



Artículo de investigación

Diagnóstico comunitario sobre salud sexual: etapa inicial de una estrategia para la prevención del cáncer de cuello uterino con poblaciones indígenas

Sexual health community diagnosis: initial stage of a cervical cancer prevention strategy for indigenous populations

María Inés Sarmiento MD^a
Laura Valentina Paéz^b
David Sebastián Huertas^c
Myriam Puerto de Amaya^d
Claudia Marcela Velásquez^e
Sandra Lucía Vargas^f
Vilma Fandiño^g

^a Epidemiología, Mag. en Bioética, Vicerrectoría de Investigaciones, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^b Citohistóloga. Clínica Medical Duarte, Cúcuta, Colombia.

^c Facultad de Medicina, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^d Programa de Citohistología, Facultad de Tecnologías en Salud, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^e Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Bogotá DC, Colombia.

^f Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

Introducción: los indicadores de salud de las poblaciones indígenas son más bajos que en las no indígenas debido al reducido acceso a los servicios de salud. Se argumentan barreras geográficas, culturales, diferencias de idioma, limitaciones económicas y desconocimiento de dichos servicios. **Objetivo:** obtener conocimiento de las condiciones locales de las comunidades indígenas de un grupo étnico de la Amazonía colombiana, de sus necesidades sentidas en salud, actitudes y expectativas, que sirva de base para una propuesta de prevención del cáncer de cuello uterino que tenga en cuenta el contexto intercultural. **Métodos:** investigación-acción participativa entre la academia y un grupo de mujeres de la comunidad Piapoco. Se realizó a

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: 19 de noviembre 2025

Fecha aceptado: 15 de enero 2026

Autor para correspondencia.

María Inés Sarmiento
misarmiento@fucsalud.edu.co

DOI

10.31260/RepertMedCir.01217372.1751

Citar este artículo así: Sarmiento MI, Paéz LV, Huertas DS, Puerto de Amaya M, Velásquez CM, Vargas SL, Fandiño V. Diagnóstico comunitario sobre salud sexual: etapa inicial de una estrategia para la prevención del cáncer de cuello uterino con poblaciones indígenas. Repert Med Cir. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1751>

partir de entrevistas a profundidad diseñadas en conjunto y llevadas a cabo por las lideresas en lengua ancestral, traducidas y transcritas al español. *Resultados:* el diagnóstico comunitario permitió obtener conocimientos útiles y pertinentes para ajustar los programas preventivos de cáncer de cuello uterino como los siguientes: 1) los conocimientos de las mujeres indígenas sobre cómo prevenir enfermedades de transmisión sexual se acercan a los propuestos por la medicina occidental; 2) la cultura Piapoco fomenta hábitos protectores de cáncer de cuello uterino como la monogamia, pero tiene costumbres de riesgo como el inicio temprano de relaciones sexuales; 3) las mujeres tienen una actitud positiva hacia la medicina occidental, y aceptan la realización de citologías y 4) las mujeres solicitan que los programas de salud sexual deben ser ajustados a sus costumbres e idioma y prestados solo por mujeres. *Conclusiones:* el diagnóstico participativo es una estrategia apropiada para conocer el contexto, motivar la participación y ajustar los programas de salud que se planean realizar con comunidades indígenas. Las entrevistas realizadas por mujeres de la comunidad en su idioma ancestral generaron confianza y posicionaron el tema de la salud dentro de los temas de conversación e interés.

Palabras clave: participación comunitaria, cáncer de cuello uterino, salud de las poblaciones indígenas, salud de la mujer, diagnóstico comunitario.

© 2026 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ABSTRACT

Introduction: health indicators for indigenous populations are much lower than for non-indigenous populations due to limited accessibility to health services. Reasons cited include geographic and cultural barriers, language differences, economic limitations and lack of awareness about offered health services. *Objectives:* to gain knowledge on a Colombian Amazon ethnic group indigenous communities, local conditions, their perceived health needs, attitudes, and expectations, which will serve as the basis of a culturally appropriate cervical cancer prevention proposal. *Methods:* community-based participatory action research involving academia and a group of women of the Piapoco community. In-depth interviews conducted by the indigenous female leader in their ancestral language, translated and transcribed into Spanish. Results: cervical cancer prevention programs were adjusted through a community-based evaluation which provided useful and relevant knowledge, including the following: 1) knowledge on sexually transmitted diseases prevention among indigenous women is close to that promoted by Western medicine; 2) traditional practices among the Piapoco community such as monogamy seem protective against cervical cancer risk, while other habits, such as initiation of sexual activity at an early age constitutes a risk factor; 3) women have a positive attitude toward Western medicine and accept Pap smears and 4) women request sexual culturally appropriate health programs, delivered in ancestral languages, delivered by female providers. *Conclusions:* participatory diagnosis is an appropriate strategy for context understanding, encouraging participation, and delivering planned health programs to indigenous communities. Interviews conducted by indigenous women in their ancestral language generated trust and also positioned health as an interest and conversation topic among the community.

Key words: community participation, cervical cancer, health of indigenous populations, women's health, community diagnosis.

© 2026 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Los pueblos indígenas de Colombia representan cerca de 1.400.000 habitantes, lo cual corresponde a 4,4% de la población nacional.¹ Estudios en varios países han mostrado desde hace décadas que estas comunidades se encuentran entre los grupos más vulnerables y sufren condiciones de pobreza, desigualdad y limitado acceso a servicios y bienes públicos, en relación con las no indígenas.² La historia de colonización marcó las relaciones de subordinación con la sociedad dominante que fue determinante para la persistencia de estas dinámicas hasta la actualidad.³

Los indicadores de salud son peores que los de la población no indígena y se ha evidenciado bajo acceso a los servicios de salud argumentando barreras geográficas, culturales, diferencias de idioma, limitaciones económicas

y desconocimiento de dichos servicios.^{4,5} En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha descrito importantes diferencias en indicadores de mortalidad materna, infantil y neonatal,⁶ pero ni este, ni otros estudios poblacionales como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015⁷ revelan indicadores que suministren información detallada sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, porque la variable étnica no fue tenida en cuenta.

El departamento de Guainía en la Amazonía colombiana con 75% de su población perteneciente a etnias indígenas, presenta tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino (CC) más altas que las nacionales. Se registraron 14.2 y 12.3/100.000 en los años 2018 y 2019, mientras que los

indicadores nacionales fueron de 9.7 y 9.6 /100.000.⁸ Algunas de las lideresas indígenas preocupadas por esta situación, aprovecharon su contacto con la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud durante un proyecto previo de apoyo al sistema de salud que se desarrolló en la región, y solicitaron ayuda a algunas profesoras que habían conocido para desarrollar un programa preventivo de CC que respetara las diferencias culturales.

La estrategia de la participación comunitaria ha tenido gran relevancia en el sector de la salud y ha demostrado múltiples beneficios⁹⁻¹¹ así como también la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP), la cual pretende acercar la investigación a las realidades sociales y ser transformadora de las relaciones inequitativas y las estructuras sociales injustas.¹² Este enfoque destaca la construcción colectiva del conocimiento y la importancia de que las propias comunidades realicen el diagnóstico de su situación y propongan soluciones a los problemas detectados, con el fin de ganar autonomía, sostenibilidad de los programas y capacidad de negociación con las instituciones estatales.^{13,14} El papel de los investigadores académicos en la IAP es de acompañar a las comunidades con el objetivo de democratizar el conocimiento y fortalecer sus procesos de desarrollo.¹⁵

La primera fase de una investigación participativa consiste en la realización de un diagnóstico comunitario que detecte, además de las problemáticas, las personas que están en riesgo, los elementos que podrían favorecer u obstaculizar una posible intervención e identifique los aspectos sensibles que pondrían en riesgo un buen resultado.

En este artículo se presenta un caso de diagnóstico comunitario que se utilizó como base para desarrollar posteriormente un proyecto de prevención de CC en las mujeres de un resguardo indígena de la Amazonía colombiana.

MÉTODOS

Estudio descriptivo cualitativo y participativo. La zona del estudio fue el resguardo de Paujil a 15 minutos de la ciudad de Inírida, en el departamento amazónico de Guainía, y se seleccionaron cinco etnias por ser las de mayor población en este resguardo. El objetivo del diagnóstico comunitario fue conocer el contexto cultural en el cual se podría desarrollar una intervención para la prevención del CC en las comunidades indígenas, conocer las actitudes y conocimientos hacia la prevención del CC y la toma de citologías, y detectar los aspectos sensibles que se deberían tener en cuenta para evitar trasgresiones culturales o rechazos durante la campaña de prevención.

En el marco de la IAP, cinco lideresas conformaron el grupo local para la fase de diagnóstico de la situación. El grupo de profesionales de apoyo estuvo constituido por 5 profesoras de las facultades de medicina, enfermería y citotecnología. Las lideresas recibieron una capacitación

de 180 horas con enfoque constructivista a cargo del grupo de académicos universitarios. El objetivo fue lograr la participación y la apropiación del proyecto en el marco de la IAP, el fortalecimiento de habilidades comunicativas y de investigación cualitativa, el conocimiento del enfoque intercultural y un intercambio de saberes. Se trataron temas relacionados con el papel de las comunidades en la investigación participativa e intercultural incluyendo aspectos éticos sobre confidencialidad, voluntariedad, neutralidad y veracidad de la información suministrada por las personas y factores prácticos como la realización de entrevistas a profundidad, grabación y transcripción de entrevistas y manejo de tecnologías para archivar y organizar la información. Se realizó un intercambio de conocimientos sobre el CC reconociendo el papel de la medicina tradicional y los conocimientos de las mujeres, presentando también el punto de vista de la medicina occidental sobre su importancia en cuanto a detección, prevención y tratamiento.

En conjunto con las lideresas se seleccionaron las temáticas de interés para el diagnóstico, que fueron las siguientes: 1) percepción y conocimientos sobre la salud sexual, las enfermedades sexualmente transmitidas (ETS) y el CC; 2) aspectos de la cosmovisión y la cultura indígena que están relacionados positiva y negativamente con la prevención de estas patologías; 3) conocimientos sobre las causas del CC y la prevención mediante la citología y 4) actitudes hacia la toma de citologías. A partir de estas temáticas se elaboró una guía de entrevista con tópicos relacionados con la menstruación, inicio de la sexualidad, planificación familiar, relaciones de pareja, aspectos de género en las familias, enfermedades, CC, conocimientos, experiencias y actitudes ante la medicina occidental y la toma de citologías.

Esta primera fase de capacitación y elaboración de guías para la entrevista se realizó en 6 sesiones en un período de 8 semanas y se llevó a cabo en Inírida, en un salón de la biblioteca departamental.

Luego se inició la fase de trabajo de campo que duró 8 semanas. Cada lideresa realizó entrevistas semiestructuradas a 38 mujeres de 5 etnias: Piapoco, Puinave, Curripaco, Cubeo y Sikuaní, en lengua ancestral, grabadas, traducidas y transcritas, a mayores de 18 años residentes en el resguardo de Paujil (Guainía-Colombia), seleccionadas de manera no probabilística mediante visitas casa a casa, previo consentimiento informado diseñado de manera gráfica con dibujos por las mismas lideresas.

Se completaron alrededor de 530 minutos de grabación que fueron traducidos al español y transcritos por las lideresas. Se hicieron reuniones periódicas de todo el equipo de IAP (lideresas y profesionales de apoyo) para leer las entrevistas, aclarar dudas y profundizar en los aspectos que se habían definido como importantes. Al final de la recolección de información, las profesoras que hacían parte del grupo de IAP, acompañadas por estudiantes universitarios, sistematizaron la información transcrita y la clasificaron para facilitar su comprensión y análisis. La

categorización se realizó en forma manual y los desacuerdos se definieron por consenso con un tercer investigador. Las dudas fueron resueltas por la lideresa responsable de las entrevistas de cada etnia. Los resultados se presentaron categorizados al grupo de IAP y fueron analizados en conjunto por cada una de las etnias. Estos resultados se utilizaron en las etapas posteriores del programa preventivo en el diseño de la elaboración de material informativo y la invitación a la asistencia al programa y la toma de citologías. Después fueron retomados para hacer las recomendaciones a las comunidades y a las instituciones locales de salud. En este artículo se presenta el diagnóstico realizado con mujeres de la etnia Piapoco.

Respecto de las consideraciones éticas se acogió la Declaración de Helsinki (2013) y la reglamentación colombiana para investigación en salud con seres humanos. Los principios de los investigadores fueron el respeto por la autonomía y la dignidad de las personas y de los pueblos indígenas, por sus costumbres y culturas, sin imponerles la perspectiva occidental de salud y enfermedad.

Fue aprobado por el comité de ética en investigación con seres humanos del Hospital de San José, en Bogotá, presentado y aprobado por el gobernador y los capitanes indígenas de las cinco etnias seleccionadas en el resguardo de Paujil. Se diseñó en conjunto con las lideresas indígenas el consentimiento informado individual que fue traducido a las lenguas ancestrales; las grabaciones tuvieron consentimiento previo, todas las mujeres invitadas aceptaron la entrevista y sus datos de identificación fueron omitidos.

RESULTADOS

Este capítulo presentará las diferentes temáticas que emergieron en las entrevistas. Primero se dará información sobre el contexto en el que viven las comunidades indígenas y las condiciones geográficas de la zona, luego las características sociodemográficas de las entrevistadas y después los resultados obtenidos en cada una de las categorías, ilustrados con algunas citas textuales: significados, conocimientos y prácticas sobre la sexualidad; rol de las mujeres y de los hombres en la vida de pareja; cuidado de la salud y actitudes hacia la medicina occidental; y actitudes hacia el cáncer en general, el CC y la citología.

Descripción de la zona de trabajo: con una población aproximada de 4.000 personas pertenecientes a 12 etnias diferentes, el resguardo de Paujil se ubica en la ribera de un gran río de la amazonía colombiana, clima húmedo tropical y selvático. Sus etnias fundadoras fueron principalmente Puinave y Curripaco, pero en los últimos años ha recibido migrantes de otras etnias a causa del conflicto armado, falta de servicios de salud y educación. Existe hacinamiento y poco espacio para establecer cultivos o viviendas, carece de acueducto, alcantarillado, recolección de basuras y solo tiene una vía central pavimentada. Las familias tienden a agruparse por etnias en pequeñas localidades y son

dirigidas por un líder que ocupa el cargo de capitán. Los adultos deben salir a buscar trabajo a la zona urbana con el fin de obtener dinero para comprar sus alimentos, pero existe un alto nivel de desempleo y desocupación. Debido a que colinda con la capital del departamento, una ciudad pequeña poblada en su mayoría por mestizos del interior del país, los indígenas tienen una relación estrecha con el estilo de vida urbano y con las ventajas y desventajas que ello conlleva.

La población de la etnia Piapoco en este resguardo se acerca a 400 personas y viven en especial en la comunidad de Cucurital. Su cultura viene de la selva y de los llanos de Colombia y Venezuela, están inmersos ahora en procesos de cambio debido a la interacción cultural. Los niños y niñas reciben educación formal, las mujeres adultas se dedican a labores del hogar y a la educación de los hijos, algunas a la agricultura que desarrollaron en las fincas que dejaron cuando migraron al Paujil. Los hombres buscan trabajos informales en la ciudad y en ocasiones salen a pescar para llevar a sus casas o vender en el mercado. Los adultos conservan su idioma tradicional, varios hombres y algunas mujeres hablan español. Su alimentación se basa en productos autóctonos, aunque incluye en ocasiones productos que venden en la ciudad. Sus encuentros sociales predominan en un contexto religioso debido al seguimiento de los preceptos de la iglesia cristiana evangélica, que llegó a través de misiones norteamericanas desde mediados del siglo XX. Respetan la opinión de los ancianos y del pastor religioso, y han abolido muchas de sus costumbres sociales ancestrales como los bailes, el licor y la música porque no se ajustan a los códigos de la religión evangélica. El pastor religioso es una figura importante para mantener o cambiar algunas de las costumbres, pues los seguidores de la religión evangélica son muy obedientes a sus consejos. Los jóvenes manifiestan atracción por los patrones de vida occidentales expresados en la música, el vestuario, la imagen y el idioma español. Aunque en sus casas les hablan en su propio idioma, algunos ya no quieren practicarlo más.

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas: se entrevistaron 38 mujeres indígenas pertenecientes a la etnia Piapoco. La edad media fue de 30,3 años. El número de hijos promedio en las menores de 30 años fue de 1,7 [rango: 1-4] mientras en las mayores de 30 años fue de 6,5 [rango: 0 -12]; 85% de las jóvenes convive con su pareja hace más de cuatro años y 89% de las mayores hace más de siete. La mayoría conviven con hombres de su misma etnia (75%). El nivel de escolaridad es bajo, sin embargo, las jóvenes alcanzaron en promedio el doble que las mayores (6,4 vs 3,7 años); 28% reportó que no ha tenido ningún año de educación y 13% no saber leer. La ocupación predominante fue el hogar (94%). La religión evangélica fue la más frecuente (87%). Cinco mujeres no hablaban español, otras lo entendían, pero no lo hablaban y todas prefirieron que la entrevista se hiciera en su propio idioma. Todas son migrantes de regiones cercanas y llevan viviendo en el resguardo entre 1 y 25 años.

Las mujeres se sintieron cómodas con la entrevista, expresaron que les agradó hablar de asuntos femeninos y de salud y conversar con alguien de su mismo género y en su propio idioma sobre temas personales. Manifestaron interés en programas de salud dirigidos a la población femenina, pues, según ellas, era la primera vez que se les tenía en cuenta como un grupo especial y mostraron una actitud abierta para hablar sobre aspectos generales del cuerpo femenino, la menstruación, el embarazo y la vida de pareja.

Significados, conocimientos y prácticas sobre la sexualidad: la menarquia es un acontecimiento de gran importancia para las niñas, familias y comunidades porque se inicia la vida adulta de las mujeres Piapoco. Tiene un significado trascendental pues marca su entrada a la vida sexual y reproductiva: *“Es la prueba de que la niña ya va a ser mujer, la niña florece”* (E-01, 30a)

Las familias más tradicionales realizan rituales de iniciación como aislamiento de las niñas durante algunos días, restricciones en el tipo de alimentos y otras prácticas como corte del cabello, aplicación de ají en los labios y el aprendizaje de algunas prácticas del hogar como lavado de ropa, preparación de alimentos tradicionales y la atención a invitados. Este aislamiento finaliza con una gran cena con invitados que es bendecida por el pastor religioso (antes lo hacía el payé o médico tradicional). Durante este ritual las abuelas les enseñan cómo deben comportarse como esposas y madres reforzándoles cualidades como la fidelidad, el buen trato, el respeto y la complacencia. No hay contenidos explícitos sobre sexualidad o relaciones sexuales, se deja que ellas solas desarrollen el aprendizaje con sus parejas. Algunas madres les recomiendan bebidas hechas con plantas para posponer los embarazos. A partir de ese día las jóvenes pueden iniciar su vida de pareja. Comentan las mujeres que estos rituales se han modificado con el paso del tiempo y cada vez son menos completos, las mujeres jóvenes no aíslan a las niñas ni les cortan el cabello, pero piensan que son tradiciones que deben quedar en la memoria colectiva.

Desde la menarquia la mujer debe evitar bañarse en el río o en los caños cuando tiene la menstruación porque puede enfermarse más adelante y porque el espíritu del agua puede llevársela en algún momento de la vida o cuando muera. Se percibe como una época en la cual la mujer debe bañarse mucho, no trabajar demasiado ni recibir mucho sol. Hay algunas limitaciones en la alimentación como el pescado con grandes espinas y los alimentos ácidos. Algunas manifiestan que los embarazos provienen de la menstruación porque la sangre se “coagula” o se “ovula” dentro de la matriz y de allí surge el embrión. Todas afirmaron que no se deben tener relaciones sexuales durante el período menstrual porque se enferman, aumenta el sangrado y les causa incomodidad. Algunas mencionaron que si tienen relaciones durante la menstruación pueden quedar fácilmente en embarazo porque “el organismo está más sensible”. Pocas tienen idea sobre la menopausia y desconocen si conlleva algunos síntomas. Algunas mujeres que planifican con implantes

hormonales atribuyen a ello los periodos menstruales escasos o irregulares.

La entrada a la sociedad adulta va acompañada del comienzo de la vida de pareja, la niña puede ser pedida en matrimonio o escoger ella misma su pareja y está autorizada para formar una nueva familia. La estabilidad de las parejas está favorecida por los valores de las comunidades, que se transmiten a las niñas durante la iniciación siendo reforzados por las creencias religiosas. Las religiones evangélicas tienen un código exigente de comportamiento en especial para las mujeres, a quienes se les enseña que deben ser fieles a su esposo, recatadas y permanecer en la casa haciendo los oficios del hogar y educando a los hijos, no deben bailar, escuchar música ni asistir a fiestas. Tanto las mujeres como los hombres juzgan de manera negativa los comportamientos sociales más abiertos y los atribuyen a los no practicantes de la religión evangélica (**tabla 1**).

Tabla 1. Normas de comportamientos relacionados con las parejas sexuales y el ejercicio de la sexualidad en la etnia Piapoco, resguardo de Paujil

Para no enfermarse no hay que tener muchos hombres en la vida porque ese es el error de una mujer que solo piensa en disfrutar.	E-06; 37 años
Si todas las mujeres buscan otros hombres sin que el marido se entere, o sea, tienen su amante, eso sería muy mal ejemplo para las jovencitas, eso no lo queremos.	E-10; 56 años
Los hombres son los primeros que buscan varias mujeres en la vida, pero eso no está permitido.	E-10; 56 años
También se ve mal que un hombre tenga varias mujeres, pero se acepta si el hombre tiene dinero para mantener dos mujeres.	E-08; 26 años
Los hombres tampoco deben tener otras compañeras cuando tienen su pareja o familia, pero los hombres no son tan criticados por los demás.	E-23; 23 años
No está bien tener varios compañeros en la vida porque la van a señalar, porque tiene mala fama y no la van a respetar después, si es una muchacha soltera es diferente.	E-03; 23 años
Tenemos que tener una pareja estable para evitar ser contagiada por enfermedades que son contagiosas.	E-02B; 26 años
No está bien que una mujer tenga varios compañeros sexuales, se ve un poco mal.	E-08; 26 años

>>

Yo tuve mis parejas anteriormente, solo lo hacía por diversión, pero nunca amé a esos hombres. Cuando me di cuenta de que eso estaba mal, ya no podía retroceder el tiempo, el daño ya estaba hecho. Hasta el día en que conocí a mi ex, con el que tuve mis hijos, a él sí lo amé mucho.	E-09; 29 años
Está mal cambiar de marido a cada momento o tener "mozo".	E-14; 60 años
Las mujeres separadas pueden tener relaciones sexuales antes de vivir con su pareja, solo cuando quieren formar un nuevo hogar.	E-20, 21 años
En nuestra cultura las casadas por la iglesia no pueden estar pasando con varios hombres, si se separan deben esperar a que uno de los dos muera para conseguir otra pareja, las no casadas por la iglesia sí lo pueden hacer.	E-27; 18 años
Es más común en los hombres tener relaciones antes de vivir con su pareja y se puede con diferentes mujeres.	E-23; 35 años

Fuente: los autores.

Las normas sociales frente al ejercicio de la sexualidad se aplican con un rigor diferente para las mujeres solteras, para las casadas y para las separadas, y son más laxas para los hombres. No se acepta que hombres o mujeres tengan otros compañeros sexuales cuando están casados porque la religión lo prohíbe y porque *"pueden transmitirse enfermedades como el SIDA"*. Aunque no está permitido, *"algunos lo hacen cuando les gusta alguien"* (E 28- 33 años). Se acepta que las mujeres y los hombres solteros tengan varias parejas mientras deciden unirse de forma permanente con una de ellas. Los hombres que quieren establecer una

familia prefieren hacerlo con las niñas vírgenes porque gozan de salud sexual, tienen alta fertilidad y pueden aprender las prácticas sexuales con ellos, quienes por lo general son mayores y más experimentados. Los padres no acostumbran a hablar de la sexualidad con sus hijos o hijas. Dicen que ellos solos lo van descubriendo en la medida en que crecen y comienzan a tener relaciones.

"Los hombres comienzan desde que ellos tengan conocimiento en eso en tener su relación sexual porque esa es la naturaleza del hombre" (E-09, 29a).

"Después de que le cambie la voz el muchacho se convierte en hombre, entonces ellos ya comienzan a buscar su pareja" (E-03, 23a).

Las costumbres en el Paujil comienzan a cambiar. Las mujeres mayores perciben como negativo que las niñas queden en embarazo muy jóvenes y abandonen sus estudios, tampoco les parece bien que los padres de estos bebés sean jóvenes y no tengan cómo responder económicamente. No hicieron ninguna referencia a que las orientaciones religiosas tuvieran alguna indicación frente a la edad de inicio de la vida sexual. Se admite que las parejas se separen en casos como maltrato, celos, incumplimiento del hombre como proveedor, infidelidad, búsqueda de otra pareja o aburrimiento con la relación.

La planificación familiar es aceptada en la comunidad. La mayoría de las mujeres menores de 40 años han planificado con métodos occidentales como los implantes, el dispositivo intrauterino y los anticonceptivos inyectables. Hombres y mujeres están de acuerdo con esta práctica. Aunque en estos aspectos ya se observan cambios, en algunas parejas es el hombre quien toma la decisión sobre si planificar o no, y cuando hacerlo (tabla 2).

Rol de las mujeres y de los hombres en la comunidad y en la vida de pareja

Los roles de género se encuentran muy bien definidos en la comunidad Piapoco y se transmiten por generaciones (tabla 3). Las mujeres hacen el oficio del hogar, cuidan a

Tabla 2. Toma de decisiones frente a la planificación familiar en las parejas Piapoco

La mujer tiene que pedir permiso al esposo para cuidarse de no tener embarazos porque a veces hacen esos métodos de ligadura y ellos no están de acuerdo con ese método.	E-01; 30 años
Las mujeres tienen que pedir permiso al esposo para tener hijos con él.	E-06; 37 años
A veces toca pedir permiso al esposo, pero otras veces toca cuidarse al escondido porque el hombre siempre quiere tener relaciones.	E-11B; 41 años
La decisión sobre planificación la toma él.	E-03; 23 años
Hay que pedir permiso, algunos hombres quieren tener hijos, otros permiten que la mujer se cuide para no tener bastantes hijos.	E-10; 56 años
Ella decide porque ella es la que siente el dolor cuando va a parir a los hijos.	E-09; 29 años

Fuente: los autores.

los niños y a los enfermos. Cuando se organizan trabajos comunitarios ellas realizan las mismas actividades que en sus casas, cocinar, llevarles agua y yucuta¹ a los hombres o barrer las calles. Esta división de género se transmite en la actualidad en el ámbito familiar. Los hombres son los proveedores y muy pocos hacen oficios del hogar.

Para las mujeres, un buen compañero es el que sabe construir su casa, pescar, cazar y pueda sustentar a la familia. Sin embargo, estos ideales y costumbres que se mantienen en las comunidades más alejadas, han cambiado en Paujil debido a las circunstancias demográficas y la concentración de la población en un espacio reducido

Tabla 3. Distribución de las funciones de género en las familias Piapoco, resguardo Paujil

Las niñas tienen que observar todo lo que hace la mamá para que más adelante puedan ayudarla en los oficios.	E-10; 56 años
Las niñas tienen que obedecer y aprender las cosas de una mujer.	
Los niños juegan y hacen tareas; las niñas deben aprender cómo la madre organiza las cosas dentro del hogar cómo prepara la comida y la yuca brava, tienen derecho de jugar con las amiguitas, pero a ciertas horas.	E-08; 42 años
Los padres les enseñan a los niños los saberes del hombre: pescar, cultivar la yuca, hacer el sebucán, la canoa y la flecha de pescar. Las niñas siempre se quedan con la mamá y los niños con el papá. No está bien que los hombres hagan oficios de la casa.	E-14; 60 años
El oficio de las mujeres en el hogar es cocinar, lavar y cuidar niños.	E-03; 23 años

Fuente: los autores.

que no permite cultivar, cazar ni construir. También hay diferencias entre las familias, en algunas se observa el dominio de los hombres, mientras que en otras hay mayor disposición hacia la autonomía de las mujeres. En la **tabla 2** se observan diferentes formas de autoridad en el tema de planificación familiar.

Algunos de los cambios en las costumbres se ven como positivos por las mujeres y reflejan mayor libertad y autonomía para ellas, mientras que otros son percibidos como perjudiciales (**tabla 4**). Sin embargo, al preguntarles si

ellas consideran que es mejor antes o ahora, todas responden que es mejor ahora.

Cuidado de la salud y actitudes hacia la medicina occidental

Las mujeres que viven en Paujil tienen una actitud positiva hacia el sistema de salud occidental, aunque muchas también valoran y consultan la medicina tradicional en casos especiales. Dentro de los principales motivos que expresaron para haberse trasladado al Paujil está la cercanía al hospital y a los servicios de salud. Encuentran aspectos

Tabla 4. Cambios percibidos por las mujeres en relación con los roles de género. Etnia Piapoco, resguardo Paujil

Las cosas han cambiado porque mi esposo me ayuda a cargar la niña y a veces me ayuda en las cosas que yo no puedo hacer o me queda difícil.	E-03; 23 años
El hombre ayuda a sacar el agua, cargar la yuca... ya colabora hoy en día.	E-21; 26 años
Antes los hombres eran los que atendían a las visitas porque eran celosos, ahora ya nosotras atendemos las visitas y podemos opinar en las reuniones.	E-08; 42 años
Las cosas han cambiado porque ya podemos ser líderes en una comunidad.	E-11; 24 años
Ahora es diferente porque hoy en día las jovencitas tienen derecho de elegir su marido si quieren.	E-11B; 41 años
Ahora ya tomaron conciencia las muchachas [sobre tener los hijos a los 12 o 13 años] porque ellas ya se copian de la cultura de los occidentales, otras esperan el momento cuando terminan su bachiller y ya comienzan a trabajar.	E-02; 26 años

Fuente: los autores.

¹La *yucuta* es una bebida tradicional hecha a base de yuca brava.

favorables hacia la medicina occidental como la eficiencia en la solución del problema de salud, el conocimiento que se tiene para tratar algunas patologías como ETS (SIDA, gonorrea, sífilis, infecciones vaginales) y cáncer. La tercera parte de las mujeres afirmó que los médicos occidentales pueden curar el cáncer. Manifiestan que asisten al hospital en caso de emergencia, de enfermedad o para exámenes preventivos como chequeos o citologías. Ven como positivo que les formulen medicamentos, les calmen el dolor y que les hagan exámenes. Dentro de los aspectos negativos están demoras o incumplimiento en las citas, la vergüenza de mostrar su cuerpo y la mala relación médico-paciente. Algunas van primero al médico tradicional, si este no resuelve el problema van al médico occidental. Dentro de los aspectos negativos de la medicina tradicional, expresaron que los tratamientos son lentos y no realizan exámenes. Respecto al cuidado de la salud, consideran que es importante tener hábitos como el aseo personal y el genital con abundante agua y jabón, cuidarse del sol y del exceso de trabajo. Para evitar ETS se debe tener una pareja estable, un compañero sano y realizarse la citología. Casi todas conocen los métodos de planificación familiar occidentales. Aunque la mayoría ha oído hablar del preservativo muy pocos lo usan, afirman que sirve para evitar embarazos y ETS. Hay confusión respecto a aspectos muy importantes en los conocimientos de salud sexual y reproductiva, como por ejemplo el período fértil de las mujeres, el cual es considerado por algunas de ellas como los días de la menstruación.

Mencionan que dedican más cuidado y atención a la salud de sus familiares que a la suya propia, argumentando que no tienen tiempo, sin embargo al preguntarles por la forma en que se cuidan, expresan prácticas de autocuidado y consultas en los servicios occidentales para prevenir o atender problemas de salud. Algunas relacionan condiciones de vida como agua abundante y de calidad, recolección de basuras y control de vectores.

Identifican algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS) como SIDA, gonorrea y sífilis, relacionándolas con el uso de baños públicos, tener relaciones sexuales con personas infectadas y durante la menstruación, y no asistir a controles médicos.

Actitudes hacia el cáncer, el CC y la citología

Todas las mujeres entrevistadas han oído hablar del cáncer, lo consideran una enfermedad que puede producir la muerte. Piensan que se puede prevenir asistiendo a controles y aseguran que algunos médicos occidentales y tradicionales los pueden curar. También han escuchado sobre CC, lo ubican en "la matriz"; algunas mencionan que se puede prevenir evitando relaciones sexuales con otras parejas, realizándose citologías y asistiendo a control médico, además manifiestan que se produce por descuido, por bañarse con agua sucia o porque las infecta alguien. También alguna mencionó que las mujeres pueden transmitir el CC; muy pocas tienen alguna idea sobre el virus del papiloma humano y qué enfermedades produce.

Casi todas han oído hablar de la citología, leído folletos o han tenido la experiencia propia. Refieren que es para examinar "la vagina, la matriz o lo que tienen las mujeres por dentro" y es "para saber si tienen una infección o tienen cáncer". La mayoría expresaron que les daba vergüenza ir a que las revisaran y que preferían que el examen lo hiciera una mujer; sugirieron que una lideresa indígena las acompañara para que hiciera la traducción.

DISCUSIÓN

Se describe el conocimiento obtenido a partir de un diagnóstico comunitario sobre los valores, costumbres, saberes y actitudes en relación con la salud, la sexualidad, las relaciones de género y el CC de un grupo de mujeres de una etnia indígena de la amazonía colombiana. Sus resultados muestran que la metodología del diagnóstico comunitario es una fuente de información útil para el personal de salud y una oportunidad para que las mujeres indígenas se involucren en un programa de salud sexual y de esta forma lo hagan más sostenible. El aporte de este trabajo consiste en mostrar a la comunidad académica y a los profesionales de las áreas de la salud que el diagnóstico comunitario permite obtener conocimiento útil para diseñar y llevar a cabo programas de salud en grupos indígenas que respeten las diferencias culturales.

Se pudo evidenciar que las culturas son cambiantes y toman formas variadas de acuerdo con las circunstancias y las interacciones. No todas son tradicionales y homogéneas. Las familias del resguardo Paujil están en un período de transición hacia un estilo de vida semiurbano y sufren condiciones de pobreza. Este hallazgo concuerda con la afirmación de algunos investigadores de que la población indígena de América Latina se está trasladando a los centros urbanos, donde ocupan los sectores más pobres y vulnerables.^{16,17} Las mujeres entrevistadas describen cambios que ven como negativos en las generaciones recientes y los atribuyen a las nuevas relaciones con la cultura mestiza, con otros pueblos indígenas, con las instituciones y con las tecnologías digitales. Resaltan dentro de estos cambios, la desorientación de los jóvenes, la falta de trabajo, la pérdida de los valores tradicionales y del respeto a los mayores y consumo de sustancias psicoactivas, este último fenómeno ha sido documentado por estudios en adolescentes de la zona.¹⁸ Perciben aspectos positivos como la cercanía al hospital y a los centros educativos del estado, sin que ello signifique que no quieran mantener sus costumbres y valores tradicionales.

Se encontraron algunas actitudes y comportamientos favorables en cuanto a la prevención de ETS, CC y el cuidado de la salud. Referente a las relaciones de pareja, resaltan valores como la monogamia, la estabilidad y la fidelidad de los dos miembros de la pareja y afirman que esto favorece la

salud sexual. No es posible saber si estos valores son propios de sus tradiciones ancestrales, son producto de la influencia religiosa de las misiones evangélicas¹⁹ o de las campañas de las instituciones educativas y de salud, pero se evidencia una coincidencia con la perspectiva occidental en cuanto a que se reconocen estos comportamientos como factores protectores para las ETS.

El diagnóstico comunitario reveló que las mujeres Piapoco tienen conocimientos relacionados con la prevención de enfermedades como son las condiciones básicas de higiene, el agua potable, el alcantarillado, las parejas sexuales sanas y estables, así como la realización de chequeos médicos o citología cervical. Hay puntos comunes respecto a los determinantes de la salud entre las mujeres de la etnia piapoco y los que han observado los organismos de salud nacionales e internacionales²⁰ tales como el acceso a agua potable, recolección de basuras y acceso a servicios de salud y educación. Esto puede favorecer el fortalecimiento de programas preventivos de muchas patologías.

El diagnóstico de salud permitió detectar una actitud positiva en las mujeres Piapoco frente a la medicina occidental. No descartan la medicina tradicional ni consideran que se contraponga con el acceso a las prácticas de salud occidentales, hecho que se ha reportado en otras etnias colombianas.²¹ Sin embargo, manifestaron dificultades con la atención médica occidental como la poca disponibilidad de horarios, el incumplimiento de citas y la mala relación médico-paciente, las cuales han sido expresadas por otros grupos indígenas.^{4, 22} Solicitaron enfáticamente que la consulta se haga en su propio idioma, acompañada de mujeres intérpretes. En relación con este tema, algunos investigadores sugieren que estos intérpretes deben estar capacitados para evitar transmitir sus propios valores sobre la sexualidad en el momento de la traducción.⁴

Contrario a lo que se ha visto en otras etnias, por ejemplo en la etnia Wayuu,²³ la mayoría de las mujeres Piapoco manifestaron que no requieren el permiso de sus compañeros para asistir al centro de salud, consultar o hacerse tomar una citología, lo cual evidencia un grado suficiente de autonomía para tomar decisiones frente a su salud sexual.

También se observaron algunos comportamientos que pueden afectar en forma negativa el fortalecimiento de la salud sexual. Tal como sucede en otros pueblos indígenas²⁴ las mujeres Piapoco inician su vida sexual de manera muy temprana, en promedio a los 12 años, muy inferior a la de Colombia que es de 17.7 años. Esta costumbre, junto con la actitud masculina hacia una sexualidad más abierta, se destacan como factores relacionados con el aumento del riesgo de transmisión de ETS.²⁵

Como dato relevante, se encontró un promedio bajo de hijos por mujer en menores de 30 años, el cual es de 1.7 comparado con 6.5 en mujeres mayores de 30 años. Llama la atención que habiendo iniciado una vida sexual a los 12 años, se esperaría que el número de embarazos a los 30 años fuera mayor, lo cual puede sugerir que los adultos

jóvenes han optado por tener familias pequeñas. Algunos investigadores han considerado esta disminución de la fertilidad como un evento que podría, con el tiempo, afectar la supervivencia del grupo.²⁶

CONCLUSIONES

Los resultados del trabajo realizado por las líderes indígenas y el equipo de IAP muestran que es posible y es necesario acercarse a las comunidades y escuchar de su propia voz la dinámica social, expectativas, relación con las instituciones y con otras culturas, con el fin de romper estereotipos y diseñar programas conjuntos que las tengan en cuenta y conozcan sus condiciones reales. Para ello, como lo afirma la Organización Mundial de la Salud, es ideal la estrategia de IAP ya que las comunidades se sienten partícipes del problema y de las soluciones, en especial el grupo femenino que puede ser uno de los más vulnerables.^{27,28} Dasgupta y col. muestran cómo mejoró la cobertura de pruebas de *Papanicolaou* en los grupos indígenas de Torres Strait Islander en Australia, luego de involucrar a las mujeres en los programas de atención primaria y tamizaje.²⁹ La Estrategia Global para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes 2016-2030 también incluye las prácticas participativas como parte de sus orientaciones.³⁰

Para mantener la confianza y la actitud positiva de las mujeres indígenas hacia los servicios de salud occidentales, es necesario que estos sean culturalmente respetuosos y amigables, dispongan de traductoras, se presten por personal femenino, no descalifiquen la medicina tradicional ni condenen comportamientos que no cumplen las expectativas occidentales.^{27,28,31} Se requiere integralidad en los servicios hasta lograr la máxima resolución, ya que la construcción de confianza en los servicios occidentales es difícil de lograr y puede quebrarse con facilidad.

Como limitaciones de este estudio, desde el punto de vista de la metodología científica positivista, se podría señalar que puede tener debilidades en cuanto a su validez interna y externa, debido a dificultades para verificar la precisión de la información y la fidelidad de la traducción al español realizada por las líderes indígenas. No obstante, el objetivo principal de la IAP en relación con la obtención del conocimiento, es que sirva como un medio para la transformación de una situación injusta o inequitativa y la recuperación de la autonomía. Según Fals Borda, el conocimiento obtenido a partir de la experiencia de IAP tiene el potencial para desarrollar la capacidad de análisis de las comunidades, la apropiación de sus problemáticas y la búsqueda de soluciones³², habilidades que pueden ser aplicables a situaciones de salud o de cualquier otra índole. Estos desarrollos individuales y comunitarios deben ser capitalizados por los servicios de salud para lograr sus objetivos de promoción de la salud y prevención de la

enfermedad en todos los grupos poblacionales, como se está haciendo en otros países.³³ Haldane y col. afirman a partir de su revisión sistemática, que los procesos y los resultados comunitarios son necesarios para alcanzar objetivos de salud robustos y que el compromiso de las comunidades es un elemento clave para mejorar las intervenciones en salud.³⁴ Algunos temas emergentes en este trabajo, tales como la posición de la religión cristiana evangélica frente al inicio temprano de las relaciones sexuales, podrían profundizarse en etapas posteriores.

AGRADECIMIENTOS

Al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia por la financiación de este proyecto (código 5007 777 57 175).

A Irene Rojas Acosta, Zuley Perez, Zulma Yavinape, Rosa Cardozo, Martha Lucía Jiménez, Francis Ruth Ramírez, lideresas indígenas e investigadoras comunitarias.

A las autoridades y comunidades del Resguardo indígena del Paujil – Guainía – Colombia.

A Mariana Angélica Vargas Contreras, estudiante de Medicina de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, quien apoyó la búsqueda bibliográfica.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Aprobado por el Comité de Ética del Hospital de San José de Bogotá. Acta No. 9 del 24.05.17 y por las autoridades indígenas del Resguardo de Paujil.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés de ningún tipo relacionado con este trabajo.

DECLARACIÓN DE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO

Ministerio de Ciencias, Tecnología e Innovación (Identificación 5007-777-57175 Contrato 789-2018).

REFERENCIAS

1. La población indígena en Colombia Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018 [Internet]. Colombia: DANE; 2019. [consultado Sept 16, 2019]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>
2. Knibbs L, Sly P. Indigenous health and environmental risk factors: an Australian problem with global analogues? *Glob Health Action*. 2014;29;(7):23766. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23766>
3. Axelsson P, Kukutai T, Kippen R. The field of Indigenous health and the role of colonisation and history. *J Pop Research*. 2016;33:1–7. <https://doi.org/10.1007/s12546-016-9163-2>
4. Patiño-Londoño S, Mignone J, Castro-Arroyave D, Gómez N, Rojas C. Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. *Salud Colect*. 2016;12(3):415–428. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.883>
5. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela A, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac. Sanit*. 2020;34(6):546–552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
6. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. 2016. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2016.
7. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Profamilia; 2015. [consultado Sept 16, 2019] Disponible en: <https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>
8. Así vamos en salud. Indicadores de Salud: enfermedades crónicas no transmisibles: cáncer de cuello uterino [Internet]. 2021. [consultado 2020] Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-notransmisibles/mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino>
9. Jull J, Giles A, Graham ID. Community-based participatory research and integrated knowledge translation: advancing the co-creation of knowledge. *Implementation Sci*. 2017;12(1):150. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0696-3>
10. Accoe K, Marchal B, Gnokane Y, Abdellahi D, Bossyns P, Criel B. Action research and health system strengthening: the case of the health sector support programme in Mauritania, West Africa. *Health Res Policy Syst*. 2020;18(1):25. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0531-1>
11. Crowther S, Lau A, MacIver E. Developing and introducing a post birth care plan (PBCP): An action research project. *Midwifery*. 2020;82:102616. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102616>
12. Calderón J, López D. Orlando Fals Borda y la investigación acción participativa: aportes en el proceso de formación para la transformación. En: Imen P, Frisch P, Stoppani N, directores. I Encuentro hacia una Pedagogía Emancipatoria en nuestra América [Internet]. Buenos Aires Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini; 2013. Disponible en: <https://pedagogiaemancipatoria.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/04/pedagogic3adas-eman-lc3b3pez-cardona-y-calderc3b3n.pdf>
13. Contreras R. La Investigación Acción Participativa (IAP): revisando sus metodologías y sus potencialidades. En: Durston J, Miranda E, compiladores. Experiencias y metodología de la investigación participativa. Naciones Unidas-Cepal; 2002. p 9-17.

14. Qureshi SA, Gele A, Kour P, Møen K, Kumar B, Diaz E. A community-based intervention to increase participation in cervical cancer screening among immigrants in Norway. *BMC Med Res Methodol*. 2019;19(1):147. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0795-8>
15. Dedding C, Goedhart NS, Broerse JE, Abma T. Exploring the boundaries of 'good' Participatory Action Research in times of increasing popularity: dealing with constraints in local policy for digital inclusion. *Educational Action Research*. 2020;29(1):20-36. <https://doi.org/10.1080/09650792.2020.1743733>
16. Latinoamérica indígena en el siglo XXI. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial; 2015.
17. Espinoza Lastra OR, Japón Charco EJ. Procesos de transculturación acelerada en las comunidades indígenas amazónicas de la provincia de Pastaza. *RUS*. 2023;15(S2):472-480.
18. Pedroza-Buitrago A, Pulido-Reynel A, Ardila-Sierra A, Mora S, González P, Nino L, Piñeros C. Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias Psicoactivas en Adolescentes de un territorio indígena en la Amazonía Colombiana. *Rev.Colomb.Psiquiatr*. 2020;49(4):246-254. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.06.002>
19. La misionera gringa que desbancó a la Iglesia Católica en Guainía. *El Tiempo*. 01 de noviembre de 2016. 2016. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/sofia-mueller-la-misionera-gringa-que-desbanco-a-la-iglesia-catolica-31095>
20. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. CEPAL; 2014.
21. Ortiz S. Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas *Rev Cienc Salud*. 2019;17(especial):145-162. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8126>
22. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela AL, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac Sanit*. 2020;34(6):546-552. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
23. Cortés CM. Representaciones sociales del cáncer de cuello uterino en mujeres Wayuu, en prestadores de servicios de salud y en tomadores de decisión del municipio de Uribia del Departamento de La Guajira, Colombia [Tesis doctorado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
24. Cruz JK. La voz de la mujer embera frente a la citología: análisis de caso de indígenas embera entre 25 y 29 años del resguardo indígena unificado chami de Pueblo Rico, Risaralda, en la aceptación del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino [Tesis]. Cali: Escuela de Salud Pública Universidad Del Valle; 2019.
25. Zhang S, Xu H, Zhang L, Qiao Y. Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chin J Cancer Res*. 2020;32(6):720-728. <https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604.2020.06.05>
26. Gálvez A, Alcaraz G, Arias MM, Gutiérrez S, López AD. El mañana que ya entró. La fecundidad en los pueblos indígenas de Antioquia. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
27. Política sobre etnicidad y salud. 29a Conferencia Sanitaria Panamericana CSP29/7. 69.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud; 2017.
28. Francés F, La Parra D, Martínez-Román MA, Ortiz-Barreda G, Briones-Vozmediano E. Toolkit on social participation. World Health Organization Regional Office for Europe; 2016.
29. Dasgupta P, Condon JR, Whop LJ, Aitken JF, Garvey G, Wentong M, Baade PD. Access to Aboriginal Community-Controlled Primary Health Organizations Can Explain Some of the Higher Pap Test Participation Among Aboriginal and Torres Strait Islander Women in North Queensland, Australia. *Front Oncol*. 2021;11:725145. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.725145>
30. The global strategy for women's, children's, and adolescents' health 2016-2030. Survive, thrive, transform [Internet]. United Nations, Every Woman, Every Child Health Team; 2018 [citado abril 1 de 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/EWECGSMonitoringReport2018_en.pdf
31. Muslin C. Addressing the burden of cervical cancer for Indigenous women in Latin America and the Caribbean: a call for action. *Front Public Health*. 2024;12:1376748. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1376748>
32. Fals Borda O. La ciencia y el pueblo en investigación participativa y praxis rural. Lima: Moxa Azul Editores; 1981.
33. Levinson K, Abuelo C, Chyung E, Salmeron J, Belinson S, Vallejos C, et al. The Peru Cervical Cancer Prevention Study (PERCAPS): Community Based Participatory Research in Manchay, Peru. *J Gynecol Cancer*. 2013;23(1):141-147. <https://doi.org/10.1097/IGC.0b013e318275b007>
34. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, Legido-Quigley H. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One*. 2019;14(5):e0216112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>

