

Las relaciones de poder desiguales entre géneros explican buena parte de los tipos de violencia que sufren las mujeres; situación que se acentúa en un contexto de conflicto armado y de la crisis humanitaria derivada del mismo. Reducir la vulnerabilidad de la mujer a la violencia física, sexual y psicológica, contribuiría de manera significativa a mejorar, no solamente su propio bienestar sino el de su núcleo familiar y de la sociedad en general. Los resultados encontrados muestran que es la forma más extendida de violación de los derechos humanos de las mujeres y el símbolo más evidente de las desigualdades de poder entre hombres y mujeres.

El análisis de los indicadores de violencias contra las mujeres muestran una situación crítica: la violencia sexual continúa siendo un fenómeno persistente, el 6% de todas las mujeres entrevistadas en 2005 reportaron haber sido violadas o forzadas a tener relaciones sexuales contra su voluntad, cifra que muestra una muy leve disminución en 2010; mientras la violencia psicológica, desencadenante de otras violencias registra cifras preocupantes pasando de 65,7 a 72,5%.

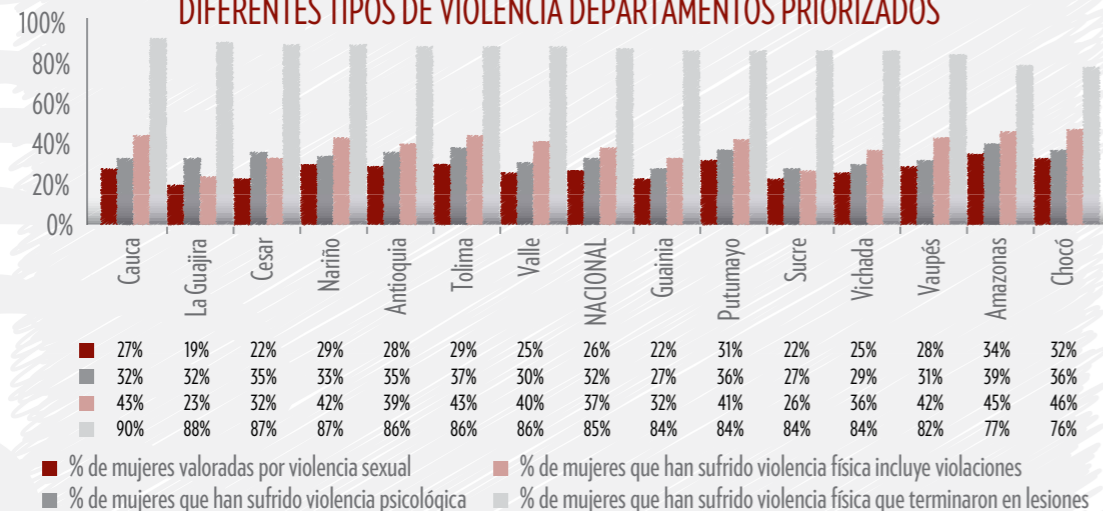
**GRÁFICA 16: PORCENTAJE DE MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA COLOMBIA 2005-2010**



Fuente: ENDS

En los departamentos priorizados con prevalencia de población indígena; para todos los tipos de violencia las cifras son superiores a la media nacional.

**GRÁFICA 17: PORCENTAJE DE MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA DEPARTAMENTOS PRIORIZADOS**



Fuente: PROFAMILIA. ENDS 2010

Las menores cifras de violencia de género se observan en departamentos como Guainía, La Guajira, Vaupés y Vichada; es posible que exista un alto subregistro si se toma en cuenta la poca presencia de las instituciones del Estado y el conflicto armado presente en esos territorios.

Es precisamente la presencia del conflicto armado interno lo que ha llevado especialmente a la Corte Constitucional a requerir una mirada diferenciada por sexo y etnia en los análisis de violencia. Según el Observatorio de Asuntos de Género, “la afectación aguda y diferencial del conflicto armado sobre los grupos indígenas se suma al efecto ya desproporcionado que este tiene sobre las mujeres y niñas. El conflicto armado somete a las mujeres indígenas a prostitución forzada, violencia sexual y enamoramiento de mujeres y jóvenes como táctica bélica... Muchos de los casos de violencia sexual que fueron reportados por la Corte Constitucional ante la Fiscalía tienen por víctimas mujeres, niñas y adolescentes indígenas en todo el país”<sup>24</sup>.

El Relator Especial de Naciones Unidas sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pueblos indígenas en 2010 señaló; que su vulneración obedece al impacto del desplazamiento forzado en las mujeres indígenas, especialmente por los crímenes, las injusticias e inequidades presentes.

Esta situación es corroborada por la Consejería Mujer, Familia y Generación de la ONIC que ratifica que las mujeres indígenas son víctimas de la violencia por parte de actores externos, a través de prácticas como “la violación sexual, implementada por los grupos armados como un arma de guerra para el control territorial. Durante el 2010, se registraron 124 mujeres y 14 niñas indígenas como víctimas de violaciones a sus derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario, cifra que está muy por debajo de lo que ocurre en la realidad, debido a que buena parte de las violaciones a los derechos humanos de las mujeres son invisibilizados”<sup>25</sup>. “En el periodo comprendido entre 2002 y 2009 se constata un incremento del 48% en el número de asesinatos de mujeres indígenas, con relación a los 9 periodos de gobierno anteriores. Así mismo, el incremento de asesinatos de niños indígenas es del 63%, y en niñas indígenas del 50%”<sup>26</sup>.

La Consejería de la ONIC señala además que las mujeres indígenas son afectadas por “la violencia económica, la falta de oportunidades y la escasez, en general; pero también viven una violencia interna, producto de las prácticas machistas que subsisten en las comunidades. Estas prácticas socaban las posibilidades de pervivencia de los pueblos y vulneran gravemente la relación con la tierra y los principios de armonía y equilibrio consagrados en la mayoría de cosmovisiones de la zona andina”<sup>27</sup>. La ONIC reconoce “que la situación de las mujeres indígenas, se agrava además por su condición de mujeres en medio de pueblos y comunidades que no escapan a modelos y prácticas machistas que discriminan y subordinan a las mujeres en gran parte de las comunidades.

Sin embargo, conviene destacar de manera positiva el avance de las mujeres indígenas en cuanto a su participación en espacios organizativos, de poder local y regional en el movimiento indígena, sumado a la creciente preocupación en muchos pueblos por la situación que viven sus mujeres y

<sup>24</sup> Observatorio de Asuntos de Género. Situación de los derechos de las mujeres en Colombia. 2011. Página 1. Citando a la Corte Constitucional en el Auto 004 de 2009 página 8.

<sup>25</sup> Sistema de información ONIC, consolidado de datos 2010.

<sup>26</sup> ONIC. Consejería mujer, Familia y Generación. Las Mujeres Indígenas en el marco del conflicto armado interno que vive Colombia. 2010. Página 14.

<sup>27</sup> IDEM Ob. Cit.

que desarmonizan su Plan de Vida<sup>28</sup>. Por ello, a semejanza de la Consejería Mujer, Familia y Generación de la ONIC; en varias organizaciones indígenas regionales se han conformado instancias de Mujer y Familia las cuales han comenzado a aplicar mecanismos y estrategias de sensibilización para visibilizar la violencia contra las mujeres y definir estrategias para enfrentarla.

El gobierno colombiano ha reconocido que “la violencia contra la mujer en todas sus manifestaciones, es un factor que lleva a desestructurar el sujeto de derechos y constituye un atentado contra la dignidad, la libertad, la integridad y la vida de las víctimas; además de ser un problema de derechos humanos, ha sido reconocido también como un problema de salud pública, con altos costos sociales, económicos e individuales. Por lo anterior, reducir la incidencia de violencia de pareja o contra la mujer es una de las Metas del Milenio en las que Colombia ha puesto un especial énfasis<sup>29</sup>”.

*Frente a las violencias de género, mujeres indígenas proponen:*

**Blanca Brisa Otaquí,** indígena Embera Chamí, Consejo Regional Indígena de Caldas (CRIDEC) señaló:

*“Para fortalecer el liderazgo de las mujeres indígenas, es importante vencer el miedo y denunciar las violencias. Se ven casos de violación perpetrados por líderes, esposos, etc. Las mujeres no denunciamos por miedo, no sabemos leer ni escribir y entre las mismas compañeras no contamos las cosas porque se forma un “chisme”. Es importante incrementar la solidaridad entre las mujeres, puesto que no existe y esto ha perjudicado la organización social.*

*Se requiere crear mecanismos de transparencia de la justicia interna, porque es muy común que las mismas autoridades que juzgan las denuncias por casos de violencia e imponen los castigos son los mismos que violentan; entonces las mujeres preferimos callar y no denunciar porque no se hace justicia”.*

**María Ovidia Palechor,** Indígena Yanacona, psicóloga social, coordinadora del programa Mujer Indígena de Yanacona y del Programa de Mujer del CRIC planteó:

*“En nuestras comunidades debemos resignificar y llenar de valor la cultura propia, revisando nuestros procesos, a partir de lo que es nuestro y lo que es adoptado o impuesto por otras culturas, como el machismo y otros. Obedecer la ley de origen para que las comunidades se trasformen. Desaprender esos resabios de las culturas externas.*

*En el proceso que adelantamos ha sido necesario visibilizar la violencia contra las mujeres y la discriminación frente al acceso a recursos y oportunidades. Un gran reto es la superación de la violencia intrafamiliar y la desarmonización de la familia, que ha generado la fragmentación de nuestras culturas.*

*Es necesario reformular el concepto de liderazgo en las comunidades para empoderar a las mujeres. El liderazgo no se puede entender como una imposición de poder hacia el otro”.*

**Tomado de: Memorias del Foro**

**“Experiencias de Mujeres indígenas y Cooperación en Colombia - AECID 2010**

<sup>28</sup> ONIC Página 2.

<sup>29</sup> DNP. I Informe de seguimiento a los ODM. Página 93.



## OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

TABLA 42: INDICADORES CONVENCIONALES Y METAS ODM 4

OBJETIVO	INDICADORES	Línea base	Estado Actual	Línea de base INDÍGENAS	META
ODM 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL	Mortalidad de menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos)	34,9 (1990)	22 (2010)	xxxx	18,98
	Tasa de Mortalidad de menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos)	26,9 (1990)	18 (2010)	xxxx	16,68
	Cobertura de vacunación con DPT en menores de un año (%)	87 (1990)	85,44 (2011)	xxxx	95
	Cobertura de vacunación con triple viral niños y niñas de 1 año (%)	82 (1990)	87,67 (2011)	xxxx	95

Fuente. CONPES 140 de 2011

Aunque los sistemas de información aun son deficientes al momento de arrojar información específica para pueblos indígenas, se puede realizar un análisis aproximado de la situación de los pueblos, identificando el comportamiento del indicador en los municipios con mayor porcentaje de población indígena perteneciente a los departamentos mencionados anteriormente, por eso en el cuadro sobre metas e indicadores ODM 4 la línea base de indígenas no dispone de datos.

### Análisis de Brechas:

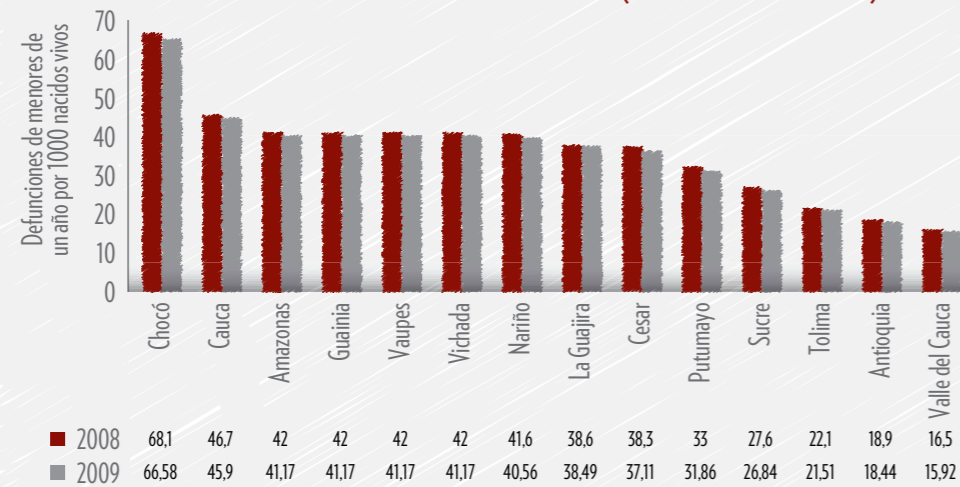
#### Mortalidad infantil y mortalidad en la niñez

Aunque se ha presentado un descenso en la tasa de mortalidad en la Niñez TMN (menores de 5 años), y en la tasa de mortalidad infantil TMI (menores de un año) a nivel nacional, esta disminución no se evidencia de igual manera en todos los departamentos y en todos los municipios.

En mortalidad infantil se continúa evidenciando que los departamentos con mayor porcentaje de población indígena, presentaban al año 2009 tasas de mortalidad infantil superiores inclusive a la línea de base tomada en el año de 1990 (26,9%) y muy superior al dato para Colombia en 2009 (20,1%). Se registraron tasas en los departamentos priorizados de: Guainía (41,17%), Vaupés (41,17%), La Guajira (38,49%), Amazonas (41,17%), Vichada (41,17%), Cauca (45,9%), Putumayo (31,86%), Chocó (66,58%), Nariño (40,56%) y Cesar (37,11%). Es de resaltar el departamento de Chocó que al año 2009 con 66,58% duplicaba la línea de base de la tasa de mortalidad en menores de 1 año.



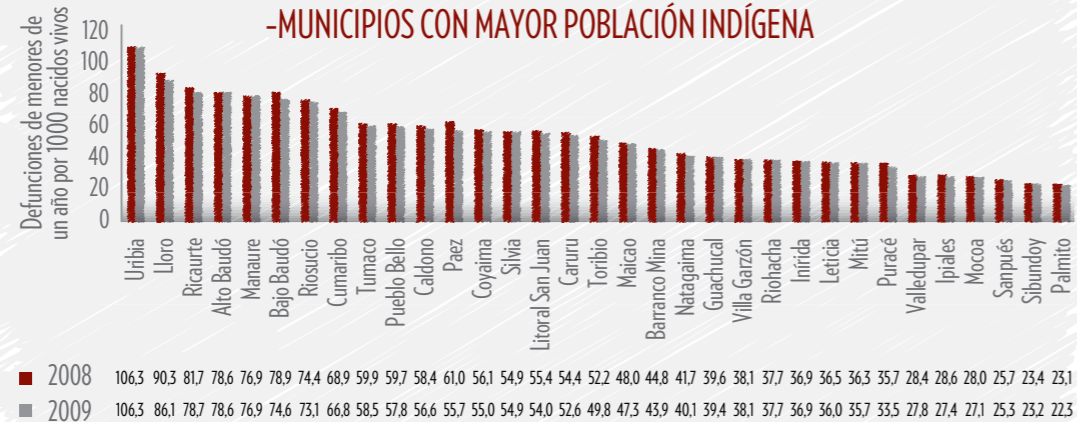
GRÁFICA 18: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (MENORES DE UN AÑO)



Fuente: DANE estadísticas vitales 2008 - 2009

Se evidencian las diferencias territoriales en particular con Antioquia y Valle del Cauca de las cuales se podrían deducir mayores oportunidades de atención y prevención. La situación a nivel municipal es aún más crítica y evidencia que las inequidades entre los municipios son más profundas.

GRÁFICA 19: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE UN AÑO -MUNICIPIOS CON MAYOR POBLACIÓN INDÍGENA

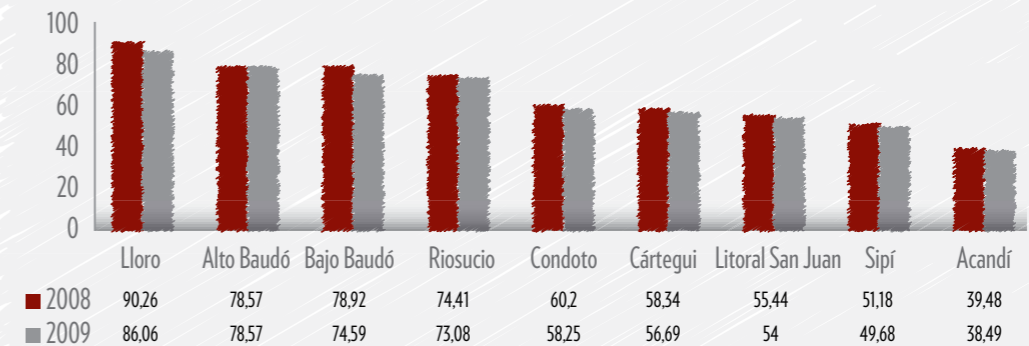


Fuente: DANE estadísticas vitales

En los municipios de los departamentos de Chocó (Alto Baudó, Bajo Baudó, Litoral de San Juan, Lloró, Riosucio), en la Guajira (Manaure y Uribe) y Nariño (Ricaurte), se observan a 2009 tasas de mortalidad infantil muy por encima del dato nacional (20,1%) y comparados con los municipios de los Departamentos de Nariño (Ipiales), Cesar (Valledupar), Sucre (Palmito, Sanpués), Putumayo (Sibundoy); las diferencias son significativas y muestran una tendencia descendente.

De igual manera al interior de los propios departamentos se evidencian inequidades, un ejemplo de ello es el departamento del Chocó donde la tasa de mortalidad infantil es mayor en los municipios con mayor cantidad de población indígena (Alto Baudó, Bajo Baudó, Lloró, Riosucio) respecto a los municipios con menor cantidad de población indígena (Sipí, Acandí).

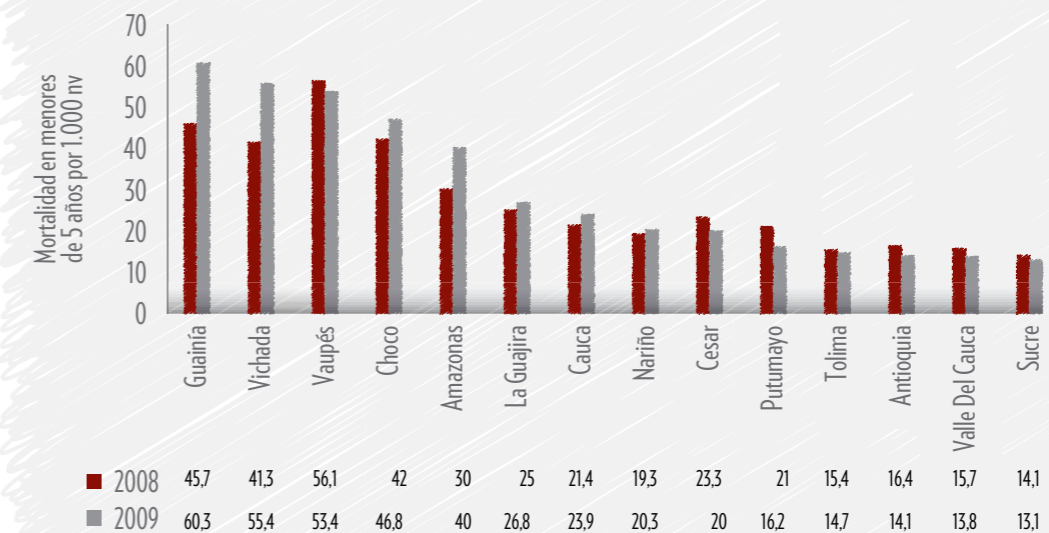
GRÁFICA 20: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL - DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ



Fuente: DANE estadísticas vitales

En cuanto a la tasa de mortalidad de la niñez (menores de 5 años), el comportamiento es similar a la TMI. Los departamentos con mayor porcentaje de población indígena, presentaban al año 2009 TMN superiores a la línea de base tomada en 1990 de 34,9% y a los avances nacionales del año 2009 de 24,3%; como el caso de Amazonas (39,7%), Chocó (46,7%), Guainía (60,6%), Vaupés (58,4%) y Vichada (55,36%); encontrando las regiones de Orinoquía y Amazonía como las más afectadas.

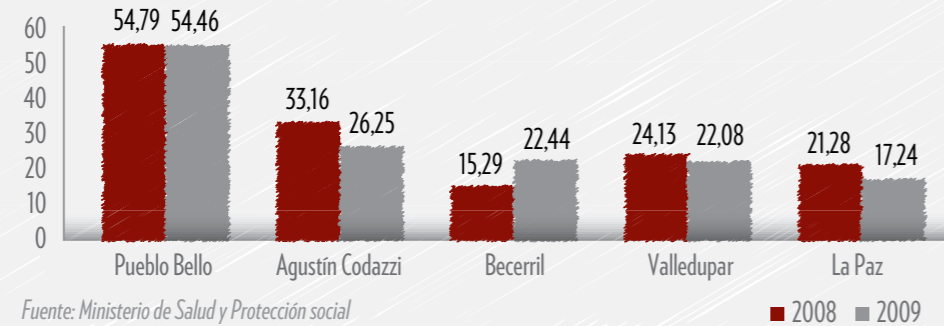
GRÁFICA 21: TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS (POR 1000 NACIDOS VIVOS) -TMN DEPARTAMENTOS CON MAYOR VOLUMEN DE POBLACIÓN INDÍGENA



Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

De igual manera al interior de los propios departamentos se evidencian inequidades, un ejemplo de ello es el departamento del Cesar donde la TMN es mayor en municipios con mayor cantidad de población indígena (Pueblo Bello) respecto a los municipios con menor cantidad de población indígena (La Paz, Becerril).

GRÁFICA 22: TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS. MUNICIPIOS DEL CESAR



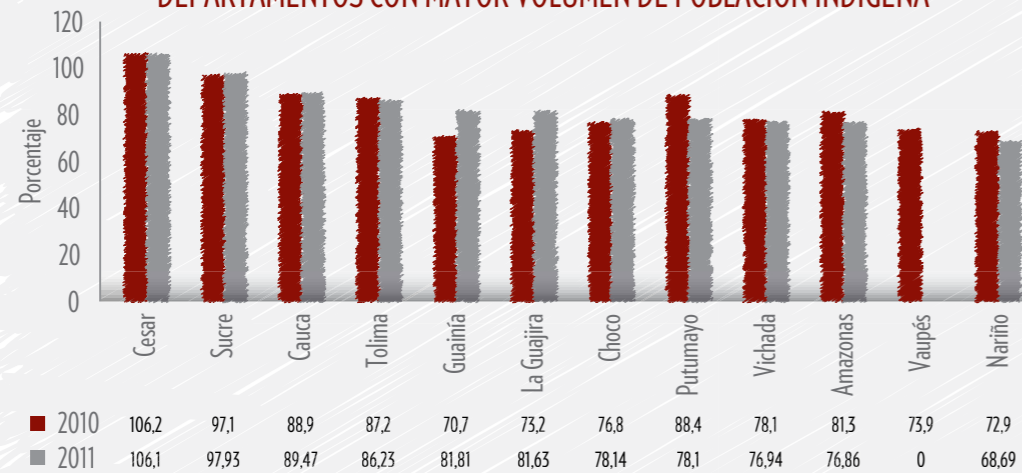
Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

Es de resaltar la TMN en el municipio de Cumaribo, del departamento del Vichada, que registró en 2009 un 93,63%, tres veces más que el dato nacional de 24,3%.

### Brechas de vacunación

A pesar de los esfuerzos por ampliar las coberturas de vacunación en el territorio colombiano, dado el compromiso del Estado de tener a disposición los Biológicos y disminuir las barreras de acceso aumentando la oportunidad para la vacunación; los departamentos con mayor porcentaje de población indígena presentaron coberturas de vacunación menores a la cobertura Nacional para el año 2011 (87,67%). Entre estos se encuentran los departamentos de Vichada (76,94%), Vaupés (76,85%), Putumayo (78,1%), Nariño (68,9%), Guainía (81,1%), Chocó (78,14%), Amazonas (76,86%),

GRÁFICA 23: COBERTURA DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL - DEPARTAMENTOS CON MAYOR VOLUMEN DE POBLACIÓN INDÍGENA



Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

La inequidad intermunicipal en términos de cobertura a 2011, puede observarse, en el caso del departamento de la Guajira, donde municipios con mayor volumen de población indígena como Manaure (67,2%), Maicao (82,48%) y Uribia (72,47%) presentan menores coberturas de vacunación respecto a municipios con menor volumen de población indígena, como es el caso de Fonseca que registra una cobertura de vacunación de 99,07%, superando inclusive el valor nacional.

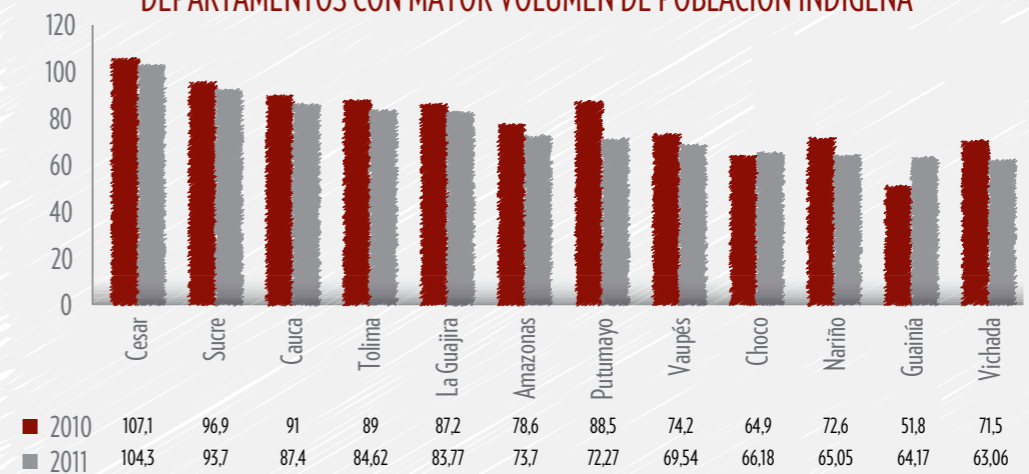
GRÁFICA 24: COBERTURA DE VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL - MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA



Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

Aunque la cobertura de vacunación nacional con DPT (difteria, tos ferina y tétano) para el año 2011 se encontraba en 85,44% gran parte de los departamentos con mayor volumen de población indígena se encontraba por debajo de este valor: Vichada (63,05%) Guainía (64,7%), Nariño (65,05%), Chocó (66,18%), Vaupés (69,54%), Putumayo (72,27%) y Amazonas (73,7%).

GRÁFICA 25: COBERTURA DE VACUNACIÓN DPT EN MENORES DE 1 AÑO. DEPARTAMENTOS CON MAYOR VOLUMEN DE POBLACIÓN INDÍGENA



Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

Igualmente se evidencian inequidades entre municipios, como el caso del departamento de Nariño donde municipios con mayor volumen de población indígena como Ricaurte (58,26%), Tumaco (69,98%), Ipiales (76,29%) presentan menores coberturas de vacunación respecto a municipios con menor volumen de población indígena, como es el caso de Aldana que presenta una cobertura del 100%, superando inclusive el promedio Nacional.





GRÁFICA 26: COBERTURA DE VACUNACIÓN DPT EN MENORES DE UN AÑO  
- MUNICIPIOS DEPARTAMENTO DE NARIÑO



Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

■ 2011

### Precisiones generales:

Respecto a vacunación es necesario evaluar las cifras del indicador debido a que el denominador del mismo se deriva de las proyecciones poblacionales y el numerador proviene de los datos directos del municipio, generando en ocasiones coberturas inclusive superiores al 100% como es el caso de Caldono, Cauca con un 105%; Pueblo Bello, Cesar con 102%, Valledupar con 106%; en Alto Baudó, Chocó con 259%; en San pue, Sucre con 102%; en Inírida, Guainía con 103%; municipios donde el mayor volumen de la población es indígena y difícilmente por sus condiciones se podría decir que la situación de la infancia en aquellos territorios ha mejorado.

Se pueden identificar algunos obstáculos que no han permitido que las medidas estatales, estrategias y programas entre otros, surtan el efecto esperado para los pueblos indígenas, entre estos se puede nombrar:

- ☉ **Ubicación geográfica:** la gran mayoría de pueblos indígenas está ubicada en áreas rurales de difícil entrada, factor que dificulta el acceso a los servicios de salud, por otro lado los asentamientos de las comunidades indígenas no siempre corresponden al punto de atención en salud y a su vez a la división política administrativa (departamento, municipio) de la cual hacen parte, lo cual dificulta la prestación de los servicios de salud y los sistemas de información no están adaptados para cruzar esta realidad.
- ☉ **AIEPI Comunitario (atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia):** esta estrategia no fue concebida para pueblos indígenas, lo cual implica que no recoge sus necesidades, problemáticas, expectativas y derechos. Sin embargo en su proceso de aplicación se ha ido adecuando a algunas comunidades indígenas, aunque sin mayores resultados; ya que las adecuaciones no son estructurales, muchas de ellas se quedan en la traducción a la lengua nativa. Existen experiencias que podrían revisarse para conocer su impacto, como el caso del Guaviare con los Nukak, o en Risaralda con los Embera.
- ☉ **Disponibilidad:** la vacunación es uno de los programas aprobado por la gran mayoría de los pueblos indígenas, sin embargo es necesario disminuir las barreras de acceso, porque se cuenta con la disposición de los miembros de la comunidad (las familias con los niños) pero no siempre se cuenta con el biológico suficiente en zonas de difícil accesibilidad geográfica y dispersión poblacional.

## Prevalencia de Desnutrición Global y Desnutrición Crónica

TABLA 43: INDICADORES DE PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA

OBJETIVO	INDICADOR	LINEA DE BASE	AVANCE	META
1C. Acceso a una alimentación adecuada y suficiente	Prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años	8,6% (1990)	3,4% (2010)	2,60%
	Prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla en menores de 5 años.	26,1% (1990)	13,2% (2010)	8%
	Porcentaje de población total en subnutrición.	17% (1990)	13% (2004-2006)	7,50%
	Porcentaje de niños con bajo peso al nacer.	7,68% (1998)	8,85% (2008)	< 10%

Fuente: CONPES 140 de 2011

### Análisis de Brechas:

La desnutrición es la consecuencia de diferentes factores estructurales y adquiere diferentes significados socioculturales. El estado nutricional se ve determinado por el nivel educativo, el empleo, el género, la diferenciación étnica, la cobertura social, las redes sociales de apoyo, el empoderamiento, la participación ciudadana y la cohesión social, las tradiciones sociales y comunitarias<sup>30</sup> y no solamente por el sustrato biológico de las personas. En sí, las condiciones nutricionales deben verse desde el panorama amplio de la seguridad y soberanía alimentaria.

El país ha tenido avances respecto a la prevalencia de desnutrición global, logrando una disminución de 5.2% respecto a la línea de base de 1990; encontrándose a 0.8% de la meta propuesta a 2015. Sin embargo este comportamiento no se presenta de igual manera en todo el territorio y en todos los grupos poblacionales.

Los departamentos con mayor volumen de población indígena, superan el avance nacional alcanzado a 2010 como es el caso de: Chocó 6,3%, la Guajira 11,2%, Sucre 4,9% y Amazonas 5,8%.

TABLA 44: PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS  
SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS / ENSIN 2010

Características	Desnutrición Global			
	%	IC	CV**	
	3,4	3,1	3,8	5,9
Sexo				
Femenino	3,3	2,9	3,9	9,1
Masculino	3,5	3,1	4	5,7
Etnia				
Negro - Mulato - afrocolombiano	3,9	2,9	5,1	15,4
Indígena	7,5	5,7	9,8	13,3
Otro	3,1	2,8	3,5	6,5

<sup>30</sup> Jiménez, D. Rodríguez, Amelia. Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral. ISSN 0212-1611, Vol. 25, N.º. Extra 3, 2010 (Ejemplar dedicado a: LIBRO BLANCO DE LA DESNUTRICIÓN EN IBEROAMÉRICA) . págs. 18-25