análisis de Situación de Salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del Departamento del Cauca 2017

Infancia (6 a 11años)	176.514	13,91	149.739	10,66	146.575	10,2
Adolescencia (12 a 18 años)	186.699	14,71	181.898	12,95	170.339	11,85
Juventud (14 a 26 años)	310.246	24,45	337.248	24,02	329.358	22,92
Adultez (17 a 59 años)	670.661	52,86	807.029	57,47	835.990	58,18
Persona mayor (60 años y más)	116.825	9,21	158.541	11,29	171.735	11,95
Total	1.268.830		1.404.205		1.436.916	

Fuente: DANE SISPRO MSPS¹⁹

La población de la primera infancia tiene una tendencia a la disminución pasando de 13,20% en 2005 a un 11,41% en 2017 y proyectándose al 2020 en un 11,29%; demostrando, una vez más, la reducción de la fecundidad y natalidad en el Departamento. La población infante tiene una tendencia a la disminución más marcada en el año 2017 con relación a la población adolescente y joven. La población adulta por lo contrario tiene una tendencia hacia el aumento, pasando de un 52,86% en el año 2005, a un 57,47% en el año 2017 y proyectándose a un 58,18% en el año 2020. La población de mayores tiene una tendencia al aumento, pasando de un 9,21% en el año 2005, a un 11,29% en el año 2017 y proyectándose a 11,95% en el año 2020.

Tabla 3. Porcentaje de población de AIC EPS-I departamento del Cauca por ente territorial Régimen Subsidiado población indígena y no Indígena.

Nombre del departamento /Municipio	EAPB			% De afiliados	Departamento/Municipio		
	Hombres	Mujeres	Total EAPB		Hombres	Mujeres	Total departamento/Municipio
Nacional	229755	238177	467932	0,95	24337747	24953862	49291609
Cauca	144199	148930	293129	20,9	711149	693056	1404205
Popayán	2615	3214	5829	2,1	137029	145424	282453

¹⁹ Análisis de Situación de Salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del Departamento del Cauca 2017.

Almaguer	3487	3402	6889	32,3	11173	10149	21322
Bolívar	4992	5106	10098	22,5	23121	21672	44793
Buenos Aires	2243	2322	4565	13,7	17004	16431	33435
Cajibío	800	754	1554	4,1	20552	17597	38149
Caldono	11713	12281	23994	71,3	17441	16212	33653
Caloto	5085	5341	10426	58,9	8711	9002	17713
Corinto	6284	6500	12784	39,1	16592	16115	32707
El Tambo	2140	2065	4205	8,8	24780	23038	47818
Guapi	203	181	384	1,3	15056	14811	29867
Inza	6087	6125	12212	38,5	16658	15043	31701
Jambaló	7658	7652	15310	83,6	9498	8805	18303
La Sierra	2380	2417	4797	45,2	5705	4904	10609
La Vega	4307	4816	9123	19,6	23927	22634	46561
López de Micay	699	696	1395	6,8	10569	10012	20581
Miranda	2249	2597	4846	11,8	20879	20323	41202
Morales	6090	5860	11950	45,3	13836	12522	26358
Páez	12836	12831	25667	71,6	18753	17118	35871
Piamonte	2546	2392	4938	66,6	3915	3502	7417
Piendamó	4025	4159	8184	18,4	22432	22103	44535
Puracé	3849	4031	7880	51,6	7896	7378	15274
Rosas	388	426	814	6,0	7165	6305	13470
San Sebastián	2693	2870	5563	39,2	7846	6340	14186
Santander de Quilichao	10647	11452	22099	22,9	47415	49103	96518
Santa Rosa	1	0	1	0,009	5410	5278	10688
Silvia	6717	7026	13743	42,3	16567	15895	32462
Sotará	3492	3871	7363	42,6	9006	8267	17273
Suarez	2479	2452	4931	26,6	9659	8891	18550
Timbío	3499	3645	7144	20,6	17754	17003	34757
Timbiquí	1663	1713	3376	15,4	11325	10537	21862
Toribio	14031	14084	28115	94,3	15561	14257	29818
Totoró	6301	6649	12950	62,5	10606	10114	20720

Fuente: BD BDU AIC EPS-I y Proyecciones Población DANE Plantillas de Caracterización Poblacional²⁰

Tabla 4. Porcentaje de población de AIC EPSI departamento del Cauca por ente territorial Régimen Contributivo.

Nombre del departamento /Municipio	EAPB			% De afiliados	Departamento/Municipio		
	Hombres	Mujeres	Total EAPB		Hombres	Mujeres	Total departamento/Municipio
Nacional	3170	2720	5890	1,93	24337747	24953862	49291609
Cauca	2594	2191	4785	1,58	711149	693056	1404205
Popayán	140	85	225	0,07	137029	145424	282453
Almaguer	63	35	98	0,03	11173	10149	21322
Bolívar	70	74	144	0,05	23121	21672	44793
Buenos Aires	15	11	26	0,01	17004	16431	33435
Cajibío	22	15	37	0,01	20552	17597	38149
Caldono	128	115	243	0,08	17441	16212	33653
Caloto	120	72	192	0,06	8711	9002	17713
Corinto	92	94	186	0,06	16592	16115	32707
El Tambo	44	38	82	0,03	24780	23038	47818
Guapi		1	1	0,00	15056	14811	29867
Inzá	64	89	153	0,05	16658	15043	31701
Jámbalo	116	93	209	0,07	9498	8805	18303
La Sierra	56	68	124	0,04	5705	4904	10609
La Vega	127	69	196	0,06	23927	22634	46561
López de Micay	9	4	13	0,00	10569	10012	20581
Miranda	54	45	99	0,03	20879	20323	41202
Morales	88	70	158	0,05	13836	12522	26358
Páez	150	156	306	0,10	18753	17118	35871
Piamonte	20	19	39	0,01	3915	3502	7417

²⁰ BD BDU AIC EPS-I y Proyecciones Población DANE Plantillas de Caracterización Poblacional

Piendamó	59	70	129	0,04	22432	22103	44535
Puracé	85	72	157	0,05	7896	7378	15274
Rosas	13	21	34	0,01	7165	6305	13470
San Sebastián	101	64	165	0,05	7846	6340	14186
Santander de Quilichao	241	219	460	0,15	47415	49103	96518
Santa Rosa	0	0	0	0,00	5410	5278	10688
Silvia	142	120	262	0,09	16567	15895	32462
Sotará	118	90	208	0,07	9006	8267	17273
Suarez	23	21	44	0,01	9659	8891	18550
Timbío	96	75	171	0,06	17754	17003	34757
Timbiquí	23	15	38	0,01	11325	10537	21862
Toribio	134	157	291	0,10	15561	14257	29818

Fuente: BD BDUA AIC EPS-I y Proyecciones Población DANE Plantillas de Caracterización Poblacional²¹

Se presenta en la Tabla N° 3 y N°4 la relación porcentual de afiliados régimen subsidiado y contributivo AIC EPSI y el Ente Territorial, la población total de país en el 2017 según proyección DANE, se calcula en 49.291.609 personas; la población afiliada a AIC EPSI representa tan solo el 0.95% de la afiliación Nacional. Los afiliados al régimen subsidiado AIC EPSI del Departamento del Cauca corresponden al 20.9%, con relación al Ente Territorial, se resalta del régimen subsidiado, que el porcentaje de población afiliada a AIC EPSI relacionada con la población total de los entes territoriales a nivel departamental y municipales en promedio es del 33,9% de afiliados, siendo el municipio con mayor porcentaje de afiliados Toribio (94,3%), Jámalo (83,6%) y Caldono (71,6%) y los municipios con menor número de afiliados Santa Rosa (0,009%), Guapi (1,3%) y Popayán (2,1%) con relación a la población del Municipio.

Igualmente se resalta del régimen contributivo que corresponde al 1,93% de los afiliados en relación al ente territorial y que el municipio del Departamento con mayor porcentaje de afiliados corresponde al municipio de Santander de Quilichao (460 afiliados) seguido de Páez (306 afiliados) y Totoró (295 afiliados), a diferencia del régimen contributivo el porcentaje de género es mayor en el género masculino con el 54,2%.

Contexto territorial Asociación indígena del Cauca AIC EPSI

²¹ BD BDUA AIC EPS-I y Proyecciones Población DANE Plantillas de Caracterización Poblacional.

La Asociación Indígena del Cauca AIC- EPS-I es una empresa Indígena Pública de carácter especial de orden nacional, que administra recursos del régimen subsidiado, creada por decisión de los cabildos en Junta Directiva Regional en el mes de Diciembre de 1997, reconocida bajo la resolución de No 083 del 15 de diciembre de 1997 de la Dirección General de Asuntos Indígenas, está Integrada por Autoridades de los Resguardos y en la Actualidad son Socios 100 Cabildos del Departamento del Cauca en representación de la mayoría de las comunidades indígenas que habitan este departamento.

Es entonces una empresa de las comunidades indígenas del Cauca, representada en los 96 Cabildos indígenas socios, reconocida legalmente el 15 de diciembre de 1997 mediante resolución 083 de la Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior.

Desde la creación, la AIC EPSI, ha respondido al principio colectivo de las acciones que se desarrollan, como consecuencia de la dinámica de las comunidades, de esta forma las decisiones son de índole colectiva porque entre todos se piensa y se actúa por el bienestar de todos, partiendo del respeto a las particularidades, la interculturalidad, la equidad, la reciprocidad y la redistribución, para finalmente alcanzar el bien común y el ejercicio de la salud como un derecho fundamental. Son ya veinte (20) años de existencia y de fortalecimiento político organizativo y en la actualidad hacemos presencia activa en siete (07) departamentos (Cauca, Valle, Huila, Putumayo, Antioquia, Caldas y CAUCA) y setenta y cinco (75) municipios a nivel nacional, con una población total de 468.184 afiliados contratados a 31 de diciembre de 2017.

METODOLOGÍA

Población

Población indígena perteneciente a la EPS AIC-I.

Muestra

109 mujeres indígenas tomadas de base de datos Interrupción Voluntaria del Embarazo 2017 - 2018 desde referencia, contrarreferencia, atención al comunero y apoyo organizativo.

Técnica

Revisión documental de base de datos y de historias clínicas, las cuales fueron obtenidas bajo el aval de junta directiva de la EPS AIC-I.

Instrumento

La base de datos Interrupción Voluntaria del Embarazo 2017 - 2018, contiene 20 variantes del cual recopilan los siguientes datos:

1. N°
2. Fecha de solicitud
3. Nombres
4. Apellidos
5. Tipo de identificación
6. Número de Identificación
7. Edad
8. IPS que solicita.
9. Edad gestacional
10. Motivo del IVE
11. A quien informa el caso
12. IPS referenciada
13. Fecha de la referencia
14. Nombre del responsable
15. Régimen
16. Teléfono
17. Departamento
18. Municipio
19. Resguardo
20. Vereda

Para lo cual se ha realizado el análisis para poder lograr con los objetivos específicos y así mismo obtener los determinantes necesarios y obtener conclusiones que ayude a la EPS-I AIC, a mejorar el insumo para depurar la información necesaria al momento de la solicitud de un IVE.

Análisis de los datos

El análisis se realizó teniendo en cuenta el cruce de variables, de la base de datos, del perfil sociodemográfico de la población estudio. Para la revisión, se realizó una guía, creada por las investigadoras, del perfil sociodemográfico tomado de las historias clínicas, para realizar el cruce de variables a analizar se tuvieron en cuenta los siguientes perfiles: edad, género, procedencia, estado civil, ocupación. Además, se de las causas de solicitud del IVE, la aprobación y el motivo de su negación del mismo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Confidencialidad

Mucha de la información brindada por EPS AIC-I es personal, porque algunos datos fueron tomados de las historias clínicas. o. Por estas razones, la confidencialidad en el manejo de la información recogida durante el análisis, es un tema de fundamental importancia. Para proteger la confidencialidad de la información recolectada, las investigadoras recibieron instrucciones estrictas de la junta directiva de la EPS AIC-I. Sobre la importancia de mantener la confidencialidad.

Uso adecuado de los datos

Los hallazgos del estudio serán divulgados con rigurosidad. Se prestará atención particular en asegurar que los hallazgos no se usen como un medio para colocar etiquetas que discriminen o descalifiquen la realidad de la comunidad. Pero fundamentalmente, se discutirá de forma central como presentar los datos en la misma comunidad, y como se puede contribuir con esta información a mejorar el tratamiento y la ruta crítica de atención de las mujeres a las mujeres que solicitan el IVE a través de las instancias gubernamentales y los cabildos.

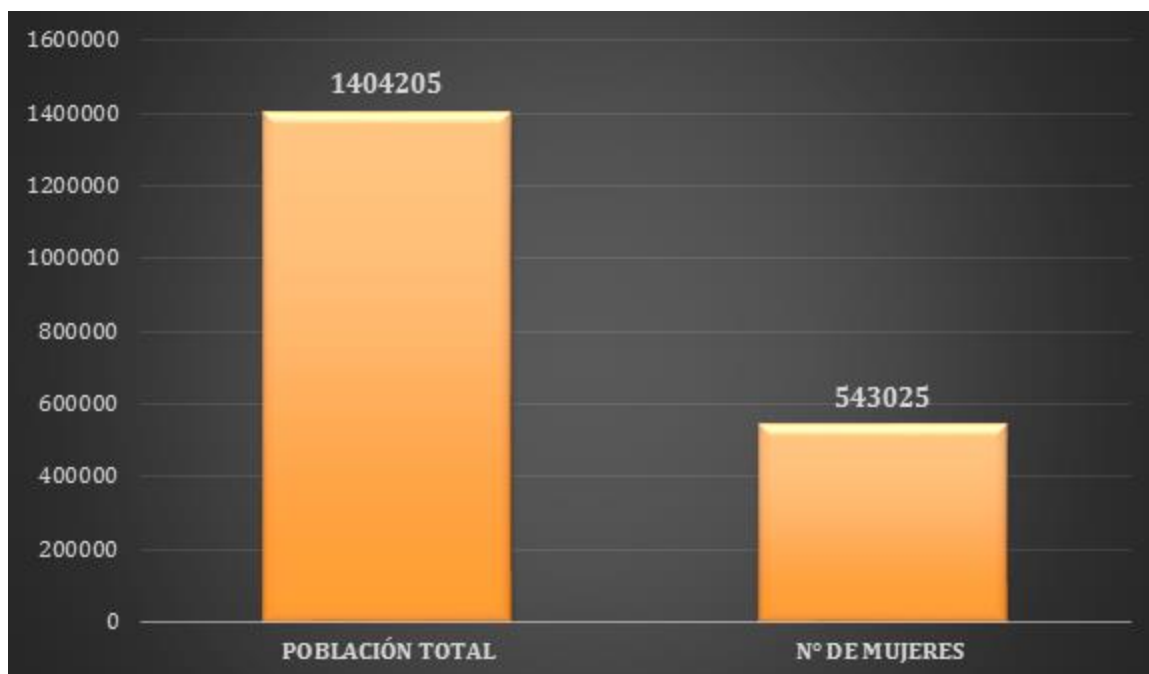
RESULTADO

Evidenciamos cada uno de los análisis que se realizó en pro, de identificar cuáles han sido los tope causales en la población de mujeres indígenas de la EPS-I AIC, para lo cual se toma como insumo la base de datos de la EPS-I donde registran cada uno de los datos necesarios para llevar el consolidado de solicitud de IVE en el Cauca, adicional se toma la parte de Caracterización poblacional que se tiene en la EPS-I AIC, para poder obtener más datos a lo que se quiere investigar.

A continuación, se presentará cada una de las tablas, con su respectivo análisis y discusión de datos arrojados.

Análisis y Discusión

Grafica 1. Proporción de población total Vs Población de mujeres.



Fuente: Caracterización poblacional 2017 de la EPS-I AIC.

Se evidencian grandes desigualdades entre los grupos de género de las comunidades indígenas pertenecientes a las EPS, donde solamente el 38,6% corresponde a la población femenina, en comparación con el comportamiento con el comportamiento nacional donde las mujeres corresponden 50,8% del total de la población en general. Esto nos permite dimensionar que por ser una población minoritaria podrían tener desigualdades en los diferentes ámbitos de la vida social como la política, economía, educación y derechos.

Gráfica 2. Población total de mujeres Vs cantidad de mujeres en edad reproductiva.



Fuente: Caracterización poblacional 2017 de la EPS-I AIC.

Teniendo en cuenta la gráfica anterior donde el 38,6 corresponde a población femenina, la cantidad de mujeres que se encuentran en edad fértil, son aproximadamente el 50 % de la población femenina, determinante de fecundidad. Permittiéndonos deducir que podrían existir desigualdades, producto de ideales reproductivos diferentes y brechas de equidad en términos de un acceso injusto e injustificado a los servicios de salud sexual y reproductiva.

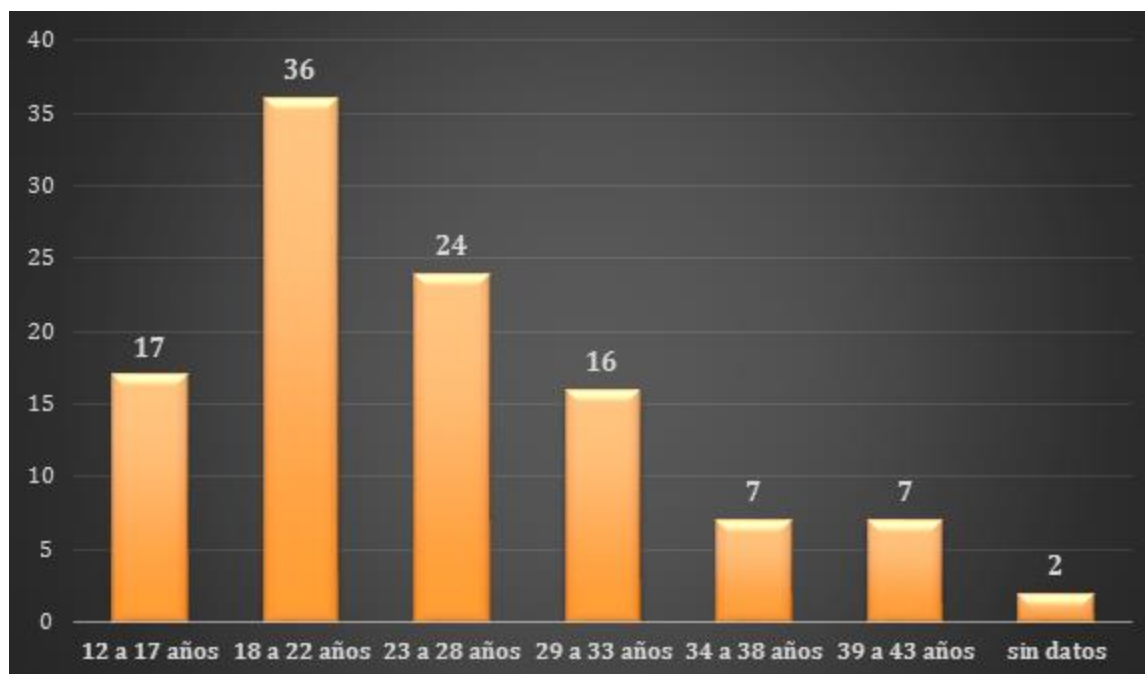
Gráfica 3. Proporción de solicitud de IVE 2017 - 2018.



Fuente: Caracterización poblacional 2017 de la EPS-I AIC y base de datos IVE.

Teniendo en cuenta el año 2017, la solicitud de IVE presentó un incremento del 15 % en el 2018, Las cifras por interrupciones podrían indicar que algo no anda bien, ya que la curva de los abortos aumentó, este acrecentamiento podría deberse a las desigualdades, producto de ideales reproductivos diferentes y brechas de equidad en términos de un acceso injusto e injustificado a los servicios de salud sexual y reproductiva.

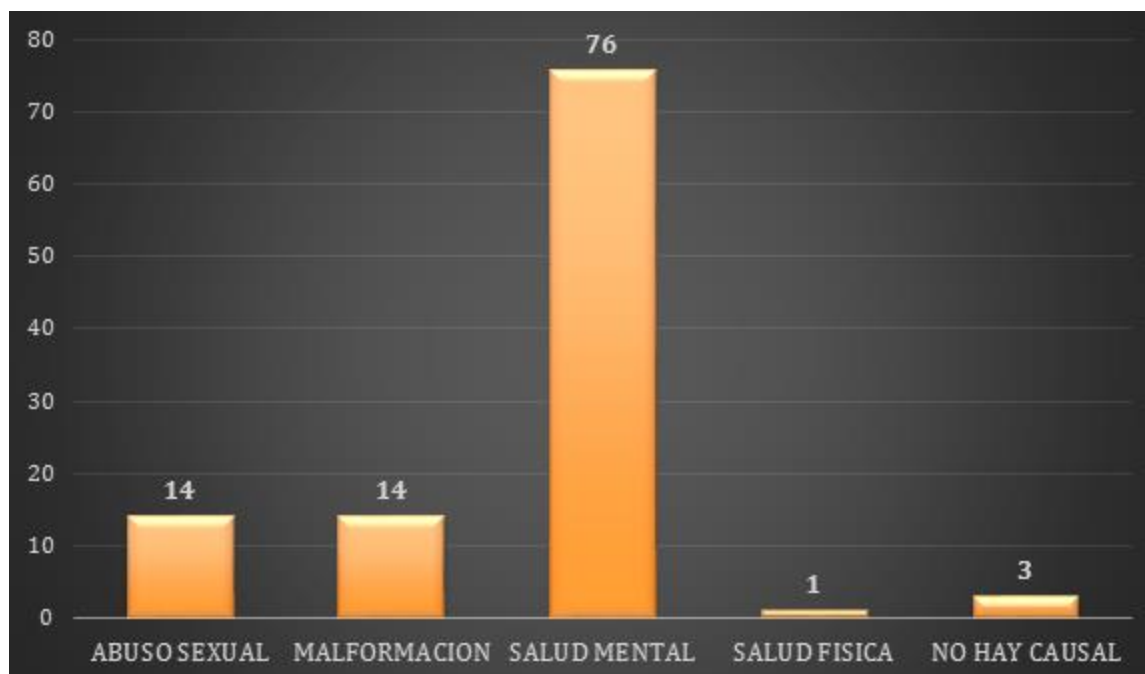
Gráfica 4. Distribución porcentual por grupos etarios de edades de pacientes que solicitan IVE pertenecientes a la EPS-I AIC en el año 2017-2018



Fuente: Base de datos IVE EPS-I AIC. Cambiar por rango de edad sea cada 5 Años o 10 años

Aunque en el país se considera que la Interrupción Voluntaria del Embarazo, es más frecuente en adolescentes, esta gráfica nos demuestra que el 48 % de las mujeres que se practican un aborto están en un rango de edad de los 18 a los 23 años. . Teniendo en cuenta que la edad promedio de entrar en unión entre las comunidades indígenas del Cauca es de 14,4 años, esto podría relacionar que en este rango de edades las mujeres ya tendrían más de dos hijos, lo que las motivaría a consultar por IVE.

Gráfica 5. Causas de solicitud de IVE 2017- 2018.



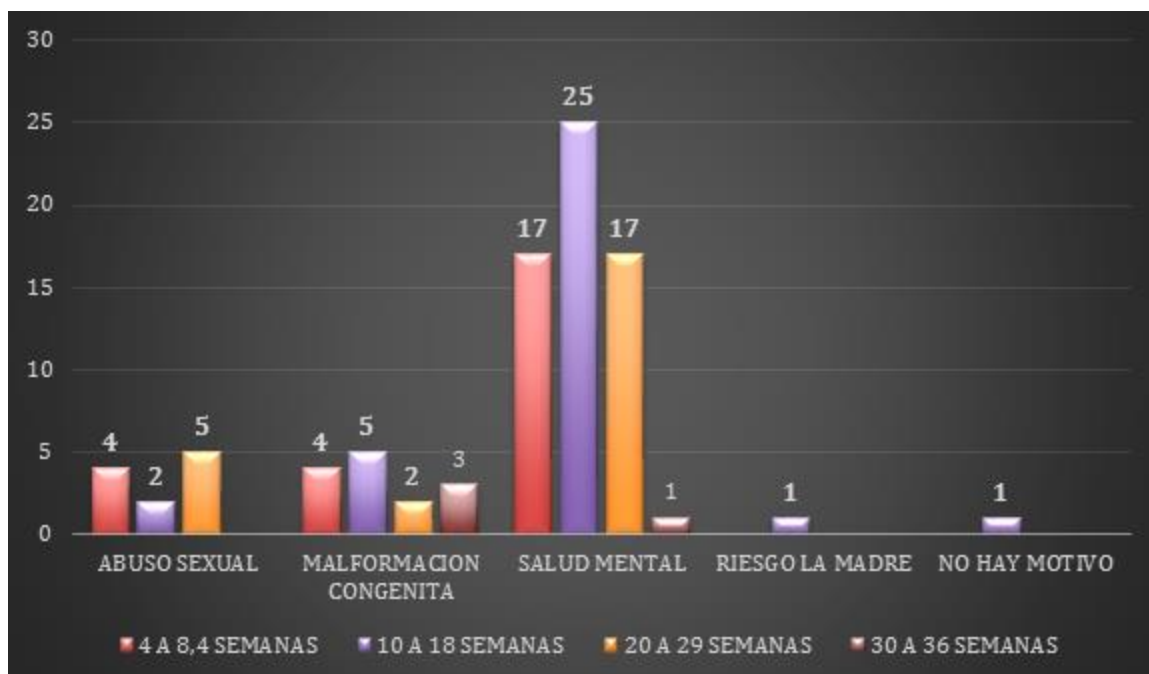
Fuente: Base de datos IVE de la EPS-I AIC.

La causa más frecuente de solicitud de IVE, es la afectación de su estado mental seguidos de un 28 % correspondientes a abuso sexual y malformación. La vulnerabilidad asociada a la violencia doméstica y sexual es un factor de riesgo para causar perturbación del estado mental.

Tabla 5. Prevalencia de semanas gestacional de Vs causa de solicitud del IVE.

SEMANAS DE GESTACIÓN	MOTIVO DE IVE	TOTAL
4 A 8,4 SEMANAS	ABUSO SEXUAL	4
	MALFORMACIÓN CONGÉNITA	4
	SALUD MENTAL	17
10 A 18 SEMANAS	ABUSO SEXUAL	3
	MALFORMACIÓN CONGÉNITA	5
	SALUD MENTAL	25
	EN RIESGO MADRE	1
	NO HAY MOTIVO	1
20 A 29 SEMANAS	ABUSO SEXUAL	5
	MALFORMACIÓN CONGÉNITA	2
	SALUD MENTAL	18
30 A 36 SEMANAS	MALFORMACIÓN CONGÉNITA	3
	SALUD MENTAL	1
DESCONOCIDO	ABUSO SEXUAL	2
	SALUD MENTAL	16
	NO HAY INFORMACIÓN	2
TOTAL		109

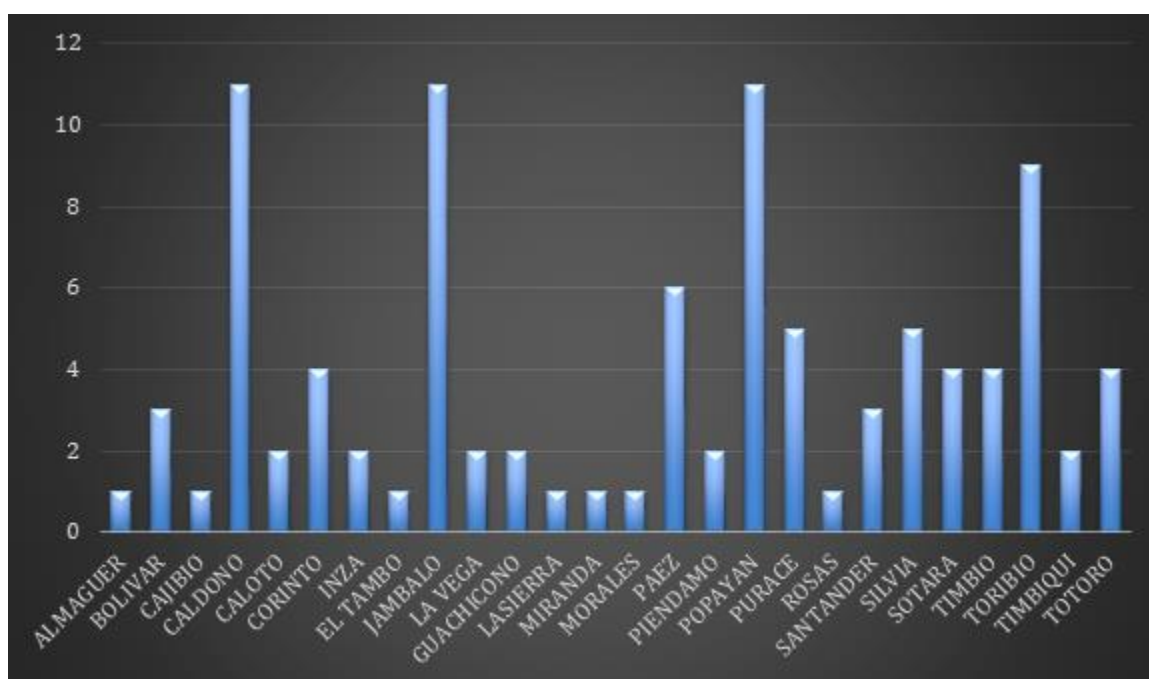
Gráfica 6. Prevalencia de semanas gestacional de Vs causa de solicitud del IVE.



Fuente: Base de datos IVE de la EPS-I AIC.

La interrupción voluntaria del embarazo, se solicita con mayor frecuencia entre las semanas 10-18 de gestación siendo su causa principal la afectación de salud mental su principal motivo de solicitud. También es de resaltar que esta solicitud también se presenta en edades muy avanzadas de gestación.

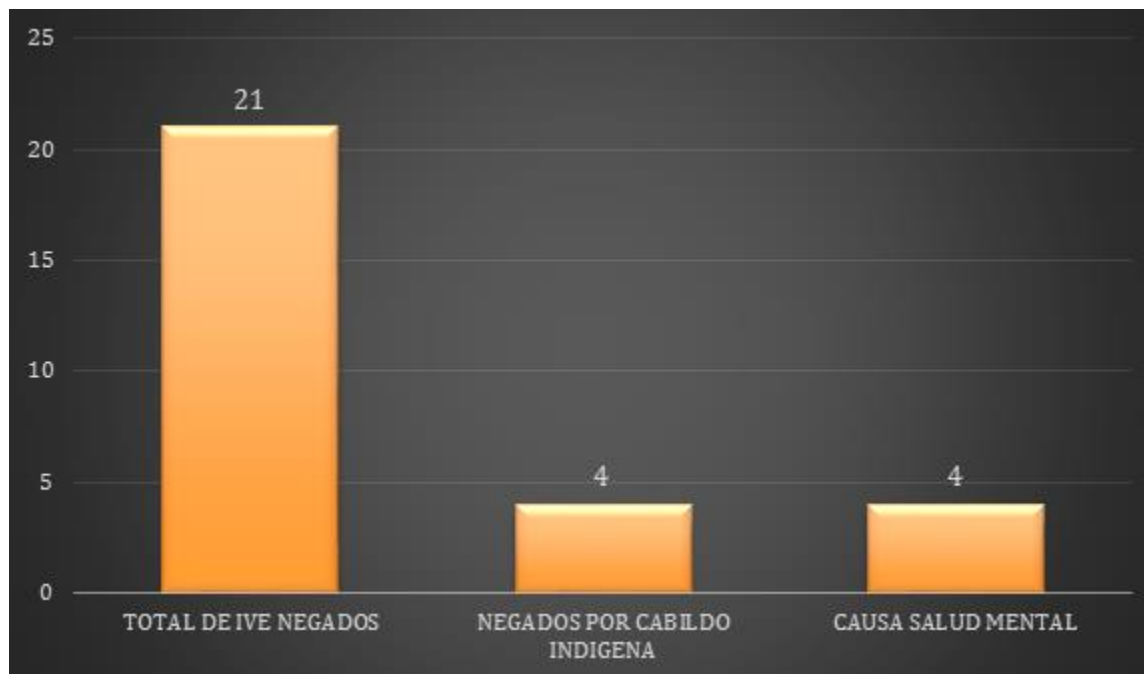
Gráfica 7. Proporción de municipio a la que pertenece la paciente que solicita IVE 2017-2018.



Fuente: Base de datos IVE de la EPS-I AIC.

Se evidencia que los municipios en los que se presentaron mayor solicitudes son los que tienen mayor acceso a medios de comunicación permitiendo conocer leyes occidentales como la sentencia T-355.

Gráfica 8. Proporción de las principales causas de su no aprobación por parte del cabildo a la que pertenece la solicitante del procedimiento.



Fuente: Base de datos IVE de la EPS-I AIC.

En la población indígena las autoridades en cada uno de los resguardos determinan si es pertinente autorizar dicho procedimiento cuando se presenta que la principal causa sea por posibles problemas en un futuro mentales en la mujer, esta causal no es un detonante porque estudian la procedencia de la concepción y si esta se realizó con el consentimiento de la mujer, reciben el apoyo pertinente para la continuidad del embarazo.

Conclusiones

1. Se pudo concluir que la mayor causa de solicitud de IVE, es la afectación de la salud mental, con lo que podemos intuir que la mayoría de mujeres de la población indígena no está en común acuerdo con el rol que ellas desempeñan, dentro de la familia y comunidad, puesto que las poblaciones indígenas vigilan los comportamientos y la sexualidad de las mujeres para una supuesta conservación de los grupos étnicos, vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos, estigmatizando el comportamiento que va en contra de sus cultura ancestral.
2. Se determinó que el 50 % de las mujeres indígenas pertenecientes a la EPS AICE-I, solicitaron este procedimiento, y este comportamiento ha ido en incremento en 15 % en solo un año.
3. Se estableció que la población que más solicita la interrupción pertenece a mujeres en edades reproductivas con prevalencia de 18 a 23 años.

Recomendaciones

1. Para futuras investigaciones, se debe crear una base de datos más completa, donde además de las variables ya establecidas en la anterior se debería tener en cuenta: estado civil, escolaridad, ocupación, números de días en que tarda su aprobación.
2. Se debe realizar indicadores específicos que den cuenta del comportamiento sobre la solicitud de IVE, lo que permitirá realizar seguimiento, planeación y gestión de a la norma.
3. Realizar estudios de investigación con la comunidad afecta, para que nos permita esclarecer que las motiva a solicitar este procedimiento pese a que va en contra de su cosmovisión.

Bibliografía

- Cosmovisión de salud y alimentación en la cultura Guambiana, Fecha de recepción: Marzo 14 - 2017 Fecha de revisión: Octubre 31 - 2017 Fecha de aceptación: Diciembre 21 - 2017)
- Vergara M del C. Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales. Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv. 2009; 7(1):105-33.)
- Cardona Arias JA. Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema medico de una comunidad indígena Colombiana. Rev Cuba Salud Pública. 2013;39(4):651- 64.)
- Alecrim W. Servicios de Salud, Pueblos Indígenas y Prácticas Médicas. Rev Salud Pública. 2001;3(1):68-70.)
- Rosales-Rivadeneira S, Álvarez-Moreno M, Tito-Pineda P. Indigenous Cosmovisión About Health and Illness in Otavalo - Ecuador. Procedia - Soc Behav Sci [Internet]
- Quintero MC. Prácticas indígenas relacionadas con la enfermedad. Aquichan. 2001;1:11-3.
- Monje Carvajal, J.J. (2010). El ecoetnodesarrollo en las comunidades indígenas en Colombia, una descripción histórica para descubrir las verdades y mentiras sobre su autonomía.
- Desarrollo. Bogotá; 1998. p. 96, 155. 6. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. División de promoción y Protección de la Salud. Salud mental y poblaciones indígenas en América Latina. Ginebra: OPS/OMS; 1997. p. 4-7, 9, 10.
- Escalante Betancourt Y. Derechos de los pueblos indígenas y discriminación étnica o racial. 2009.
- Sivigila; Instituto Nacional de Salud. Informe Final del Evento Mortalidad Materna, Colombia. 2014.
- COORDINADORA DE LA MUJER (2009). Detrás del cristal con que se mira: Mujeres del Altiplano, órdenes normativos e interlegalidad. Filomena Nina. La Paz, Bolivia.
- Valencia EM, Arias MM. Reproductive calendar of the Embera eyabidaindigenous groups from the Nusidó community in Frontino, Colombia. Invest Educ Enferm 2014; 32(2):337-46.