

**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,
AÑO 2019.**

JEAN KATHERIN CRUZ RUBIO

Enfermera

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
2019**

**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,
AÑO 2019.**

Trabajo de Investigación para optar el título de:
Magister en Salud Pública

Presentado por:
Jean Katherin Cruz Rubio
Enfermera

Directora:
Lina María Rodríguez Valencia
Mg. Sociología

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
2019**

Nota de aceptación

Firma del presidente del Jurado.

Firma del Jurado.

Firma del Jurado.

Santiago de Cali, Enero de 2020

DEDICATORIA

*Para las **Embera Weras** (Mujeres Embera), a quienes admiro y respeto.*

Creadoras, artesanas, parteras y madres de las montañas.

Mujeres de colores vibrantes y labios mágicos.

Desconocen el tiempo, los años y el dinero.

Siempre fuertes, con sus hijos a espaldas.

Felices por todo y sin tener nada!

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por su amor incondicional.

A mi tutora por reactivar la magia de este estudio

A Jorge Gallego, Marcela García y cada una de las personas que hicieron posible este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA4

AGRADECIMIENTOS5

LISTA DE ABREVIATURAS8

LISTA DE TABLAS10

LISTA DE ESQUEMAS10

LISTA DE GRÁFICOS10

RESUMEN11

1.131313

2.171717

2.1 Programa de Detección Temprana de cáncer de cuello uterino en Colombia19

2.2 Adaptación sociocultural en salud20

3. MARCO CONCEPTUAL22

➤232323

➤242424

➤252525

➤26262626

➤272727

4. OBJETIVOS28

4.1 OBJETIVO GENERAL28

4.2282828

5. METODOLOGÍA29

5.1 Tipo de estudio29

5.2 Área de estudio30

5.3 Población y muestra31

5.4 Criterios de inclusión y de exclusión.32

5.5 Limitaciones33

5.6 Categorías de análisis33

5.8 Plan de análisis35

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS36

7. MARCO PROGRAMÁTICO38

7. 1 Análisis del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino en Colombia	38
7. 2 Normas y políticas en salud para los pueblos indígenas de Colombia	42
7.3 Contexto histórico del Pueblo Embera Chamí	45
8. RESULTADOS	48
8.1 Programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino en la E.S.E. hospital San Rafael del municipio de Pueblo Rico - Risaralda	49
8.1.2 Cobertura del programa de detección temprana del cáncer de cuello Uterino en Pueblo Rico, Risaralda	54
8.2 Características socioculturales relacionadas con el género, que influyen en la práctica de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas Embera.	58
8.2.1 Descripción de participantes	58
8.2.2 Interculturalidad	59
8.2.3 Interculturalidad en salud	61
8.2.4 Cultura	63
8.2.5 Género	65
8.3 Relación entre el significado del cuerpo femenino y la aceptación de la Citología Cervico Uterina para la mujer indígena Embera.	71
9.	76
10.	80
11.	82
12.	84
Anexo 1. Consentimiento informado para la participación en el estudio	84
Anexo 2. Aval de la autoridad tradicional Mayor del Resguardo Unificado Chamí	87
Anexo 3. Aval del gerente de la ESE Hospital San Rafael de Pueblo Rico	88
Anexo 4. Guía de entrevista para las mujeres Embera participantes del estudio	89
Anexo 5. Guía de entrevista para las funcionarias del Hospital	90
Anexo 5. Aval del comité de ética de la Universidad del Valle	91
13.	94

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria en Salud

CaCU: Cáncer de Cuello Uterino

CAP: Conocimiento, Actitudes y Prácticas.

CCU: Citología Cérvico-Uterina

CPPA: Cambio Promedio Porcentual Anual

CRIR: Concejo Regional Indígena de Risaralda

EAPB: Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

EPS: Entidad Promotora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

FMAM: Fondo para el Medio Ambiente Mundial

INC: Instituto Nacional de Cancerología

IPS: Institución Prestadora de Salud

MCS: Modelo de Creencias en Salud

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud

RPMS: Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPI: Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

UPC: Unidad de Pago por Capitación

VPH: Virus del Papiloma Humano

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías para el análisis de la investigación.

Tabla 2. Asentamiento y concentración del Pueblo Embera Chamí

Tabla 3. Indicadores Demográficos del pueblo del Pueblo Embera Chamí

Tabla 4. Cumplimiento de metas para el programa de citología según etnia

Tabla 5. Descripción de las participantes del estudio

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1. Normativa frente a la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino

Esquema 2. Normas y políticas en salud para los pueblos indígenas de Colombia

Esquema 3. Funcionamiento del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino en la E.S.E. hospital San Rafael del municipio de Pueblo Rico Risaralda - Risaralda

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Meta anual estimada para el programa de detección temprana del cáncer de cuello Uterino en el Hospital San Rafael de Pueblo Rico, de acuerdo con la etnia.

Gráfico 2: Citologías realizadas en el Hospital San Rafael de Pueblo Rico, de acuerdo con la etnia, durante los años 2017, 2018 y 2019

RESUMEN

Introducción: El cáncer de cuello uterino al ser el segundo con mayor incidencia en Colombia tiene establecida una norma técnica para su Detección Temprana, la cual a través de pruebas de tamizaje como la citología cervicouterina buscan la identificación oportuna de alteraciones citológicas. Sin embargo, existen dificultades para la realización de esta prueba especialmente en poblaciones vulnerables, entre ellas la población indígena. Algunas causas para la inadherencia al programa corresponden a la dispersión geográfica, bajo nivel educativo y pobreza en la que viven estas comunidades. No obstante, existen condiciones socioculturales que afectan la aceptación de la citología, haciendo necesario una mayor comprensión de las características que afectan la aceptación del tamizaje en diversas culturas indígenas, para que se puedan proporcionar programas de prevención culturalmente apropiados.

Objetivo: Analizar desde la interculturalidad en salud la aceptación de la citología cervicouterina por parte de las mujeres Embera entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico, Risaralda.

Metodología: a través de un enfoque cualitativo y mediante la metodología de estudio de caso se realizó la investigación en el municipio de Pueblo Rico - Risaralda. La población objeto del estudio son mujeres Embera pertenecientes al resguardo indígena unificado Chamí de Pueblo Rico, Risaralda. Además se indagó a las funcionarias del Hospital del municipio, conocedoras del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino en la población indígena. Para el análisis se utilizaron categorías predefinidas, relacionadas con la interculturalidad, interculturalidad en salud, cultura, género y cuerpo.

Resultados: El estudio pone en evidencia algunas características sociales de la comunidad Embera Chamí de Pueblo Rico, especialmente las relacionadas con los roles de sus integrantes, entre ellos el poder que tienen los hombres sobre la autonomía y toma de decisiones de las mujeres, frente a la sexualidad, cuerpo, natalidad, entre otras. Referente a la aceptación del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino se destaca que para esta comunidad la vagina se considera una parte sagrada, la cual ni siquiera los hombres ven, tocan o manipulan. Por lo que exponer a una mujer Embera ante el personal de salud está fuera de su cotidianidad y rompe con la valoración del cuerpo femenino. Condiciones que revelan la necesidad de integrar a los hombres en los procesos de educación en salud y conocer los procesos interculturales adoptados por los pueblos indígenas.

Conclusiones: Es necesario replantear las intervenciones propuestas para las comunidades indígenas, mediante la adaptación de las prácticas a sus formas organizativas, de relacionamiento, figuras de poder y actores en salud propios, que puedan afectar el tema a intervenir. Para el caso del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, es preciso considerar las particularidades de los roles y la representación del cuerpo femenino y los genitales que tienen los grupos étnicos. Llevar a la práctica los lineamientos técnicos en salud, no implica una aplicación y adherencia a los mismos, menos cuando no son estrategias concertadas y sin la adaptación cultural pertinente.

Palabras clave: Citología Cérvico Uterina, interculturalidad, género, mujer indígena.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad de alto costo que afecta a más de 14 millones de personas en el mundo(1), además es la segunda causa de muerte con 8,8 millones de defunciones reportadas en el año 2015(2), por lo que se considera el principal problema de salud pública a nivel mundial(3). Se conoce que el 80% de los casos nuevos de cáncer son diagnosticados en los países de ingresos medios y bajos(2), los cuales reportan una mortalidad por cáncer del 70%(4).

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Cancerología (INC), Colombia presenta una incidencia intermedia de cáncer con el reporte de 62.818 casos nuevos por año(5). Aunque la incidencia de cáncer tiende a presentarse en edades avanzadas, es preocupante que el cáncer de cuello uterino (CaCU) se diagnostique alrededor de los 45 años, toda vez que existen mecanismos de prevención y detección temprana(4)(5)(6).

Debido a su relativa simplicidad, bajo costo y sensibilidad, la citología Cérvico-uterina (CCU) se considera un método exitoso de tamizaje para la detección de CaCU(7)(8)(9)(10), al disminuir hasta el 70% la mortalidad por este tipo de cáncer (3)(11)(12)(13) y hasta el 95% la incidencia de carcinoma escamoso invasor(8).

No obstante, en los países de ingresos bajos los programas de control y prevención del CaCU presentan dificultades para la realización de la CCU(12). Particularmente, en Colombia, país de ingresos medios, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 muestra que el porcentaje de mujeres que se realizan la CCU presenta diferencias por departamento, siendo Vaupés donde menos se realizan la CCU con 64%, seguido de Guainía con 77,1%, Chocó con 81%, Amazonas con 84,5% y Guajira con 86,8%(14).

La ENDS también revela que, entre las razones para no hacerse la citología, existen algunas de tipo personal como falta de conocimiento, oposición de la pareja o padres, percepción de que no se requiere, no sentirse a gusto con el procedimiento y falta de credibilidad en los resultados. En relación con los servicios de salud, se encuentran la lejanía del servicio, percepción de mala calidad, falta de atención, mal trato por parte del personal, demoras en la atención y asignación de citas, entre otros(14).

Al respecto, diferentes investigaciones como la de Castiblanco y Pinilla(15), Wiesner et al.(16), Henríquez et al.(17) y Farfán-Muñoz et al.(18), han identificado que entre las razones para que

las mujeres se niegan a practicarse este examen se encuentran el desconocimiento, el temor, el dolor y la vergüenza que experimentan con la prueba.

La ENDS expone que aunque el 99,4% de las mujeres conoce la CCU y el 94,6 % se la ha realizado en algún momento de su vida; estos dos elementos se afectan a medida que aumenta la edad de la mujer, existe menor nivel educativo y quintil de riqueza de los hogares(4). Lo cual pone de manifiesto que el CaCU es una patología que refleja las desigualdades sociales en todo el mundo(19), debido a que afecta principalmente a mujeres vulnerables, que a la vez tienen problemas de acceso a servicios de salud(20), siendo más crítica la situación en los departamentos con alta dispersión geográfica y habitada por población indígena(14)(21).

En el caso de las mujeres indígenas, reconocidas como un grupo en situación de vulnerabilidad, deben tenerse en cuenta elementos particulares y relativos a cada contexto para llevar a cabo la práctica de la CCU, tales como la visión patriarcal de la sexualidad que tiene como trasfondo la negación de la autonomía, la nula capacidad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción.(22). Estos patrones culturales relacionados con la toma de la CCU en población indígena se justifican por los conceptos de salud-enfermedad, la percepción del riesgo de enfermar y la vulnerabilidad que experimenta la mujer frente a la prueba, a su cuerpo y a su sexualidad(21)(23)(24)(25)(26).

Sin embargo, existen pocos estudios que indaguen las razones por las que las mujeres indígenas acceden o no a la CCU. Algunas investigaciones realizadas en México, Brasil y Perú confirman que la población indígena tiene mayor riesgo de alteraciones citológicas y acceden menos a los servicios de tamizaje, dentro de los factores que afectan la práctica se identificaron la no afiliación a seguridad social, residir en zonas rurales, tener un bajo nivel educativo y socioeconómico, similar a los estudios referidos anteriormente(27)(28)(29). No obstante, estos estudios se quedan cortos en explicar las características propias de las indígenas, como la concepción del cuerpo y su sexualidad, el papel del esposo, el número de hijos, rol en la comunidad, entre otras características relacionadas con sus usos y costumbres.

Un caso en el que se pueden observar algunas de las problemáticas descritas para la toma de CCU es el municipio de Pueblo Rico (Risaralda), ubicado en límites con el Chocó, donde el 76% de su población es rural, con amplia dispersión geográfica, lo cual dificulta el acceso a los servicios de salud, además el 34% de la población del municipio es indígena de la etnia Embera(30), etnia que conserva su lenguaje, vestimenta, medicina y gobierno propio(31).

Las mujeres Emberas de Pueblo Rico son una población relevante para este estudio debido a que registran la tasa de fecundidad y natalidad más alta del departamento(30), así como embarazos a temprana edad, déficit en el acceso a los servicios de salud y otros factores asociados a alteraciones citológicas. Según el reporte hecho por la EPS indígena de Risaralda, las mujeres de Pueblo Rico, son las que menos acceden a las actividades de detección temprana del CaCU, incluso firman el formato de disentimiento informado para evitar someterse a este examen(32), por lo que existen un subregistro en los datos sobre alteraciones citológicas y CaCU en estas comunidades.

A pesar que en este municipio han realizado proyectos sobre salud sexual y reproductiva con la población indígena, que fortalecieron el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres Emberas y ayudaron a disminuir los casos de mutilación genital femenina(31)(33)(34), no se han abordado los temas de CaCU ni CCU, dejando vacíos en la literatura sobre las razones por las cuales las Emberas de este municipio aceptan o no el tamizaje cervicouterino.

Expuesto lo anterior y reconociendo que cada grupo indígena tienen su propia cosmogonía (se refiere a los mitos que muestran la creación del mundo(35)), ciclo de vida, roles para sus miembros, significados del cuerpo, cosmovisión y comprensión diferente de la sexualidad, la salud y la enfermedad, surgió un interés de investigación alrededor del análisis de la siguiente pregunta:

¿Cómo afectan las características socioculturales de algunas indígenas Emberas entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico Risaralda, la aceptación o no del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, ofertado por el Hospital San Rafael de este municipio, durante el año 2019?

La respuesta a este cuestionamiento permitió comprender de manera detallada y desde la perspectiva de las mujeres indígenas cuáles son los elementos según sus características socioculturales que motivan o no la práctica de la citología, información que fue contrastada con el modo en que opera el servicio de citología en el Hospital del municipio, para analizar si los servicios ofertados consideran las características socioculturales de la población objeto de la CCU. Esta investigación en particular, sirve de insumo para la adecuación de intervenciones en salud sexual y reproductiva para este grupo étnico, específicamente para proponer estrategias de adaptación sociocultural para el programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino en comunidades indígenas (35).

Al considerar que el CaCU es una patología prevenible, dadas las acciones y tecnologías de prevención primaria y secundaria que se disponen, es inaceptable que se sigan presentando nuevos casos; motivo por el cual este estudio buscó responder a la propuesta del Ministerio de Salud sobre la necesidad de implementar programas organizados, con adecuada cobertura, calidad y oportunidad, identificando las barreras en la prestación de los servicios y las propias de las mujeres, al momento de imponer políticas públicas que busquen mejorar coberturas, reducir tasas de abandono e incrementar adherencia al programa(19)(14)(36).

En este contexto y al establecer una conexión entre el propósito de esta investigación y las recomendaciones de entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (34), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (35,37) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (36), al final de este estudio se formularon algunas recomendaciones de política pública con enfoque intercultural para la prestación de servicios en población indígena.

2. ESTADO DEL ARTE

El cáncer de cuello de uterino es un problema de salud pública para las mujeres adultas en los países en desarrollo de América del Sur y Central, el África subsahariana y el sur y sureste de Asia(13). Este tipo de cáncer presenta una mayor incidencia en mujeres indígenas(14)(37)(38)(39), tal como lo demuestran los resultados de una revisión sistemática sobre el conocimiento, las actitudes y los comportamientos hacia la detección del cáncer entre los pueblos indígenas de todo el mundo, realizada en el año 2014 por el Grupo de investigación en Salud Global e Indígena de la Universidad de Alberta, de Canadá(40).

Esta investigación arrojó que los estudios en cáncer para la población indígena se han centrado en analizar el cáncer de mama, aun así el conocimiento y la participación en el cribado fue mayor para este tipo de cáncer probablemente por ser el que presenta mayor incidencia y mortalidad en mujeres en el mundo(40).

Producto de la revisión, se encontró que los pocos estudios sobre cáncer de cuello uterino en comunidades indígenas se han enfocado en evaluar si la población se realiza o no la citología cervicouterina (CCU)(28)(37); los resultados ponen en evidencia que las indígenas participan menos de este examen que la población no indígena. Otro hallazgo, es que existen diferencias en la realización de la CCU entre mujeres pertenecientes a etnias de la misma región, diferencias grupos de edad de las mujeres y de acuerdo al conocimiento previo que tengan sobre la prueba(41)(42).

Los factores más comunes que afectaron el conocimiento, las actitudes y los comportamientos hacia la detección del cáncer incluyeron el nivel educativo, la edad, el conocimiento sobre el cáncer, cómo se detecta, la necesidad percibida de la detección y el acceso a la misma(40).

En el caso del estudio de O'Brien et al. 2009 realizado con indígenas de Canadá, reveló que las mujeres indígenas tenían poco conocimiento y querían más información sobre la prueba, además sentían vergüenza e incomodad hablando de las partes privadas del cuerpo, las mujeres indígenas expusieron que la espiritualidad, las tensiones entre las culturas y las diferencias entre las medicinas occidentales y tradicionales evitaban una percepción favorable del examen(43).

Los anteriores resultados fueron similares a los reportados en el estudio de Cerigo et al. 2012 también realizado en Canadá donde menos de la mitad de las mujeres conocía el propósito de la prueba de citología cervical y posterior a la realización del examen el 49% reportó dolor y el 37% sintió vergüenza durante la prueba, sobre todo en mujeres de más de 35 años(44).

Por otra parte, el panorama en Colombia ha mostrado mejoras notables en algunos aspectos de la salud de la mujer, durante el periodo 1994-2013 se observó reducción de la mortalidad en el cáncer de estómago y cuello uterino en mujeres, con un Cambio del Promedio Porcentual Anual CPPA de -2,5% y de -2,2% respectivamente(45); sin embargo, el cáncer cervical sigue siendo un problema de salud en todo el país, al ser la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Colombia durante este mismo periodo(45), a pesar de los esfuerzos para hacer que la detección sea más accesible y disponer de mejores servicios para la prevención del cáncer cervicouterino(46).

Es contradictorio que aunque se conoce que las mujeres indígenas participan menos de la citología cervicouterina, poco se indaga sobre las razones por las cuales no se realizan la prueba, citando a Kolahdooz et al. 2014 se necesita una mayor comprensión del conocimiento, las actitudes y los comportamientos hacia la detección del cáncer en diversas culturas indígenas para que se puedan proporcionar programas de prevención del cáncer culturalmente apropiados(40).

Aunque en Colombia, existen pocos estudios interesados en el comportamiento y características del CaCU en Indígenas, un estudio realizado en el municipio de Uribia - Guajira sobre las representaciones sociales del cáncer de cuello uterino en mujeres Wayuu reveló que al ser el CaCU:

“una enfermedad que se ubica en los órganos reproductivos, su control se relaciona con una parte del cuerpo, que, desde una anatomía social, no se deben tocar, examinar, ni hablar... En este sentido, la pena, la vergüenza y otros sentimientos relacionados surgen como mecanismos de malestar para no hablar, ni reconocer la enfermedad y tampoco sus formas de identificación”(47).

Cortés 2016 encontró además, que para las mujeres Wayuu es difícil lograr la prevención del CaCU por falta de tiempo en las mujeres para asistir a la toma y la restricción del esposo para realizar el examen, siendo evidente la posición de desventaja y subordinación de las mujeres, sus decisiones y su cuerpo(47).

Otro hallazgo se relaciona con el estigma de ser considerada una mujer promiscua por ser una enfermedad de transmisión sexual, pero no se considera la responsabilidad del hombre en este proceso de contagio. Se encontró que la prevención oportuna del CaCU se ve obstaculizada por fallas en la información de la sexualidad durante la infancia y la adolescencia, así como por una deficiencia en la práctica de la CCU a escala conyugal, familiar e institucional(47).

A nivel local, se destaca que en los resguardos indígenas de Pueblo Rico, se han realizado dos investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en la última década; una financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA para la eliminación de la ablación genital femenina en Colombia(31) y otra para el mejoramiento de la salud materno infantil, nutricional y la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la prevención de la ablación, ejecutada por la Secretaría de Salud de Risaralda(33), no obstante en ninguna de las dos investigaciones se abordó el tema de CaCU, ni CCU.

2.1 Programa de Detección Temprana de cáncer de cuello uterino en Colombia

En Colombia los programas de detección temprana del cáncer de cuello uterino operan desde 1970, sus lineamientos se han modificado a través del tiempo. Es así como en el año 2000, mediante la Resolución 412, se adoptaron las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana. Mediante esta Resolución se implementó oficialmente el programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino y se adoptó la norma técnica como guía para la realización de las actividades que comprendía el programa, cuyo objetivo era identificar oportunamente lesiones del cuello del útero, así como orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico y tratamiento oportunos; en ese momento la población objeto de tamizaje citológico eran las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual(19).

En el año 2018, tal como lo planteó la Resolución 3202 de 2016, por la cual se adoptó el Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se sustituyen las Normas Técnicas de Detección Temprana mediante la Resolución 3280 de 2018 y establece los lineamientos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud(48).

En la Res. 3280 y como propuesta para lograr la efectividad en los programas de detección temprana para el CaCU, se tuvo en cuenta el boletín emitido por la OMS en el 2001 sobre las características de los programas efectivos en los países en desarrollo, en el cual sugiere

reorganizar los programas a la luz de las experiencias de otros países, aprender de sus fallas y comenzar con una zona geográfica limitada(13). Además de focalizar la tamización a las mujeres de alto riesgo una o dos veces en su vida usando una prueba de sensibilidad alta, con un alto nivel de cobertura (> 80%) de la población objeto(13).

Dentro de las modificaciones que plantea la Res. 3280 frente al programa de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino, se encuentra el tipo de prueba y la frecuencia de realización de éstas, de acuerdo con el grupo de edad y lugar de residencia de las mujeres. Según la Guía de Práctica Clínica y con el fin de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino invasivo, el tamizaje mediante CCU quedó establecido para el grupo de mujeres entre 25 a 29 años, con intervalos de cada 3 años, en esquema 1-3-3 ante resultados negativos(36). Esta norma establece además que se debe aplicar el enfoque de derechos y el enfoque diferencial de acuerdo con las comunidades que se intervengan.

Al realizar un análisis sobre la poca adherencia a los programas de detección temprana por parte de las comunidades indígenas, se asume que aunque las órdenes ejecutivas demandan la aplicación de enfoques diferenciales en los programas, la expedición de la legislación no garantiza la adaptación de los lineamientos, las actividades y sus responsables de acuerdo a la cosmovisión y cultura de los grupos indígenas. No obstante, el ministerio de salud y protección social expidió un anexo técnico con las recomendaciones para incluir el enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud con pertinencia cultural, sin embargo se enfoca principalmente en la atención de los niños y niñas(49).

2.2 Adaptación sociocultural en salud

Por otra parte, al analizar la prestación de los servicios de salud para las comunidades indígenas, se evidencia que existen limitantes en el abordaje intercultural y diferencial en salud, que desde hace más de 30 años han reclamado los pueblos indígenas en Colombia(39)(50). Derechos enmarcados en diferentes normativas como la Ley 21 de 1991 Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas(50), el Decreto 330 y la Ley 691 de 2001 que reglamenta la participación indígena en el SGSSS y dispone derechos diferenciales(51)(52), el Decreto 1973 de 2013 mediante el cual se crea la subcomisión de salud indígena nacional de salud(53) y el Decreto 1953 de 2014 que expide el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural en adelante denominado SISPI(54).

Además, aunque el sistema actual de salud responde a algunas cuestiones indígenas, está condicionado por una visión ajena a la realidad de las etnias y no da lugar a que se gesten propuestas desde la comunidad. Tal como lo relata Aguilar S. *“Tenemos el grave problema de un Sistema que no se adapta a las particularidades ni de las poblaciones dispersas ni de las comunidades indígenas y que pretende una uniformidad”*(55).

Lo anterior pone de manifiesto que la expedición de leyes en la realidad no asegura una implementación y cumplimiento de lo allí establecido. Un análisis del por qué se presentan estos incumplimientos, ilustra que la institucionalidad desconoce la cosmovisión particular de las comunidades indígenas y no es objeto de interés conocerlas antes de la puesta en marcha de intervenciones(56).

Dicho esto, queda en evidencia la necesidad de trabajar en la complementariedad y la interculturalidad en salud. Esto significa replantear las acciones en salud para las comunidades indígenas, a partir de la conformación de políticas desde el interior de la comunidad, pues actualmente son las comunidades étnicas las que tratan de adecuarse al sistema de salud, condición que genera tensión en estas poblaciones debido a que sus formas de pensamiento y organización son distintas(55).

Como parte de la respuesta a esta problemática el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 – 2021, menciona que Colombia como país pluriétnico y multicultural; se ve obligado a que toda actuación del Estado incorpore el enfoque diferencial étnico, sustentado en el respeto, la protección y la promoción de su diversidad(57). Al reconocer las características culturales y sociales que generan diferencias en las condiciones de vida y el acceso a recursos de atención(6), se fomenta la participación de los grupos étnicos en las diferentes fases de los planes, programas y proyectos que los afecten(57).

La adecuación sociocultural según el PDSP supone un reto en términos del respeto por la cultura y las tradiciones, el reconocimiento del sistema médico tradicional, las instituciones propias, la vinculación de sus agentes a la medicina alopática mediante el ejercicio de la interculturalidad, la entrega de servicios de salud ajustados a las condiciones de accesibilidad y dispersión geográfica(57).

Es en este punto, toma mayor relevancia para el presente estudio conocer y comprender las características socioculturales de cada grupo indígena sobre la detección temprana del CaCU e identificar cuáles podrían ser las acciones más acertadas para la adaptación y aceptación del

programa en las comunidades indígenas, específicamente para las mujeres Emberas del municipio de Pueblo Rico entre 25 y 29 años, por ser la población objeto de tamizaje citológico según lo establece la Resolución 3280 de 2018(48).

Todo lo expuesto, demuestra que esta investigación se ajusta a las necesidades y vacíos que tiene el sistema de salud y la literatura académica relacionada con salud sexual y reproductiva, particularmente en pueblos indígenas. Dado que este proyecto buscó comprender cómo las condiciones socioculturales de las mujeres pertenecientes a la etnia Embera de Pueblo Rico, afectan la aceptación de la CCU, para así identificar las estrategias para la adaptación intercultural y oferta institucional de los servicios de salud, puntualmente en los temas de salud sexual y reproductiva.

3. MARCO CONCEPTUAL

Al realizar una exploración de la literatura disponible sobre salud sexual y reproductiva en población indígena, se evidencia que las revisiones al respecto han centrado su interés en la salud materna(58)(59) y en las formas en que se concibe la sexualidad en las comunidades indígenas(60)(61)(62); referente a los marcos conceptuales utilizados para estos estudios es frecuente el uso del enfoque diferencial de género y de etnia(63), así como enfoque de derechos(64)(65).

No obstante, los estudios sobre los temas de CaCU y CCU en población indígena, se relacionan en su mayoría con análisis de prevalencias(28)(37)(43), muchos de ellos sin describir los elementos teóricos utilizados. Esta situación se presenta también con algunas investigaciones sobre los factores que influyen en la aceptación o no de los programas de tamizaje para CaCU en población no indígena(15)(18)(23)(27), por lo que las alternativas de análisis se ven limitadas para comprender el abordaje de la problemática, en contextos culturales diferentes.

Los estudios que se han acercado a la complejidad del fenómeno de CaCU y CCU en población indígena han utilizado la herramienta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas(CAP)(66)(67), así como la teoría de las representaciones sociales(47)(68); abordajes que buscan comprender la conducta humana a través del análisis de factores psicológicos (como el estado de ánimo y las emociones), las características cognitivas (como las creencias y las expectativas) y factores sociales (como las normas de conducta social, las redes, entre otros)(69).

Lo anterior, implicó un reto para este estudio, al considerar que se debía analizar la conducta humana en la voz de mujeres indígenas y comprender las interpretaciones que producto de su propia cultura podrían estar afectando el interés de las mujeres en la generación de acciones para la prevención de enfermedades femeninas, por tratarse la salud sexual y reproductiva de un tema muy sensible frente a las comunidades indígenas.

Conceptos de análisis:

Al considerar que el conocimiento de la realidad es diferente al conocimiento de la representación de esa realidad, en este caso la realidad es vista desde dos ópticas, una desde la institucionalidad del sector salud y otra desde una comunidad étnica, es claro que las realidades ocurren lejos, lo cual posibilita un conocimiento relativo del objeto de estudio y/o de interés(70). Enmarcado en estas particularidades se recurrió al uso de la **interculturalidad**, específicamente relacionado con los procesos de salud al interior de una comunidad étnica, para este caso mediante la **interculturalidad en salud**, haciendo uso de conceptos como **cultura y género**. Para posteriormente analizar la relación entre el significado del **cuerpo** femenino con la adherencia al programa.

A continuación se exponen los conceptos y razones que sustentan la elección:

➤ *Interculturalidad:*

Resultado de algunas imposiciones bélicas como las invasiones, el colonialismo y el expansionismo occidental; las culturas originarias ancestrales están desapareciendo o transformándose, en parte afectadas por el fenómeno de la aculturación, así como por asuntos políticos, militares y económicos(70). Desde 1970, los países latinoamericanos, impulsados por los movimientos étnicos y por sus intelectuales más o menos orgánicos(71), desarrollaron los conceptos, procesos y usos de la interculturalidad, con el objetivo de legitimar, defender o empoderar a los grupos étnicos, así como cuestionar a los sectores dominantes que excluían, subordinaban o discriminaban a dichos actores sociales(71).

La interculturalidad tiene sus principios en la educación, y se basa en la idea que la cultura de las comunidades, de todas las comunidades y no sólo las indígenas o nativas, se define por su interacción mutua con otras culturas. La interculturalidad se torna en el elemento central que ha permitido el desarrollo y evolución de las culturas; y ese encuentro ha creado las culturas

existentes, por lo que se puede propiciar que interactúen individuos de culturas diversas en la búsqueda activa de un mutuo aprendizaje(72).

Menéndez 2016, afirma que los procesos interculturales existen siempre que tengamos sociedades en contacto, además son permanentes y tienen profundidad histórica. Es decir, la mayoría no es reciente ni ocasional es parte normalizada de la vida cotidiana y no procesos excepcionales que hay que construir. Por lo cual, si queremos instrumentar la interculturalidad respecto de los procesos de salud/ enfermedad/atención-prevención, lo primero es detectar y analizar los procesos de interculturalidad que ya están operando en la vida cotidiana, y a partir de ellos y no sólo de nuestros presupuestos, tratar de impulsar y concretar objetivos interculturales(71).

➤ *Interculturalidad en salud:*

De acuerdo con el recuento histórico que hace Salaverry, el choque cultural entre las concepciones nativas del proceso de enfermedad y curación y las propias de la medicina española del siglo XVI condujeron a que los nativos creyeran que los establecimientos de salud eran sólo un lugar para morir y no entendían en absoluto las causas de enfermedad, percibida desde su cosmovisión(72). Por su parte los colonizadores pasaron de admirar las habilidades terapéuticas y quirúrgicas de los nativos a menospreciar sus prácticas, ya no por razones religiosas sino que en medio de la destrucción de los conocimientos indígenas, se fue construyendo una imagen del indio como un ser infantil, degenerado en lo físico, en lo moral y en lo intelectual(72).

Por otra parte, algunos antecedentes que conducen a la interculturalidad en salud son los aportes hechos por la antropología médica, que al estudiar las diversas prácticas médicas en el contexto de culturas diferentes a la occidental ha generado una gran cantidad de estudios sobre diversas culturas que iluminan aspectos fundamentales de la relación del hombre con la enfermedad. Sin embargo sus aportes han perdido relevancia al ser una disciplina observacional por excelencia(72).

En la mayoría de los países de América Latina, desde 1980 hasta los primeros años del 2000 se desarrollaron propuestas y acciones de salud intercultural, que buscaron articular el sector salud y la biomedicina con la medicina tradicional mediante relaciones paralelas, tratando de reducir las relaciones de exclusión, subordinación y hegemonía dominantes entre las mismas. Dichas propuestas tuvieron dos objetivos: 1) contribuir a la rehabilitación cultural de los grupos étnicos

y 2) mejorar la relación personal de salud biomédico/paciente indígena(71).

En medicina, si bien el término de interculturalidad en salud es reciente, su concepto, es el rescate de una orientación muy antigua de la medicina occidental de incorporar una perspectiva étnica en la interpretación de la enfermedad. Así, en el proceso de cambio de paradigma, Salaverry afirma que no todo es ir hacia nuevos conceptos, es en gran parte sumergirnos en nuestras raíces y encontrar bases para retomar una perspectiva centrada en las individualidades del “otro” (72).

Por su parte, Alarcón et al. Definen la interculturalidad en salud o salud intercultural, como conceptos que se han utilizado indistintamente para “*designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud*”(56).

➤ *Cultura:*

Desde la antropología, *cultura* se define como un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad. La *cultura* se entiende como una entidad dinámica que se adquiere, transforma y reproduce a través de un continuo proceso de aprendizaje y socialización(56).

En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, (el mundo de la conceptualización o de lo abstracto); y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas(56).

El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad(56).

Al aproximarnos desde el sector salud a las comunidades étnicas, implica pasar del estudio de

las características de los grupos, al estudio de su proceso de construcción social, de los aspectos estáticos a los aspectos dinámicos y relacionales(73). Ya que cuando se mira la identidad cultural de los grupos independiente de su posición socioeconómica y se aspira a sociedades multiculturales y más diversas, de esta manera se hace visible la necesidad de priorizar la organización de los servicios especiales para servir a esas comunidades con respeto hacia su cosmovisión, mediante personal bilingüe e integrando los saberes de la medicina tradicional, en los sistemas de salud y asegurar servicios de salud organizados(74).

➤ *Género:*

Mediante el término *Género* se pone de manifiesto que el sexo (las características biológicas) no determina los roles masculinos y femeninos, sencillamente estos roles van evolucionando en función de las diferentes situaciones culturales, sociales y económicas(75)(76). En este sentido, el género es un concepto pluridisciplinar y heterogéneo que está atravesado por categorías sociales como la pertenencia a una etnia, a una clase social, a una comunidad religiosa, etc. Características que se traducen en las condiciones de vida de mujeres y hombres, en su forma de ser, de existir y de crear(75).

Se considera que el género diferencia a los hombres de las mujeres en sus relaciones sociales, agrupa los roles y las funciones asignadas respectivamente a mujeres y hombres(75)(77). Por lo que las relaciones de género se dan como producto de una construcción social, con base cultural y dando el papel a la sociedad como juez del estatus y las características de cada género(78). Aunque las relaciones de género tienen como característica la desigualdad, debido a la jerarquía de géneros en donde generalmente los hombres ocupan un lugar privilegiado en relación a las mujeres, estas relaciones también cambian y evolucionan en el tiempo(75).

Tal como lo recomienda el Fondo para el Medio Ambiente Mundial FMAM: es importante incorporar al análisis de problemáticas e intervenciones las consideraciones de género para visibilizar las contribuciones que tanto hombre como mujeres aportan, sin verlo desde las diferencias de género(79). Por lo que para esta investigación hace necesario analizar las condiciones que generan transformaciones sociales como el acceso a la educación, a la atención médica, a un trabajo y otros procesos de inclusión para las mujeres.

Una revisión sistemática sobre los estudios de género en Colombia hecha por Estrada M. expone las diferencias entre el feminismo y los estudios de género, toda vez que se ha presentado confusión a la hora de abordar estos dos conceptos. Menciona que el feminismo “se

ha debatido históricamente en torno al problema de la igualdad y la diferencia” (78), por lo que su discurso va en defensa de los derechos de las mujeres con un tinte ideológico-político, en tanto, los estudios de género “son procesos propios de un campo más neutral, científico y con potencial para el desarrollo crítico”(78).

Los estudios de género han permitido visibilizar lo invisibilizado teórica e históricamente, deconstruir lo naturalizado en distintas disciplinas y generar nuevos abordajes y comprensiones(80), los desarrollos desde esta perspectiva tienen el potencial para poner en cuestión supuestos y concepciones fuertemente endurecidas y naturalizadas, en las distintas disciplinas así como en la cultura en general(78)(75).

➤ *Cuerpo:*

De nuevo la antropología es la protagonista en el estudio del cuerpo, de la mano de David Le Breton, quien afirma que el cuerpo al ser parte de la identidad del hombre, le proporciona un rostro y le da sentido al existir y hace que el vivir se reduzca al mundo del cuerpo, a través de lo simbólico que encarna(81). Al ser el cuerpo, la existencia del hombre y a la vez al ser parte de su análisis social y cultural, hace que las imágenes y valores que lo distinguen, hablan también de la persona, variaciones de su definición y los modos de existencia que tienen, en las diferentes estructuras sociales(81).

Teniendo en cuenta que las concepciones del cuerpo se atribuyen a las concepciones de las personas. Muchas sociedades no precisan diferencias entre hombre y mujer, sin embargo en las sociedades occidentales existe un modo dualista. En las sociedades tradicionales el cuerpo no se distingue de las personas, las materias primas que componen el cuerpo son las mismas que le dan espesor al cosmos y la naturaleza. El cuerpo moderno por lo contrario implica la ruptura con el otro, con el cosmos y consigo mismo, convirtiendo el cuerpo occidental en un lugar de censura y recinto de la soberanía del ego(81).

Le Breton, expresa que el cuerpo obedece a un contexto social y cultural de la historia personal, especie de construcción social. Adicionalmente, esos cuerpos corresponden a una sociedad que hace paradigma de un cuerpo sano, siempre joven, limpio y distante, elemento propiedad de cada persona, es decir el hombre como propietario del cuerpo, pertenencia que paradójicamente es la única receptora de las enfermedades(82).

En este sentido y para el caso de la atención a las mujeres Embera objeto de tamización mediante la CCU, se promovió mediante el dialogo, la construcción del relato sobre los momentos vitales del curso de vida, sus concepciones acerca de la salud y enfermedad, así como el reconocimiento de actores claves en los procesos de atención al interior de las comunidades (médicos tradicionales o jaibanás, parteras, entre otros, relacionado con los procesos de atención en salud que enmarca los lineamientos del Ministerio(49).

También, se hizo necesario escuchar a los funcionarios del Hospital San Rafael de Pueblo Rico para analizar la información frente a las acciones implementadas de acuerdo a las características de la población objeto y lograr el acceso de las indígenas al tamizaje mediante CCU. Este análisis implicó caracterizar las atenciones y servicios del programa en la actualidad, para posteriormente incluir recomendaciones a la hora de adecuar las atenciones, acorde a las prácticas y situaciones particulares de los grupos étnicos del territorio, tal como lo recomienda el Ministerio de Salud y Protección Social(49).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar desde la interculturalidad en salud la aceptación de la citología cervicouterina por parte de las mujeres Embera entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico, Risaralda.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el funcionamiento y las estrategias implementadas por el Hospital San Rafael de Pueblo Rico para la ejecución del Programa de Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino en la población Embera del Resguardo Indígena Unificado Chamí de este municipio.
2. Identificar las características socioculturales relacionadas con el género, que influyen en la práctica de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas Embera.
3. Interpretar la relación entre el significado del cuerpo femenino y la aceptación de la Citología Cérvico Uterina para la mujer indígena Embera.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Para el desarrollo de esta investigación se eligió un diseño **cualitativo** debido a que permite “*estudiar la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas*”(83). Esta metodología posibilita conocer las experiencias sobre sexualidad que tienen las mujeres Emberas, de acuerdo con sus condiciones de vida, para comprender las razones por las cuales se realizan o no la CCU, campo poco conocido en los estudios de Colombia, por lo cual su exploración será más enriquecedora mediante un estudio cualitativo.

Para dar cuenta de las particularidades socioculturales de las mujeres Embera frente a la realización de la citología, se ha seleccionado el método de **estudio de caso**. De acuerdo con Solano, SA 2004 el estudio de caso es una estrategia metodológica que permite ordenar y presentar información de trabajos cualitativos(63), además centra su atención en una situación suceso, programa o fenómeno concreto(83). Para este estudio interesa explicar el cómo y el porqué de eventos particulares como la perspectiva de la mujer Embera frente al examen de CCU.

El estudio de caso ha tenido diferentes definiciones sin embargo las más acogidas son la de Yon, Pauline y Yin, Robert. Para la autora Pauline V. Young:

“un caso es [...] un dato que describe cualquier fase o el proceso de la vida entera de una unidad en sus diversas interrelaciones dentro de su escenario cultural –ya sea que esa

unidad sea una persona, una familia, un grupo social, una institución social, una comunidad o una nación--. Cuando la unidad de estudio es una comunidad, sus instituciones sociales y sus miembros se convierten en las situaciones del caso o factores del mismo”(84).

La autora señala a la unidad de análisis como el eje en torno al cual girará la investigación, esta unidad puede tomar varias formas, pero siempre estará en estrecha relación con el resto de los componentes de lo que consideramos un caso(84). A pesar que el problema pudo ser investigado con otros métodos, se seleccionó el estudio de caso al ser una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares(85), permite descubrir nuevas relaciones y conceptos, facilita la comprensión del lector del fenómeno que está estudiando y puede dar lugar al descubrimiento de nuevos significados, ampliar la experiencia del lector o confirmar lo que se sabe.”(83)

Además, en este método los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas; esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes, entre otras(85). Para el presente estudio se dio voz a la mujer Embera de acuerdo a sus dinámicas socioculturales y experiencias sobre la CCU, reconociendo que la mayor parte de las poblaciones indígenas conciben el cuerpo y la sexualidad con base en cosmovisiones propias(47).

Por ser un estudio cualitativo se propuso una estructura de categorías preliminares de análisis para clasificar y ordenar la información recolectada en clave de dar respuesta a los objetivos de investigación. Se consideró la emergencia de categorías provenientes de la observación, trabajo de campo y de la interacción con las participantes del estudio que permitieron ampliar el análisis.

5.2 Área de estudio

Reconociendo que poco se ha avanzado en la caracterización de la salud sexual y reproductiva en población indígena y más específicamente los factores que permiten o no el acceso a la realización de la CCU, tanto en las mujeres de ciudades intermedias o capitales, como en contextos municipales(47); para el caso de esta investigación en el municipio de Pueblo Rico-Risaralda, es menester conocer cómo se desarrollan los programas y atenciones en salud sexual , en un municipio con áreas rurales dispersas y con poblaciones multiétnicas, entre ellas la etnia

Embera Chamí, perteneciente al resguardo unificado.

Pueblo Rico está localizado al Noroccidente del departamento de Risaralda, limita al occidente con el departamento del Chocó (municipios de Tadó y Bagadó); por el norte con el municipio de Mistrató Risaralda, por el oriente con Mistrató y Belén de Umbría y por el sur con los municipios de Apía, Santuario de Risaralda y Nóvita en el departamento del Valle del Cauca. La totalidad de su territorio está ubicado en la vertiente pacífico, se llega a él, recorriendo cerca de 93 Kilómetros partiendo de la Ciudad de Pereira, por la carretera que comunica los departamentos de Risaralda y Chocó(30).

Para el año 2013, el municipio contaba con 12.969 habitantes, una extensión territorial de 632 Km² y una densidad poblacional de 21 habitantes por kilómetro cuadrado, lo cual demuestra la alta dispersión de la población y el 76% de la población vive en la zona rural(30). Este municipio es conocido como el “crisol triétnico” del país, pues alberga población indígena 34%, afrocolombiana 14% y mestiza 52%(30).

Pueblo Rico cuenta con 84 veredas y 2 corregimientos (Santa Cecilia y Villa Claret). La población indígena habita en 45 veredas, distribuidas en 2 resguardos: el Resguardo Gitó Dokabú, compuesto por 11 veredas, en las cuales habitan comunidades de la etnia Embera Katío y el resguardo indígena unificado Chamí, con 34 veredas, que corresponde a la etnia Embera Chamí(30), a éste último pertenecen más del 70% de los indígenas que habitan en el municipio, con más de 6.000 integrantes(86), motivos por los cuales se eligió a la población de este resguardo para la realización de la investigación.

5.3 Población y muestra

Los participantes del estudio se corresponden a un grupo de mujeres indígenas Emberas, entre ellas una lideresa y una auxiliar de enfermería del Resguardo Indígena Unificado Chamí del municipio de Pueblo Rico Risaralda, así como un grupo de funcionarias del Hospital San Rafael del municipio, con más de 10 años de experiencia en el abordaje de la población Embera y conocedoras del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino en la población indígena de este municipio.

Estos actores aceptaron su participación de manera voluntaria en las actividades planteadas en el proyecto y para esto firmaron previamente el consentimiento informado (Anexo 1).

En este sentido, el número de participantes estará definido por la captación de los casos definidos para el estudio, considerando la selección de participantes por conveniencia, a continuación, se describen las características que deben tener los actores claves necesarios para la comprensión del estudio.

Del grupo de mujeres del resguardo, se debe incluir por lo menos una con cada perfil:

1. Una lideresa Embera entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí.
2. Una Embera entre 25 y 29 años que resida en una vereda dispersa del Resguardo (vereda ubicada a más de 4 horas de distancia del casco urbano).
3. Una Embera entre 25 y 29 años residentes de una vereda cercana al casco urbano de Pueblo Rico (vereda ubicada a máximo 2 horas de distancia del casco urbano).
4. Una auxiliar de enfermería Embera con experiencia en el abordaje de su comunidad.

Del personal que labora en el Hospital San Rafael del municipio:

1. Enfermera profesional con más de 10 años de experiencia laboral en el Hospital, sin importar la edad ni el grupo étnico.
2. Auxiliar de enfermería o enfermera profesional con más de 10 años de experiencia laboral en el Hospital, encargada del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, sin importar la edad ni el grupo étnico.
3. Trabajadora social de la ESE, con más de 10 años de experiencia laboral en el Hospital, sin importar la edad ni el grupo étnico.

5.4 Criterios de inclusión y de exclusión.

A continuación, se describen los criterios de inclusión y exclusión para la participación en el estudio:

Criterios de inclusión.

1. Mujeres mayores de 18 años.
2. Ser miembro de la etnia Embera Chamí del Resguardo Indígena Unificado de Pueblo Rico (para la información de las mujeres indígenas).
3. Tener vínculo contractual con la ESE Hospital San Rafael directa o a través de terceros (para las entrevistas con el personal del Hospital).

Criterios de exclusión.

1. Mujeres pertenecientes al resguardo Gitó Dokabú.
2. Participantes con alguna limitación cognitiva.
3. Mujeres con intención de participar pero que no firmaron el consentimiento informado.

5.5 Limitaciones

Entre las limitaciones de la investigación es preciso mencionar que, si bien, la metodología permite alcanzar los objetivos principales, posibilitando una explicación profunda de las características de las mujeres Emberas, que interfieren en la aceptación de la CCU; se reconoce que sólo se tuvo en cuenta al grupo de mujeres entre 25 y 29 años puesto que es la población objeto para la realización de CCU, según lo establece el actual programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, Resolución 3280 de 2018(48).

Otra limitante para considerar es el hecho que la población tenga un lenguaje diferente al de la investigadora; por lo que se contará con la colaboración de una mujer Embera con formación en salud para que haga las veces de intérprete, además con entrenamiento para la recolección y transcripción de información, por lo cual se reconoce que pudo perderse parte de la información durante las entrevistas.

Por último, se considera que algunas mujeres pudieron ocultar, mentir o no contestar las preguntas relacionadas con su intimidad durante las entrevistas, por temor a que sus parejas, familiares o comunidad las juzgaran por revelar información personal, ya que los temas sobre sexualidad son poco divulgados al interior de las comunidades(33). Para mitigar este fenómeno se propone recolectar la información en la ciudad de Pereira, sin la presencia de la pareja o familiares de las mujeres.

5.6 Categorías de análisis

Por ser un estudio cualitativo se trabajó con categorías de análisis, las cuales se exponen a continuación, ver Tabla 1.

Tabla 1. Categorías para el análisis de la investigación

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	
1	Interculturalidad
2	Interculturalidad en salud

3	Cultura
4	Género
5	Cuerpo

5.7 Recolección de información

Para el desarrollo de la investigación se contó con el aval del gobernador Mayor del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico (Anexo 2), con quien se socializó el objetivo del proyecto y a quien se le solicitó permiso para acceder a los actores comunitarios necesarios para el abordaje de la problemática. La autoridad mayor es conocedor que a cada participante se le expondrá claramente el consentimiento informado (Anexo 1), objetivos del estudio y la posibilidad que tenían los participantes de abandonar el proceso si así lo deseaban.

En cuanto a la información requerida para el desarrollo de los objetivos específicos relacionados con las coberturas de las actividades del programa para la detección temprana del CaCU y la operatividad de éste en el Hospital del municipio, se obtuvo el aval del gerente y representante legal de la ESE Hospital San Rafael de Pueblo Rico (Anexo 3), mediante el cual autorizó a la investigadora a acceder a la información sobre el programa, realizar las entrevistas a los funcionarios de la ESE, así como analizar y divulgar la información del estudio.

Para la recolección de la información de esta investigación, se dispuso de una guía de entrevista semiestructurada (Anexo 4), adaptada de la Guía de entrevista semi-estructurada para mujeres usada por Cortés 2016 en su estudio sobre representaciones sociales del cáncer de cuello uterino en mujeres Wayuu(47). La adaptación incluyó información de acuerdo con las categorías, modelo y conceptos elegidos para el análisis; entre las preguntas incluidas se encuentran las relacionadas con la familia, roles y ciclos de vida, experiencias relacionadas con el cuerpo (relaciones sexuales, embarazo y parto), medicina propia y las enfermedades de la vagina, así como preguntas sobre la prestación de servicios de salud en torno a la realización de CCU, entre otras (Anexo 4).

De acuerdo con lo expuesto en las limitaciones de la investigación, se dispuso de una intérprete del lenguaje Embera y excelente manejo del español, cuya condición era ser mujer con conocimiento en el área de salud, previamente entrenada en la recolección de la información, de acuerdo con los objetivos del estudio.

Debido a que algunas mujeres han expresado en otros contextos que no están de acuerdo con el examen de la CCU por pena, porque los maridos no están de acuerdo o porque son juzgadas por la comunidad como promiscuas(33); la información fue recolectada fuera del resguardo, en la ciudad de Pereira, para evitar tensiones con su comunidad o familia. Las entrevistas se realizaron en un ambiente privado, para que las mujeres se sintieran más cómodas al expresar su posición frente a las preguntas de interés de la investigadora y mejorar la captura de la información.

Para obtener la información relacionada con las características socioculturales de las mujeres Emberas frente a la realización de la CCU, los datos se obtuvieron de las entrevistas y observaciones realizadas a las participantes seleccionadas. Todas las entrevistas fueron grabadas y se llevó un diario de campo sobre lo observado durante la entrevista.

En cuanto a la información requerida para el análisis de la cobertura y operatividad del programa en el Hospital San Rafael de Pueblo Rico se requirió del informe de citologías realizadas por parte del Hospital local del municipio, de acuerdo a la población atendida en el programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, así como un recuento histórico del programa, modalidades de funcionamiento y personal encargado, mediante las entrevistas realizadas a las funcionarias con mayor tiempo de permanencia en la ESE con conocimiento del desarrollo del programa en comunidades indígenas (Anexo 4).

5.8 Plan de análisis

El plan de análisis elegido para interpretar los resultados del estudio, propone una estructura inductiva, que parte de la literatura inscrita en el marco teórico de la investigación. Se propuso inicialmente un análisis categorial que inició en el mismo escenario de recolección de los datos y en la interacción con las mujeres que participaron del estudio.

Las sesiones de entrevista fueron orientadas a través de la guía previamente diseñada (Anexo 4) y estas sesiones fueron grabadas en audio, posteriormente las entrevistas fueron transcritas y el material analizado a través de notas mentales realizadas durante el desarrollo de las entrevistas, mediante la observación y memos emergentes en el momento del procesamiento de la información.

Los datos se transcribieron, haciendo una lectura y relectura tanto de las entrevistas transcritas como de las notas mentales. A continuación, se organizaron los datos dentro de las categorías preestablecidas.

Con el fin de comprender las áreas de interés del problema, se identificaron los datos relevantes de las entrevistas y observaciones, así como las categorías de análisis y se contrastó con las teorías definidas en la literatura para estos hallazgos. En el análisis profundo de la información se interpretaron las relaciones entre las categorías y los datos obtenidos, intentando explicar el por qué de las relaciones encontradas y así comprender el fenómeno estudiado.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Referente a las consideraciones éticas y teniendo en cuenta el derecho indígena, así como lo definido en la constitución política; para la realización de esta investigación se solicitó el aval de la autoridad tradicional mayor del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico - Risaralda (Anexo 2). Además, para el abordaje individual se solicitó a los participantes del estudio la firma del consentimiento informado, basado en los lineamientos de la resolución 8430(87) (Anexo 1).

En cuanto al análisis de la información requerida por parte del Hospital, se solicitó el aval del gerente y representante legal del Hospital San Rafael de Pueblo Rico - Risaralda (Anexo 3).

Considerando el principio de acción sin daño y acatando las recomendaciones y experiencias de

otras investigaciones realizadas dentro de las comunidades indígenas en las que se interrogaba a las mujeres sobre sexualidad, se abordó a las mujeres en la ciudad de Pereira, sin la presencia del esposo, pareja o familiares, durante las entrevistas. La estrategia anterior, en virtud que en otros estudios que abordaron el tema de la sexualidad femenina generaron efectos negativos para las participantes de la investigación (se informó que posterior al egreso de los investigadores, los esposos de las Emberas reclamaron y en ocasiones maltrataron a sus mujeres por dar información al respecto)(33).

La captación de las mujeres que participaron en este estudio se hizo en la ciudad de Pereira, a través de la identificación de mujeres que se hospedaban en las casas de paso destinadas para la población indígena, que cumplieran con los criterios de inclusión y que de manera voluntaria accedían a participar del estudio, posterior a la firma del consentimiento informado.

Según lo establece la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud esta investigación se consideró con *riesgo mínimo* porque a los participantes no se les realizó ningún tipo de examen clínico, procedimiento médico, ni intervención terapéutica(87). A las participantes del estudio simplemente se les indagó sobre sus experiencias, conocimientos e interpretación de conceptos, mediante una entrevista, que fue el único procedimiento al cual se sometieron.

La participación en este estudio se logró de manera voluntaria, mediante la educación, aclaración de dudas y explicación detallada de lo que implicaba la participación en esta investigación, por lo que las entrevistadas eran conscientes que podían decidir no participar en el momento en que lo desearan, sin implicar ninguna repercusión. Se aclara además que las participantes no tenían ningún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación hacia la investigadora.

Se respetó en todo momento la dignidad humana, la protección de los derechos y el bienestar de las participantes, durante los análisis no se identificó a ninguna participante, por lo que se estableció el procesamiento de la información a través de códigos para garantizar su privacidad. Para las mujeres Embera se utilizó la letra M posterior dos ceros (00) seguido del número de entrevista realizada. Ejemplo, M001 para la participante 1 y M002 para la participante 2. Para la información del hospital se cambió la consonante M por la H.

La información de las entrevistas fue transcrita y posteriormente analizada, pero sólo se dejó copia de los audios y las transcripciones en el equipo de cómputo de la investigadora, en una carpeta con clave, para que nadie más tenga acceso a la información.

7. MARCO PROGRAMÁTICO

7. 1 Análisis del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino en Colombia

Desde 1970 a través de la Liga Nacional Contra el Cáncer de Colombia y PROFAMILIA se ofertaron exámenes de citología(46), manteniendo estable la tasa de mortalidad por cáncer cervical en el país. Sin embargo, la ciudad de Cali ha mostrado una disminución constante y sustancial en la incidencia de cáncer cervical, posiblemente como resultado de las actividades de detección que se llevan a cabo desde 1967, incluidas campañas educativas y de detección temprana(13).

En 1990, se inició un programa nacional de control del cáncer cervicouterino que durante 5 años proporcionó citologías a más del 60% de las mujeres entre 25 y 69 años, se continuó durante 3 años para dar seguimiento a más del 90% de las mujeres examinadas. El programa capacitó a más de 4.000 enfermeras, 40 ginecólogos y 36 patólogos; los servicios de citología fueron centralizados y se lanzaron amplias campañas comunitarias de información y educación. A mitad del proyecto, se reorganizó el sistema nacional de salud y se descentralizaron varios servicios para fomentar la creación de redes eficientes de servicios y vigilancia(13).

Sin embargo, 5 años después del inicio del programa, los datos de mortalidad por cáncer de cuello uterino sugirieron que la situación no había cambiado(13). Un estudio de 1999 encontró que el cáncer cervical era la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres colombianas, se estimó que 32 de cada 100.000 mujeres desarrollaban cáncer cervical. Además, los datos sugirieron que la tasa de mortalidad por cáncer cervical no había disminuido desde principios de la década de 1960, e incluso pudo haber aumentado ligeramente(46).

En el año 2000 mediante la resolución 412, se implementó oficialmente el Programa de Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino, esta Resolución adoptó las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de detección temprana de algunas enfermedades, entre ellas la del cáncer de cuello uterino, segunda causa de muerte por cáncer en mujeres(5)(7). Gracias a esta Resolución se trazó una ruta para la detección y manejo de lesiones de cuello uterino, cuyo objetivo ha sido la identificación oportuna de lesiones preneoplásicas y neoplásicas, mediante la realización de la prueba de Papanicolaou o también llamada citología Cérvico uterina CCU(88).

Según la norma técnica la “Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino” corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 con vida sexual activa (población objeto para la toma de CCU), con el fin de identificar oportunamente lesiones del cuello del útero, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico y tratamiento oportunos, logrando así mejorar las posibilidades de curación y tiempo de sobrevivencia(19). La CCU se considera un método de tamizaje costo efectivo con resultados favorables en la disminución de la incidencia de cáncer de cuello uterino y mortalidad por este diagnóstico(89).

La CCU es una herramienta de prevención secundaria que consiste en la toma de una muestra de las células de la unión escamocelular o también llamada zona de transformación (exocervical) y del endocérvix(8)(90), la norma técnica establecía una frecuencia de 1-1-3 para realizar esta

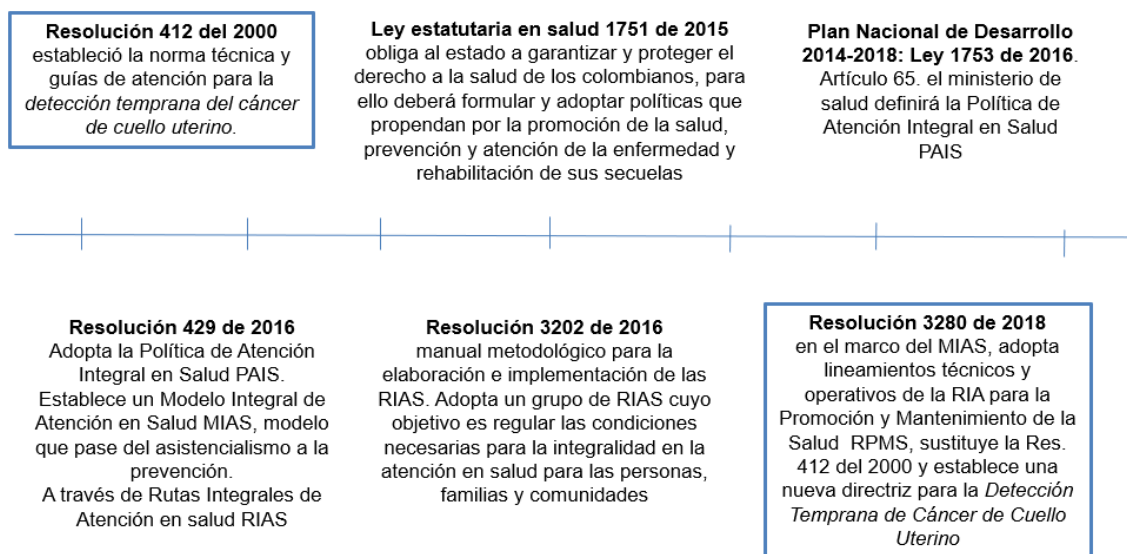
prueba, lo que significa que si el primer resultado es normal, se debe realizar la segunda citología al año y si ese resultado continúa normal se realiza el control a los 3 años, esta frecuencia se justifica con la historia natural de la enfermedad la cual se relaciona con la infección por el Virus del Papiloma Humano VPH, entre otros factores(7)(19).

Con el fin de realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades contempladas en la norma técnica, la resolución 412 en su artículo 16 establece el anexo técnico 3-2000 de programación, el cual es derogado y modificado por la resolución 4505 de 2012 que reglamenta el reporte de la planeación de actividades anuales y estima cada año el número de mujeres susceptibles de ser tamizadas citológicamente, esta información la reportan las IPS a las EPS para que éstas emitan el informe al Ministerio de Salud y se pueda evaluar la gestión del riesgo individual que realizan las EAPB(91).

Por otra parte, como respuesta a la reestructuración propuesta para la gestión del riesgo en salud, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: *Ley 1753 de 2015* en su artículo 65. Establece que es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social dentro del marco de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud, definir la Política de Atención Integral en Salud PAIS que integre los enfoques de Atención Primaria en Salud APS, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades individuales y colectivas, así como el enfoque poblacional y diferencial(92)(93).

Como respuesta a esta necesidad se adopta la política PAIS mediante la Resolución 429 de 2016, la cual establece un Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, que pase del asistencialismo a la prevención(94), mediante la implementación de Rutas Integrales de Atención en salud RIAS Resolución 3202 de 2016(95). En el año 2018, tal como lo planteó el párrafo del artículo 11 de la Resolución 3202 de 2016, se sustituyen las Normas Técnicas de Detección Temprana y Protección Específica mediante la Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud RPMS(48)(ver Esquema 1).

Esquema 1. Normativa frente a la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino



Fuente: Elaboración propia

La RPMS se establece como directriz de obligatorio cumplimiento la Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino cuyo objetivo es detectar lesiones precancerosas de cuello uterino o carcinomas infiltrantes de cuello uterino en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional, ajustadas a la edad de la mujer y lugar de residencia habitual, a saber citología vaginal, pruebas de ADN-VPH, o técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol(48).

Dentro de las diferencias entre lo establecido en la Resolución 412 del 2000 y la Resolución 3280 de 2018 para la Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino, se encuentra la población sujeto ya que en la Resolución 3280 el tipo de prueba y frecuencia se define de acuerdo al grupo de edad de las mujeres y su lugar de residencia así: *Citología* para mujeres entre 25 a 29 años en esquema 1-3-3, ante resultados negativos, Pruebas de *ADN del VPH* de alto riesgo para las mujeres entre 30 y 65 años con esquema 1-5-5 ante resultados normales y *Técnicas de Inspección Visual* para mujeres entre 30 a 50 años residentes en áreas de población dispersa y con difícil acceso a los servicios de salud con esquema 1-3-3 ante resultados negativos(48).

A pesar que las intervenciones reglamentadas en las rutas debían garantizarse a la población una vez entrada en vigencia la Resolución 3280, es decir a partir del 2 de febrero de 2019, al evaluar las capacidades de los agentes del SGSSS, urbanos, de alta ruralidad y dispersos, así como las tecnologías en salud en todo el territorio nacional requeridas para la implementación de algunas

intervenciones en las rutas, se determinó la necesidad de ampliar el término para la ejecución de algunas acciones, cuya implementación se hará de forma progresiva en un plazo máximo de tres (3) años contados a partir del 2020, entre las intervenciones de transitoriedad se identificó el Tamizaje con ADN VPH actividad que hace parte de la Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino normado en la Resolución 276 de 2019(96).

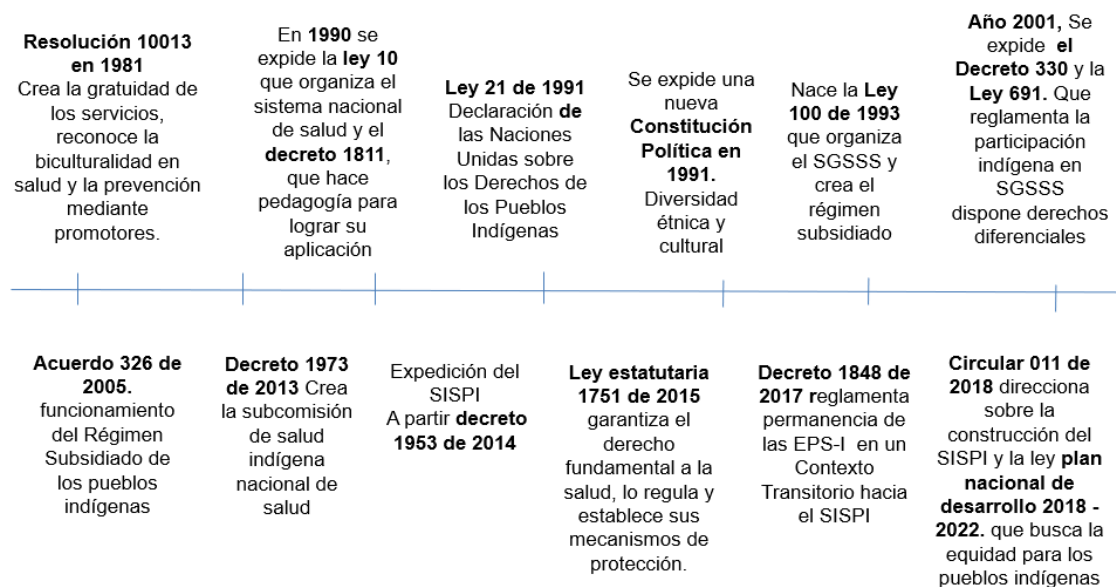
7. 2 Normas y políticas en salud para los pueblos indígenas de Colombia

En términos de salud, debe reconocerse que el marco legal en Colombia posee una legislación especial para los pueblos indígenas, estas leyes han estado orientadas a brindar un acceso preferencial, gratuidad en la prestación de los servicios de salud, atención en salud de acuerdo a sus usos y costumbres, velar por el respeto a sus prácticas tradicionales, promover la participación de estos pueblos en los diferentes programas del sistema y decisión sobre los recursos de salud(39)(97); el reconocimiento de estos derechos se ha dado a través de la historia como fruto de las luchas y resistencia de los pueblos indígenas.

Desde hace más de 30 años la lucha por alcanzar la reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas en Colombia ha hecho que se legisle a favor de la protección de estas comunidades, particularmente en lo relacionado con el derecho a la salud, en términos de

equidad, gratuidad, cobertura, acceso y calidad en la prestación de servicios de salud dirigidos a los pueblos indígenas. A continuación, se expone una línea de tiempo con los hechos más relevantes que dieron lugar al avance en términos de salud intercultural, así como la descripción de la normatividad relacionada con estos hitos (Ver Esquema 2).

Esquema 2. Normas y políticas en salud para los pueblos indígenas de Colombia



Fuente: Elaboración propia

Es así como desde la expedición de la Resolución 10013 en 1981 se crea la gratuidad de los servicios, se reconoce la biculturalidad en salud, se promueve la prestación de servicios acorde con las condiciones socioculturales, respeto por la medicina tradicional y la inclusión de promotores de salud rurales para el abordaje de estas comunidades(61)(39)(38).

En el año 1990 posterior a la emisión de la Ley 10 mediante la cual se reorganiza el sistema nacional de salud(98), se expide el decreto 1811 que reglamenta la prestación de los servicios de salud para las comunidades indígenas y traza parámetros para lograr la aplicación de lo dispuesto en la Resolución 10013 de 1981, además legitiman la presencia e importancia de los agentes comunitarios en salud acorde con la medicina tradicional de cada pueblo, como ejes fundamentales para la formulación de estrategias de entendimiento y mejora de las condiciones de salud de los indígenas(99).

En ese sentido y respaldados por la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas Ley 21 de 1991 en su artículo 25, define que los servicios de salud deben ser adecuados para los Pueblos Indígenas y establece derechos diferenciales en salud(50). Este mismo año, se expide la actual *Constitución Política de Colombia*, en la que se reconoce la diversidad étnica y cultural, además se resalta la salud como un servicio público de carácter obligatorio(57).

Por otra parte, al reorganizarse el sistema de salud mediante la *Ley 100 de 1993* se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); se ratifican como poblaciones vulnerables a las comunidades indígenas y se propone la cobertura total en salud para estos colectivos, mediante la afiliación al régimen subsidiado(100). En el año 2001, el Decreto 330 busca la regulación del régimen especial indígena mediante la participación de las comunidades indígenas en el SGSSS(51), este mismo año la Ley 691 reglamenta la intervención de los grupos étnicos en el SGSSS y establece los derechos diferenciales en salud(52), de esta manera el Acuerdo 326 de 2005 da lineamientos para la organización y funcionamiento del régimen subsidiado de los pueblos indígenas(101).

Sólo hasta el año 2013 el Ministerio de Salud y la Protección Social mediante el Decreto 1973 de 2013 crea formalmente la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con pueblos y organizaciones indígenas como un escenario de construcción colectiva de las políticas públicas en salud de estos pueblos(53). Consecuentemente y de acuerdo al mandato nacional indígena Decreto 1953 de 2014 se expide y pone en vigencia el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural en adelante denominado SISPI(54). Al publicarse la *Ley estatutaria en salud 1751 de 2015*, define el derecho a la salud como derecho fundamental, lo regula y establece sus mecanismos de protección(93).

Por otra parte, en un contexto transitorio hacia el SISPI se reglamenta el Decreto 1848 de 2017 el cual establece un sistema de habilitación especial para las EPS indígenas. El cual comprende el conjunto de requisitos y procedimientos que determinan las condiciones administrativas, científicas, técnicas, culturales y financieras, para garantizar el acceso a los servicios de salud con enfoque diferencial a sus afiliados, atendiendo a las particularidades socioculturales y geográficas de los pueblos indígenas(102). Además, a través de la circular 011 de 2018, se traza un mapa de ruta para direccionar a las entidades departamentales y municipales en la construcción e implementación del SISPI en *diálogo* con el SGSSS(103).

Por último, se proyectó el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” que como resultado final busca la igualdad de oportunidades para todos, por medio de una política social orientada a lograr la inclusión social y productiva de los colombianos y menciona dentro de sus pactos, el pacto por la equidad de oportunidades para grupos étnicos(104).

7.3 Contexto histórico del Pueblo Embera Chamí

Los indígenas que se llaman EMBERA, palabra que en su idioma significa GENTE, se conocieron en los tiempos prehispánicos como indígenas “Chocó” o “Chocoes”. Chocó ha sido la denominación común con la cual se conocen los nativos del litoral Pacífico(105). Dentro de los Embera también existen clasificaciones como los Chamí, Katío y Siapidara. Los Embera Chamí son uno de los pueblos Embera colombianos que comparten algunos de los rasgos de tiempos prehispánicos como base de identidad étnica común, entre ellos el idioma, la tradición oral, el jaibanismo, la organización social, y la reciente participación a través de organizaciones

regionales(105)(106). La lengua nativa de los Embera Chamí pertenece a la familia lingüística Chocó, que está emparentada con la waunan, las familias arawak, karib y chibcha, sin embargo no pertenece a ninguna de éstas(105).

Según Vasco, los Embera Chamí “fueron en sus orígenes un grupo nómada dedicado a la caza, la pesca y la recolección”(107). Antes de la colonización de sus territorios, este pueblo presentaba dentro de sus dinámicas sociales una fuerte relación con la tierra. No existía la concepción de propiedad o valor económico sobre ella y el usufructo de los recursos naturales era destinado para la supervivencia de las comunidades. Al ser la tierra de carácter colectivo cohesionaba el valor de pertenecer a una comunidad y trabajar para ella(106).

De acuerdo a la revisión documental realizada por el Ministerio de Cultura sobre los Embera Chamí, da cuenta que la relación con la tierra empezó a desintegrarse desde el proceso de conquista española, que desembocó en el abandono forzado de las tierras; por lo que sus territorios fueron reemplazados por selva húmeda, con suelo, clima y productividad diferente. Condiciones que redujeron la disponibilidad de los recursos que ofrecía la tierra, transformando así las dinámicas internas de las comunidades, al modificar la estructura de grupo(106).

Una vez asentados en sus nuevos territorios, surge la propiedad familiar sobre los terrenos destinados para la producción agrícola, mientras que la caza, pesca y recolección de los frutos de los bosques se mantienen en la propiedad colectiva(106). El colectivo Embera, como resultado de los procesos propios de la Conquista y la Colonia, la introducción de misiones evangelizadoras y el fraccionamiento de sus tierras, entre otros factores, habitan hoy diversas regiones del occidente colombiano con un patrón de asentamiento disperso, pero buscando siempre medios de características similares a la selva tropical húmeda(105)(106).

En el año 2005 el Censo DANE reportó 29.094 personas autoreconocidas como pertenecientes al pueblo Embera Chamí, de las cuales el 50,2% son hombres (14.609 personas) y el 49,8% mujeres (14.485 personas). Los Embera Chamí representan los 2,1% de la población indígena de Colombia, concentrados principalmente en tres departamentos: Risaralda, en donde habita el 55,1% de la población (16.023 personas). Seguido de Caldas con el 24,8% (7.209 personas) y Antioquia con el 7,3% (2.111 personas)(108).

Tabla 2. Asentamiento y concentración del Pueblo Embera Chamí

Total de la población: 29.094 personas			
Patrones de asentamiento		Población Chamí	Porcentaje sobre el total de población Chamí
Departamentos de mayor concentración	Risaralda	16.023	55,1%
	Caldas	7.209	24,8%
	Antioquia	2.111	7,3%
	Total	25.343	87,1%
Población Chami en áreas urbanas		8.042	27,6%

Tomado de: Embera Chamí. Ministerio de Cultura 2009(106).

De acuerdo al Censo DANE 2005, el 25,6% (7.447 personas) de la población Embera Chamí no sabe leer ni escribir, la mayoría de las cuales son mujeres con el 52,2% (3.888 personas)(108). A continuación, se detallan algunos indicadores demográficos como lenguaje propio, algún estudio y días de ayuno de la población

Tabla 3. Indicadores Demográficos del Pueblo Embera Chamí

Indicadores	Total		Hombres		Mujeres	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Población	29.094	100%	14.609	50,2%	14.485	49,8%
Habla la lengua de su pueblo	11.923	41,0%	6.121	51,3%	5.802	48,7%
Algún Estudio	18.852	64,8%	9.601	50,9%	9.251	49,1%
Analfabetismo	7.447	25,6%	3.559	47,8%	3.888	52,2%
Días de ayuno	2.389	8,2%	1.212	50,7%	1.177	49,3%

Tomado de: Embera Chamí. Ministerio de Cultura 2009(106).

En su mayoría los Chamí habitan cerca al alto río San Juan de los municipios de Pueblo Rico y Mistrató en el departamento de Risaralda, así como en el curso del río Garrapatas y Sanquinini de los municipios del Dovio y Bolívar en el Valle del Cauca; y en el resguardo indígena de Cristianía en Antioquia, además de municipios como Quindío, Caldas y Caquetá (108).

Para entender la *cosmovisión* Embera Chamí vale la pena citar el relato hecho por Rosa Elvia una mujer Embera, presentes en los escritos hechos por Vasco, 1990(107):

“Rosa Elvira piensa que hay tres mundos: el de arriba (bajía), en donde están Karagabí (la luna y padre de Jinopotabar) y Ba (el trueno); éste, que es la tierra (egoró), en donde viven los Embera; y el de abajo (aremuko o chiapera), al cual

se llega por el agua y en donde viven los Dojura, Tutruica, Jinopotabar y los antepasados y se originan los jaibaná (sabios tradicionales). Jinopotabar los une a todos y puede pasar de uno a otro con su trabajo, pues es cure, sabio, jaibaná. Este mundo tiene también tres partes, tres órdenes: el del monte; el de la tierra, donde viven los Embera en las orillas de los ríos; y el del agua; tres componentes que se equivalen y relacionan con los tres anteriores. Así, sus términos extremos, monte y río, son las vías de comunicación con el mundo de arriba y el de abajo, respectivamente. Por eso Jinopotabar va al monte cuando quiere ir a la luna que navega por el cielo en su canoa, y al río cuando quiere alcanzar el mundo de abajo”.

En esta narración se identifica parte de la cosmovisión Chamí, dentro de la cual se resalta a uno de los dioses principales como lo es Karagabí, el cual transmite gran parte de su conocimiento en el jaibaná, (médico de la cultura ancestral que a través de los espíritus buenos o Jai Buenos combate las enfermedades que ocasionan los Jai malos). El equilibrio entre los mundos Embera es la base para la vida cotidiana, lo que pertenece al mundo de arriba debe bajar, lo que está abajo debe subir, ascenso que representa un salir de entre la tierra. Basados en esta concepción, el agua, es el elemento mediador entre el mundo de arriba y el de abajo, de aquí la importancia de los ríos y la ubicación de las comunidades respecto a ellos, se relata que río arriba en el nacimiento del agua está la selva con toda su fuerza, con sitios peligrosos y temidos, y río abajo está el lugar donde los hombres pueden vivir(107).

Las formas de relación de los Embera Chamí con el territorio estaban mediadas por la agricultura, caza y pesca como actividades principales para la supervivencia. En las comunidades Embera Chamí la fuerza del trabajo se comparte entre hombres y mujeres.

8. RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados de acuerdo con cada uno de los objetivos propuestos:

8.1 Programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino en la E.S.E. hospital San Rafael del municipio de Pueblo Rico - Risaralda

Antes de abordar el contenido del programa objeto de este estudio, vale la pena mencionar que dentro de la Misión de la E.S.E. Hospital San Rafael del municipio de Pueblo Rico se define como objeto la prestación de servicios de salud de baja complejidad con calidad, calidez, eficiencia y accesibilidad a la comunidad triétnica a través de personal idóneo y comprometido. Este mensaje deja expuesto el interés de trabajar en el abordaje de sus etnias, interés que se ratifica en la Visión al definir como meta [...]“*ser a 2020 una entidad de salud de atención pública, que preste servicios diferenciales a la población triétnica, que involucre las instituciones educativas de la región, haciendo énfasis en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad [...]*”(109).

Al realizar este estudio se pudo identificar que el Hospital viene trabajando de manera organizada con su equipo de trabajo y otras organizaciones, entre ellas la academia, para que a través de estrategias interculturales se pueda ofertar un servicio más efectivo a la comunidad indígena habitante del municipio de Pueblo Rico. Muestra de ello es la realización de jornadas extramurales a la zona indígena dos veces a la semana, contratación de una auxiliar de enfermería Embera para charlas educativas, demanda inducida y realización de procedimientos principalmente a los usuarios indígenas.

Teniendo en cuenta que las intervenciones en salud requieren de constancia y tiempo para que generen transformaciones en las comunidades y logren el impacto que se proponen, se evidenció que el programa de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino ha sido un reto para los directivos y personal asistencial del hospital, quienes en vista de las dificultades para que las mujeres Emberas accedieran al tamizaje citológico fortalecieron las estrategias educativas en escenarios diferentes al Hospital tales como escuelas, colegios, zona rural indígena, actividades del Plan de Intervenciones Colectivas PIC, así como las demás actividades desarrolladas por la dirección local de salud del municipio.

[...] “El PIC ha estado trabajando esa parte de las charlas de toma de citología tanto para mujeres como para jóvenes y se hablan más temas, por ejemplo en el colegio indígena de santa Cecilia, allá va Cristina y ella les habla sobre enfermedades de transmisión sexual, autoexamen de seno, toma de citología vaginal, autoexamen de testículo, odontología, autoestima y demás a todos los alumnos de bachillerato porque los jóvenes son más abiertos a esos

temas; esas actividades se hacen cada año en el colegio y se va salón por salón desde el grado sexto hasta el grado once. (H003)

“Quisiera rescatar la parte que estamos haciendo de sensibilización a la población. Educar a la población con respecto a todo lo que tiene que ver con el cáncer de cuello uterino, con la importancia de la citología, el trabajo que se hace con los hombres al interior de las comunidades, aunque es cultural, nosotros no queremos pelear con la cultura, solo queremos hacerles entender la parte del cuidarse, de cuidar la salud. [...] Cuando hacemos extramural o en las actividades que se hacen a través del PIC en las comunidades”. (H001)

Relacionado con las actividades educativas y de demanda inducida, las funcionarias del hospital relataban que aunque era un tema complejo de tratar en las comunidades indígenas, se podían generar transformaciones paulatinas, pues para que las mujeres Embera accedan [...] *“hay que trabajarlas mucho, sensibilizarlas mucho para que lo puedan hacer, pero algunas si lo hacen”* [...] (H002), por lo que conscientes de la realidad han desarrollado estrategias de demanda inducida en diferentes escenarios y momentos de atención como *“En las atenciones que se hacen a través del extra mural, en las actividades que se hacen al interior del hospital con auxiliares del SIAU, también los jóvenes en el área de facturación. Todo el personal”*. (H001).

Como oportunidad de mejora y según lo narra la auxiliar de enfermería Embera, cuando las estrategias de demanda inducida y educación lograron el objetivo de incentivar a la mujer Embera para la realización de la citología, al parecer la funcionaria del hospital encargada del programa, manifestó un aumento en el volumen de usuarias Embera que acudían al servicio y mostró resistencia a la realización de más actividades de CCU. Lo cual desencadenó desmotivación por parte del personal encargado de la educación y demanda inducida, ya que no se permitía el acceso a los servicios ofertados, sólo por la actitud y baja disposición de una persona.

[...] “cuando yo estaba trabajando de traductora no me tocaba hacer estos procedimientos de citología, pero tuve que brindarle una buena charla a la comunidad y hacerle una buena demanda inducida, para yo tener un buen rendimiento en el trabajo en la toma de citologías y eso me sirvió mucho. Al

poco tiempo me fue como quitando el mal que tenía¹, porque mire que yo he recogido bastantes mujeres para tomas de citologías, yo llegaba donde la compañera que tomaba la citología, entonces, bueno ella desde el principio empezó con una buena atención a los compañeros, poco a poco ella fue como aislando la atención de las mujeres; ella decía a las compañeras, que yo le cogía muchas mujeres para la toma de citologías porque según eso ellas nunca, nunca se las tomaban. Entonces Ella me fue diciendo que no, que tanta gente que es mucho trabajo y no estoy para que me estén trayendo un montón de gente para tomas de citologías y todas esas frasecitas me fueron quitando la moral. Como me tocaba hacer otras cosas, a mí me tocaba dejar a esas mujeres en sala de espera para que ellas pudieran pasar a tomarse la citología entonces muchas me venían a quejarse: “yo no me voy a tomar la citología porque esta compañera me dijo que no, que eso era un trabajo muy grande, que si quería viniéramos en otro día” y bueno, ahí esas mujeres tenían que irse para sus casitas, sin tener la oportunidad de hacerse tomar la citología. Y entonces como que se me fue bajando la moral. (M004)

Como parte del abordaje diferencial, tal como se mencionó anteriormente se resalta la propuesta de contratar una auxiliar de enfermería Embera para que mediante el uso del mismo lenguaje realice las actividades educativas y fomente el uso del programa, así como alternativa de acceso para la realización de las citologías a las compañeras de su etnia. Otro punto para destacar como atención diferencial es la ampliación de la oferta de servicios hacia las comunidades rurales, ya que el acceso y adherencia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad también se ven restringidos debido a la dispersión geográfica y difícil acceso hacia la zona urbana.

Adicional a lo ya expuesto, el hospital ha intentado a través de incentivo, persuadir a las mujeres para que accedan a la realización del tamizaje citológico, utilizando pinta labios mágicos, accesorios para el cabello, cortes de cabello, refrigerios y otros servicios adicionales a los ofertados por el sistema de salud, con el fin de captar la atención e inducir a la demanda del servicio en las comunidades indígenas, esta estrategia la relata una funcionaria del Hospital de la siguiente manera:

1 “El mal que tenía” Se refiere a la motivación inicial que tenía la auxiliar Embera para la realización de demanda inducida al programa de CCU, que se entorpecía porque cuando las mujeres accedían a la realización de la citología, la persona encargada de hacerlas ponía barreras para la toma.

“Nosotros la otra vez para que ellas se dejaran tomar la citología nosotros le decíamos “le vamos a dar un corte o un labial si se toma la citología”, fue ahí donde se notó la captación de ellas, entonces cuando había muchas y no había corte para todas entonces se les daba labial rojo como a ellas les gusta y se rifaba uno o dos cortes entre ellas”. (H003)

A continuación, se presenta un esquema del proceso de atención establecido actualmente por el hospital San Rafael del municipio de Pueblo Rico, para la atención de las usuarias Emberas de acuerdo al programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, esta información se construyó a partir de los relatos hechos por las funcionarias del hospital objeto de esta investigación, los puntos positivos del programa se describiendo anteriormente.

Esquema 3. Funcionamiento del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino en la E.S.E. hospital San Rafael del municipio de Pueblo Rico Risaralda – Risaralda.

Según lo expuesto anteriormente, se esperaría que con todas las estrategias realizadas por el hospital aumentara el número de citologías en las mujeres indígenas y mejorara las coberturas esperadas para el programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino. Para comprobar si estas estrategias tuvieron aceptación o no, inicialmente se planteó dentro del estudio validar las coberturas obtenidas por el hospital en los últimos 10 años, no obstante al verificar con el área de estadística del Hospital informaron que la variable del grupo étnico o raza no se tenía identificada en las bases de datos del Hospital, por tanto sólo se cuenta con información a partir del año 2017, año donde se incorporó la variable étnica a los sistemas de información de la ESE.

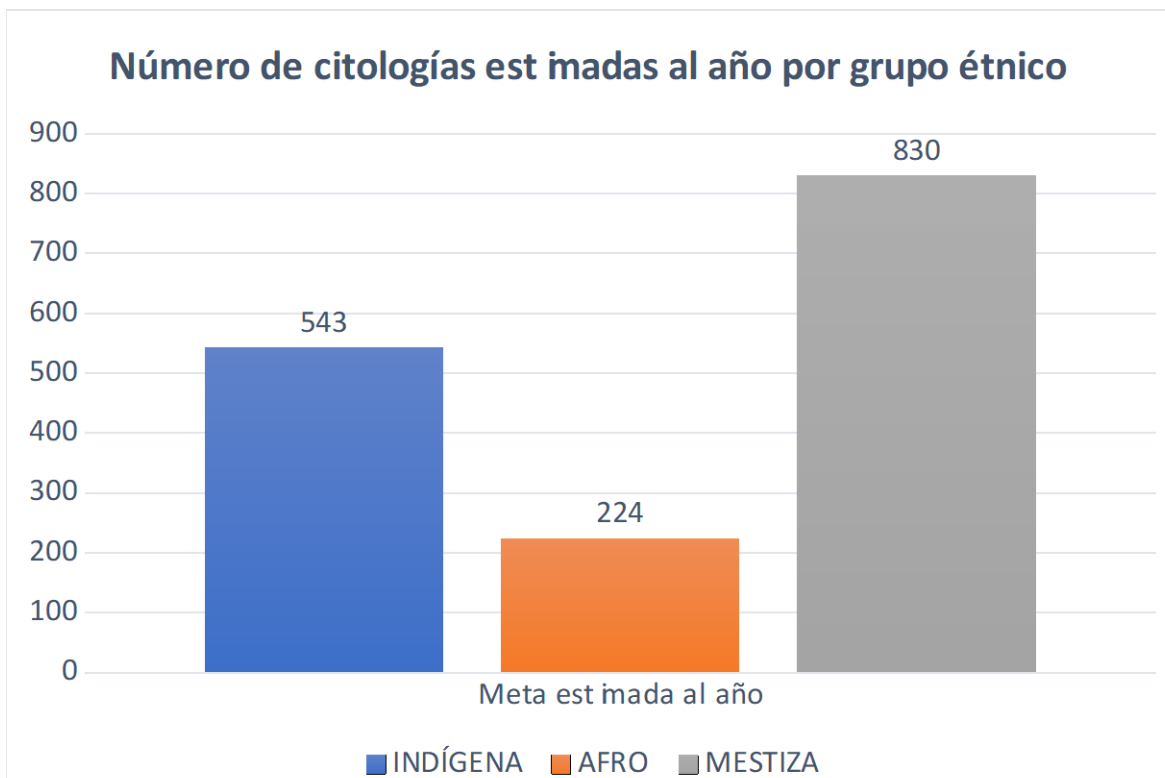
A continuación, se exponen las cifras sobre metas del programa y cumplimiento de las mismas según la pertenencia étnica de las mujeres.

8.1.2 Cobertura del programa de detección temprana del cáncer de cuello Uterino en Pueblo Rico, Risaralda

De acuerdo con la población total estimada en el municipio de Pueblo Rico - Risaralda para el año 2019 y a la distribución de los grupos étnicos en el municipio, cuya población mestiza alcanza el 52%, los indígenas 34% y los afrocolombianos 14%. Se expone que el comportamiento esperado de las metas de cobertura para el programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino sea diferente de acuerdo con la etnia. Cabe resaltar que dentro de los datos estadísticos del Hospital no se tienen definidas las metas de los programas por etnias, sino por EPS, ya que los reportes de las actividades realizadas se hacen según la afiliación que tiene la población al sistema de salud.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la población indígena en el municipio está afiliada a una sola EPS indígena y que se contaba con la meta estimada de actividades de citología para el año se proyectó esta misma meta de acuerdo con el porcentaje de población que corresponden para etnia y poder tener un comparativo entre el cumplimiento de metas en el programa. En ese sentido se obtuvo un número estimado de mujeres objeto de la tamización mediante citología al año correspondiente a 830 para mujeres mestizas, 543 para indígenas y 224 para afros (Gráfico 1).

Gráfico 1: Meta anual estimada para el programa de detección temprana del cáncer de cuello Uterino en el Hospital San Rafael de Pueblo Rico, de acuerdo con la etnia.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Hospital

El gráfico 1 permite evidenciar que el mayor número de citologías a realizar por parte de la ESE corresponden a la población mestiza, sin embargo la etnia indígena tiene un número considerable de citologías al ser el 34% de la población del municipio, caso contrario el que ocurre con la población afro ya que sólo corresponde al 14% de la población y se encuentran concentradas mayoritariamente en la zona urbana del corregimiento de Santa Cecilia.

A continuación, se identifica el cumplimiento de las actividades propuestas para realización de citologías en el hospital San Rafael de Pueblo Rico, de acuerdo con las metas por grupo étnico durante los tres (3) periodos propuestos y de los cuales se pudo obtener información. Se aclara que la información del año 2019 no contiene la información del último mes, ya que para el momento de la recolección de la información transcurría el mes de diciembre, por tanto, sólo contiene datos de las actividades hasta el 30 de noviembre.

Gráfico 2: Citologías realizadas en el Hospital San Rafael de Pueblo Rico, de acuerdo a la etnia, durante los años 2017, 2018 y 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Hospital

A simple vista el comportamiento de la realización de citologías se corresponde con lo esperado y es que sean más las citologías realizadas a la población mestiza y menor a las afrocolombianas. Sin embargo, al analizar los datos del número de citologías realizadas versus la meta esperada, se evidencia que durante los tres (3) años el programa no ha cumplido con la meta establecida, no obstante, es el grupo de las indígenas las que han presentado menor cumplimiento de la meta, a excepción del año 2017 donde la meta para las afro estuvo menor a las indígenas, con 33% del cumplimiento para afros versus 35% de las indígenas. Cifra que para el año 2018 cambió drásticamente al tener la población afro cumplimiento del 65% de las actividades (Ver tabla 4).

Durante el año 2018 se obtuvo el cumplimiento más alto del programa en la población indígena con el 44% posiblemente como resultado de las actividades de educación y demanda inducida implementadas por el hospital a través de auxiliar Embera, grupo extramural, estímulos y demás actividades implementadas, adicional a que era la auxiliar Embera la encargada de realizar las citologías a esta población, durante algunos periodos del año.

Tabla 4. Cumplimiento de metas para el programa de citología según etnia

	INDÍGENA META 543		AFRO META 224		MESTIZA META 830	
AÑO	# Citologías tomadas	% Cumplimiento	# Citologías tomadas	% Cumplimiento	# Citologías tomadas	% Cumplimiento
2017	191	35%	76	33%	343	41%
2018	240	44%	147	65%	391	47%
2019 NOV	159	29%	92	41%	364	43%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Hospital

8.2 Características socioculturales relacionadas con el género, que influyen en la práctica de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas Embera.

El interés principal de esta investigación fue conocer los detalles sobre la vida de las mujeres Embera Chamí, especialmente los procesos de construcción de sus familias, su vida en pareja, intimidad, sexualidad, gestación y parto, entre otras temáticas que son de difícil apertura para entablar un diálogo sincero y profundo, por lo que reconociendo la sensibilidad frente a los temas de salud sexual y reproductiva que tiene esta población, fue necesario manejar un protocolo de entrevista basado en la generación de confianza que permitiera la apertura de las mujeres en su diálogo.

8.2.1 Descripción de participantes

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 7 participantes, entre ellas 3 funcionarias del Hospital y 4 mujeres Embera de acuerdo con los criterios de inclusión definidos en la metodología. Las características de cada mujer entrevistada se describen en la tabla 4.

Tabla 5. Descripción de las participantes del estudio

PSEUDÓNIMO	POBLACIÓN	PERFIL	CARACTERÍSTICAS
M001	MUJER EMBERA	Lideresa Entre 25 y 29 años	Edad: 26 Años Estado civil: Casada desde los 14 años Edad esposo: 28 años Número de hijos: 2 Edad hijos: 12 y 6 años Escolaridad: 7mo Residencia: Pueblo Rico Ocupación: Trabaja con el Resguardo
M002	MUJER EMBERA	Residente zona rural cercana (< 2 horas) Entre 25 y 29 años	Edad: 27 Años Estado civil: Unión libre desde los 18 años Edad esposo: 34 años Número de hijos: 3 Edad hijos: 8, 5 años y 3 meses Escolaridad: Undécimo (actualmente) Residencia: Vereda Bajo San Juan Ocupación: Estudiante y ama de casa
M003	MUJER EMBERA	Residente zona rural dispersa (>4 horas) Entre 25 y 29	Edad: 26 Años Estado civil: Casada desde los 14 años Edad esposo: 30 años Número de hijos: 4

		años	Edad hijos: 11, 5, 3 y 1 año Escolaridad: Sin escolaridad Residencia: Vereda Angostura Ocupación: Ama de casa
M004	MUJER EMBERA	Auxiliar de enfermería	Edad: 36 Años Estado civil: Casada desde los 14 años Edad esposo: 36 años Número de hijos: 4 Edad hijos: 18, 13, 10 y 5 años Escolaridad: Técnico aux. enfermería Residencia: Pueblo Rico Ocupación: Trabaja en el Hospital
H001	FUNCIONARIA HOSPITAL	Trabajadora social de la ESE	Edad: 46 Años Etnia: Afro Antigüedad en el Hospital: 24 años
H002	FUNCIONARIA HOSPITAL	Auxiliar de enfermería del Programa CCU	Edad: 56 Años Etnia: Afro Antigüedad en el Hospital: 29 años
H003	FUNCIONARIA HOSPITAL	Enfermera > 5 años trabajando en la ESE	Edad: 42 Años Etnia: Mestiza Antigüedad en el Hospital: 18 años

Los relatos de las participantes se organizaron de acuerdo a las categorías de análisis y estableciendo relación entre las categorías. Fue así como se logró organizar la información producto del estudio y de la cual se hará la presentación de los resultados.

8.2.2 Interculturalidad

Frente a la aceptación del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino por parte de las mujeres Embera, las funcionarias del Hospital perciben que una de las barreras para que las mujeres Emberas accedan a la realización de la CCU es la percepción que tienen las mujeres de sus partes íntimas, la pena, la falta de decisión sobre su cuerpo, pero especialmente el papel que juega es esposo, tal como lo relataron las tres entrevistadas en los siguientes apartados:

[...] “porque no les gusta o porque el esposo no las deja, que porque no se dejan ver sus partes íntimas, que por su cultura, ellas ponen diferentes excusas” (H001).

[...] *“a las Emberas a veces es muy difícil tomarles la citología, no tanto por ellas sino por el esposo porque el esposo no deja que le miren los genitales a la esposa, entonces ellas tienen que pedirles permiso a ellos para tomarles la citología, si ellos dicen que si sí, sino no, así ellas quieran” [...] (H002).*

[...] *“Pienso que la parte del esposo es fundamental porque a los hombres no les gusta, ellos no quieren y no las dejan, se ve mucho el machismo y si el esposo dice que se tomen la citología, ellas acceden así ellas no quieran” [...] (H003).*

Como ejemplo de lo mencionado por las funcionarias del Hospital, se expone el relato de una de las entrevistadas:

[...] *“Esta semana un indígena vino a planificar y no había inyección de los 3 meses y les dije que estaba descontinuada por el laboratorio y que el único método que les podía ofrecer era la pila y él dijo que le pusiera la pila pero ella no quería y le dije que decidieran y él dijo que no quería hijos todavía entonces que se la pusiera y ella accedió”. (H003)*

Por otra parte, según lo relata la auxiliar de enfermería Embera, una de las inconformidades expuestas por las indígenas que ya se han realizado el examen de la CCU, se relacionan con la actitud del personal del hospital, ya que corrió el rumor entre la comunidad indígena que en el hospital se reveló la intimidad de la mujeres Emberas, no se trató con respecto y se violó la confidencialidad. Razones que fueron expuestas por las mujeres indígenas a sus gobernadores y a la vez se citó a asamblea para tratar ese tema, con lo cual se perjudicó el proceso de credibilidad y confianza por parte de la población indígena hacia el personal del hospital.

[...] *“ellas me decían: es bueno que usted misma nos haga el procedimiento, porque nosotros con mestizos no queremos porque ellas son muy groseras nos ponen a ultrajar. ¿Y sabe otro motivo? la gente se desmotivó de la toma y el cabildo también se suspendió sobre ese tema, porque resulta que unos auxiliares de aquí del hospital, no sé qué cierto será, que andaban diciendo en la calle sobre las intimaciones de las compañeras indígenas y la gente se enteró de eso. [...] Entonces a mí las autoridades me llamaron para la asamblea, me tuvieron ahí, me llamaron la atención y me dijeron que eso no era debido, que el hospital estuviera burlándose de las compañeras indígenas, viendo que eso exponiendo la importancia de la salud de ellas mismas y para toda la comunidad. [...] Pues eso era lo que salió en los comentarios que la auxiliar que se encargaba de tomar las citologías que andaba criticando sobre las mujeres indígenas, bueno que las mujeres*

indígenas eran muy cochinas, tantas cosas, tantos comentarios. Entonces eso llevo eso al resguardo a los oídos del cabildo, entonces ahí es donde Raúl (gobernador indígena del Resguardo), tuvieron un debate con todas las autoridades. [...]Entonces ahí los gobernadores como que se fueron diciendo que ellos no le iban a permitir más esas críticas que porque era muy malo que estuvieran haciendo esas críticas de las mujeres. Pero eso había quedado como quieto y no nos volvieron a decir nada. (M004)

Lo anterior es una muestra de las implicaciones que tiene el personal de salud al abordar un tema tan sensible como la sexualidad y los genitales de las mujeres, ya que faltar al principio de confidencialidad y dar un mal manejo a la información que se revela en un acto de prestación de servicios de salud, revela comportamientos antiéticos, que afectan la confianza en los servicios prestados por parte de las instituciones de salud y la adherencias a todos los programas incluidos los de detección temprana.

Es importante aclarar que el relato de la auxiliar de enfermería Embera, denota un buen manejo del tema sin embargo no se expone la totalidad de los resultados en este apartado debido a que hace parte de su labor diaria, por lo que el contenido que se resalta es referente a sus observaciones en la prestación del servicio como funcionaria del Hospital:

“Yo he venido observando durante el tiempo que he venido trabajando aquí en el hospital, es un programa muy importante para nosotras las mujeres, yo personalmente he captado la importancia de este programa. La toma de la citología en nosotras las mujeres se debe realiza a partir de la edad cuando ya empiece con el acto sexual, desde ese tiempo ya se empieza a realizar la toma de la citología, para descartar cualquier infección que haya y para descartar también un cáncer de cuello uterino. Eso es lo que yo he aprendido del programa que es importante para nosotras las mujeres. (M004)

8.2.3 Interculturalidad en salud

Las comunidades indígenas tienen una definición diferente y a lo mejor más amplia de lo que es la salud y enfermedad, pues si bien muchas de sus enfermedades son atribuibles a Jai Malo o Espíritu Malo, el cual puede ser provocado por otros y por la naturaleza. De acuerdo a los relatos, los conceptos de salud- enfermedad se relacionan con la cosmovisión que como grupo étnico tienen, por lo que estos conceptos tienen definiciones entre lo sobrenatural y el cuerpo,

sin identificar un modelo causal hegemónico de salud – enfermedad. Así como los conceptos de salud – enfermedad que poseen los integrantes de la comunidad con roles en función de mantener las prácticas en salud (Jaibanás, Yerbateros, Parteras, entre otros).

Sin embargo, según el grado de contacto que tenga la población indígena con el mundo occidental, se apropian de conceptos alrededor de lo que es la enfermedad, muestra de ello es el relato de la lideresa entrevistada:

“Pues para mí la enfermedad, por mi parte se que la enfermedad donde dice que alguna infecciones”. (M001) Frente a las enfermedades propias de la mujer ella expresó: “Embera wera sólo cólico, diarrea”. (M001) Al intentar encontrar diferencias, se indagó sobre las enfermedades de la vagina e insistió en: “sólo conozco infecciones”. (M001).

Los relatos de las mujeres abren paso a lo que son las figuras de salud propias de la comunidad Embera Chamí, ya que al cuestionar sobre a quién acuden las mujeres en caso de enfermedades y las alternativas en salud, afirman: *“Pues yo por mi parte lo que estoy diciendo pues cólico y otras cosas más curan pues hay veces Jaibaná o hay veces hospital. [...] Si es un sangrado tiene que atenderse los yerbateros que usan plantas para el ensangramiento. (M001).*

Sí! Jaibaná cuando está enferma le dejan cantar primero a Jaibaná y después lo lleva al hospital. [...] *Cuando está saliendo con sangre hay unos que dejan cantar ante el Jaibaná y cuando siente diferente va al hospital. (M002)*

Frente al uso de los servicios de salud, es poca la utilización de estos, no sólo por sus usos y costumbres, sino por la dispersión geográfica del territorio, generalmente acuden primero a los expertos en salud de sus comunidades y acceden a los servicios occidentales en caso de no presentar alivio. Del mismo modo, se resalta el papel de las personas de la comunidad con formación en salud que motivan el uso de los servicios occidentales, en palabras de las mujeres:

“Muy poco va uno al hospital y a uno cómo no explican bien, hay veces comenta es el cuñado de Erney que él estudió enfermería y él ha dicho a las muchachas en la casa tienen que estar acudiendo para el hospital, que tiene que estar haciendo examen, él ha manifestado porque él es enfermero entonces sí da una orientación”. (M001)

“Cuando uno queda enferma ya uno corre al hospital y al Jaibaná también cuando ya es tratamiento o es enfermo de ellos lo cura si no uno va al hospital, cuando ya tiene dolor o el estómago o siento en la vagina dolor ya uno va al hospital y mandan pastilla. (M002)

Del mismo modo en que la comunidad concibe sus procesos de salud – enfermedad, así mismo realiza prácticas en salud, los cuales se corresponden a las dinámicas de sus figuras propias de medicina tradicional, detalladas de manera más amplia en el siguiente apartado.

Considerando que es la salud sexual y reproductiva de las mujeres uno de los ejes de este estudio, cobra mayor importancia el rol que juegan las parteras en las comunidades Embera Chamí. Sin embargo, en los apartados anteriores se ha reconocido el papel del Jaibaná, yerbatero y personas con formación en salud, que tiene la comunidad como parte del recurso humano en salud propio.

La realización de preguntas como: ¿sabes que es el cáncer? ¿Alguna vez has escuchado algo sobre el cáncer? ¿sabes qué tipo de cáncer le da a la mujer?, entre otras preguntas, siempre obtuvieron una respuesta negativa, de silencio o expresión de desconocimiento por parte de las entrevistadas, incluso la líder Embera quien tuvo amplias respuesta a lo largo de toda la entrevista, sólo refirió: *“Pues yo he escuchado que el cáncer es una enfermedad que causa es para morir uno, no se que se inventan muchas cosas”.* (M001)

Lo anterior pone de manifiesto que el desconocimiento hacia el cáncer se puede deber a varios factores, entre ellos a su propia concepción de enfermedad, desinterés hacia las enfermedades occidentales, procesos educativos inapropiados, poco eficaces en la transmisión del mensaje o simplemente falta de educación al respecto. Características que a la vez sirven para explicar el conocimiento sobre la citología y las barreras para acceder a este examen de tamizaje.

8.2.4 Cultura

Al analizar los relatos de las mujeres Embera frente a sus familias, se evidencia que provienen de familias nucleares, compuestas por más de tres (3) hijos, en dónde la madre ha tenido menor acceso a educación frente al padre, generalmente son mujeres analfabetas, se dedican a las labores del hogar y no tienen remuneración por su trabajo, el cuidado de los nietos, tejer artesanías, ayudar en la recolección de la cosecha, algunas mujeres cumplen la misión de ser las

parteras y mayores de las comunidades, figuras de mucha confianza, sinónimo de sabiduría y respeto en las comunidades. Tal como lo expresan las mujeres en el siguiente relato:

[...] “los esposos confían en las parteras, porque ellas tienen su respeto, ellas tienen sus conocimientos. Ellos les tienen mucho respeto a ellas. [...] Porque es que las parteras la mayoría son mayores. [...] la mayoría de las parteras son analfabetas (M004).

En cuanto a los padres de las entrevistadas, se refleja que tienen mayor oportunidad de acceder a educación y campos laborales como la docencia o trabajos con instituciones del estado como ICBF, sin embargo gran parte de los hombres se dedican al pan coger mediante el cultivo de maíz y padachuma (plátano en Embera). En palabras de las mujeres indígenas: [...] *“Mi papá es docente y mi mamá ama de casa, mi mamá no tiene ningún estudio. Ella sólo trabaja artesanías y tejiendo canastos” [...] “Mi mamá cuida mis hijos porque yo mantengo ocupada” [...] (M001)*

[...] “En la comunidad sí siembran, siembran plátanos, maíces, yucas, frijoles, mafafas, todo! (M002)

[...]”Mi papá trabaja en finca no más, con plátano no más!, cultiva. (M003)

Estos hechos revelan algunas dinámicas ocupacionales de la población mayor y pone de manifiesto el bajo acceso a recursos económicos en las comunidades. Respecto a los modos de empleo, una de las mujeres informó que:

[...] “en el resguardo el primer empleo es la artesanía porque ingresa recurso, con el arte se alienta a estudio, todo!” (M001). Además, al preguntar sobre quienes eran las personas que tejían en la comunidad manifestó: “Tejen entre ambos, niños, mujeres y hombre” (M001).

Otra característica expuesta es el poder que tienen la autoridad indígena dentro de las comunidades y la afectación frente a la toma de decisiones, en el caso de los programa de salud, faltan de lineamientos claros por parte de sus gobernadores frente al uso de los servicios de salud, especialmente en lo que refiere a planificación familiar, ya que como se expuso anteriormente parte de su organización tiene como directriz de comportamiento lo considerado por los gobernadores mayores y menores, así como la junta directiva de cada vereda o comunidad, esto se expone en el relato de una de las mujeres residente de una veredas cercana:

“En la comunidad bajo San Juan si uno planifica es malo, si uno coloca el implante es malo, si uno coloca el dispositivo es malo, si uno se embaraza también es malo. [...] Eso la comunidad es así [...] que es malo de planificar. (M002.

8.2.5 Género

Por otra parte, al comparar las dinámicas de la población mayor con las de la población entrevistada, se evidenció mayor nivel educativo en las mujeres más jóvenes, aunque puede variar de acuerdo con dispersión geográfica. Sin embargo, la familia sigue siendo nuclear, todas las mujeres entrevistadas viven con su pareja e hijos, excepto la líder quien sólo está con sus hijos los fines de semana, el resto del tiempo los niños viven con la abuela. Con relación al ciclo y proyecto de vida de la mujer Embera, se pone de manifiesto que la familia tiene mucha influencia sobre la toma de decisiones, entre ellas la elección del esposo o marido, ya que es el padre de la mujer quien elige al que será su compañero de vida. La mujer Embera se casa y forma hogar alrededor de los 14 años, nadie le explica la vida en pareja y no está claro la transición entre el noviazgo y el matrimonio, ya que en algunos casos el primer contacto que tiene la niña con el que será su esposo es el día del matrimonio en la iglesia, se evidencia que la mayoría de los matrimonios son católicos. Posterior a este encuentro se trasladan para la casa de alguno de los padres de la pareja, generalmente la casa del esposo, donde la niña cambia de rol, convirtiéndose en esposa y ama de casa.

[...] “Yo me casé a los 14 año [...] Pues cuando yo casé no era como enamoramiento, ya eso era uno casar inocente (risas) [...] Yo estudié hasta el grado séptimo en el colegio Kundumí, porque en esa época apenas había grado séptimo, a lo que yo estuve en el grado séptimo me desvinculé del estudio al casarme [...] La ceremonia donde yo casé fue en la iglesia. [...] como a mí me dieron plazo de casar como de seis meses. [...] Y ya casé, porque ya en el época de nosotros no había como conversar con el muchacho, ya después de casar no más arrimaban pero ya. [...] Ni amigos, ni conversaban, nada. ([...] Y sí ya el día del matrimonio ya para irse a casar, ocho días antes hablar con el Padre que si prometían o no prometían, cuando el Padre preguntaba que si conocía la familia del muchacho, también preguntaba el muchacho que si conocía la familia de mi parte y ya. [...] (M001)

[...] “No, en la casa de mi suegro, cuando ya cogen la mujer la llevan donde suegro. [...] Como mi suegro es docente mantiene casa de material, ellos viven en casa, como sus hijos son nueve hombres, ellos tienen cada uno su pieza”. (M002)

Sólo una mujer residente de una vereda cercana al municipio, relató un proceso de cortejo y conocimiento de la pareja antes del matrimonio, se relaciona también con el hecho que su padre no estaba de acuerdo con entregar a sus hijas en matrimonio, sin embargo tuvo que dar el visto bueno para su hija formara un hogar en pareja, ya que fue a los 18 años cuando la mujer contrajo nupcias.

[...] “Sí, él era de la misma vereda, yo no sabía que él iba a coger a mí, nos habíamos enamorado (risas) [...] Yo tenía 18 años y él tenía 25 años. [...] Ahí mismo, hablando lo vine a conocer. Él sí que mantenía enamorado pero yo no sabía de enamorar, ni nada! Yo no pensaba nada. Sí, uno no pensaba que a uno lo iban a coger, uno mantiene sin saber y cuando él vino a pedir el permiso, mi papá así no le gustaba nada, mi papá si no le gusta dar las hijas. [...] Él a mí pues venía a la casa, mi papá iba a otra parte mi papá no entregó y él venía hasta que quedamos que de novios. Sí, él venía a la casa traía así como usted sabe, traía de frutas así, de dulcería, chocolatinas, (risas), así”. (M002)

En promedio al año de casados, se da el primer embarazo, en medio del desconocimiento y hasta frustradas por lo inexplicable de su condición, las mujeres continúan sin una orientación clara frente a sus cambios de roles, ya que ni las madres ni las mujeres de la comunidad generan procesos de dialogo sobre los temas íntimos femeninos. Por lo que la maternidad en muchos casos no se asume con felicidad. Además se evidencia que la maternidad la ven como compleja y sin expectativas de tener más hijos, pero interviene la expectativa del esposo, por lo que se ve desplazada la decisión de las mujeres:

[...] “Yo en este que tuve (refiriéndose al último hijo), yo no lo quería tener [...] él (refiriéndose al esposo) no más quería tener una niña, que le gustaba, que quería una niña, yo por mí si no me gusta casi cargar bebé. [...] Ya no quiero más, yo si se iba dejar él operar por mí! Él no mas no quiso que dejar planificar un mes. [...] (M002)

Los roles de la mujer Embera en la casa se concentran en el cuidado de los hijos, aseo a la vivienda, cocinar, ayudar a traer la cosecha, cargar la leña para el fogón, la mayoría tejen con shakiras (mostacillas), se elaboran sus propios vestidos a mano, cada encaje y cada prenda es fijado con aguja e hilo.

[...] *“Veía algunas mujeres que dedican a cuidar sus hijo. Cuidar a los hijos, hacer aseo en la casa, lavar ropa y otras cosas. Cocinar y algunas mujeres que no están dedicadas de estudio y ellas trabajan ahí en casa. También cargar leña, plátano, de todo”. (M001)*

[...] *Primero levantan, bañan, después prenden el fogón, como cocinan en fogón! [...] Primero yo en la casa, primero me levanto, me baño, me arreglo bien, primero lo que hago es la agua panela, el café pa’ los niños, después de eso monto el arroz, lo que uno lo va a hacer. [...] (M002)*

El nivel educativo de las mujeres Embera también depende de los padres, ya que en algunos casos las niñas no acceden a la escuela por voluntad de ellos y en otros casos se ven obligadas a abandonar sus estudios en el momento del matrimonio. Se encontró una diferencia mayor en la mujer con residencia en la zona rural dispersa, ya que no tuvo acceso a la escuela.

[...] *Anteriormente los papás eran muy celosos, a la edad de 9 año a lo que llegue al grado quinto la sacaban del estudio, que no podía estudiar, que no sé qué, ya hoy en día no! ya hoy en día exigen entre las niñas y los niños que quiere estudiar. Ya han cambiado mucho, por mi parte la comunidad de zona uno donde están habitados nueve comunidades han seguido adelante”. (M001)*

[...] *No estudié [...] mi mamá no hacía ir al estudio (M003)*

Sin embargo, como en el caso de la líder Embera hoy en día reflexiona sobre su condición de esposa a temprana y edad, así como el papel que jugó su padre en el desenlace de su proyecto de vida, ha dialogado al respecto con su padre sobre su pasado y lo que sería de su vida si no se hubiese casado, además hace referencia a que la práctica de ser el padre quien elige al esposo de sus hijas ha cambiado, por lo que se presume que actualmente las niñas podrían estar viviendo la etapa del noviazgo previo al matrimonio, alude que puede deberse al uso de la tecnología y celulares, en palabras de la líder:

[...] *“ya hoy en día ya la muchacha enamora al muchacho, ya la papá no puede imponer, porque ya la muchacha ya está enamorando el muchacho, pero en la época mía no era así (triste) [...] En esa época? como ya hoy en día ya cambiaron, en esa época solamente pedían mano es al papá, no preguntaban ni a las hija que si quería ese muchacho, nada, solamente dialogaban entre el papá y mamá, entre papá de la muchacha y el papá del muchacho, dialogaban y ya comprometían de casar y ya. [...] Esa época era muy duro*

pero ya hoy en día, ya el noviazgo, ya conversan celulares, ya hoy en día cambió mucho. [...] porque ya hoy en día ya la tecnología está cambiando mucho [...] (M001)

[...] y yo comentaba a mi papá: “papá ya este época ya ha cambiado, usted cuando me dejó casar ni me preguntó, no me dijo nada” [...] y yo le había explicado eso a mi papá, esta semana le dije esas palabras a mi papá: “y como le parece papá cuando usted me dejó casar yo era muy niña y yo era inocente conmigo misma” [...] Yo me reflexiono sola, ¿si mi papá no me hubiera casado, dejado casar así, que iría o yo tenía algún estudio adelante?. Yo he dicho así, en mi edad yo ya estaría profesional! Yo he dicho eso a mi papá”. (M001)

Cabe resaltar el papel de algunas mujeres líderes las cuales han trabajado por visibilizar la importancia de la mujer en la comunidad, así como formar más lideresas y mujeres que reconozcan y defiendan el valor que tienen en la sociedad Embera, sus derechos, sus diferencias frente a las oportunidades que tienen los hombres y que no tienen las mujeres. No obstante, algunos hombres desvirtúan el papel de la mujer.

[...] “En la comunidad ya representa mucho a las mujeres porque las mujeres dan valores, porque las mujeres dan producto, como en el resguardo como yo he manifestado como líder a otras compañeras, las mujeres valen mucho, porque las mujeres tienen tus hijo y mientras los hombre no, nosotras damos el producto, producimos, mientras los hombres no. Por eso nosotros valoramos mucho es a las mujeres. [...] Sí hay muchas mujeres que ya están liderando y hemos orientado, yo he orientado a las compañera, nosotros también valemos y más que los hombres! porque nosotras somos resistencia, porque los hombres no sienten dolor que siente una mujer al tener bebé, porque hemos dicho y hemos planteado así: las mujeres también tienen su capacidad de estudiar y seguir adelante y las mujeres tienen un compromiso grande y responder como hizo el trabajo mientras los hombres no. [...] Hay veces los hombres nos han manifestado que no, que las mujeres no servimos para nada, que las mujeres tienen que estarse en la casa pero hemos respondido: “pero las mujeres también tenemos el derecho como usted tienen el derecho” y hemos planteado así en todas partes”. (M001)

Al indagar frente a los sueños y plan de vida de la mujer Embera, las siguientes frases fueron algunas de las que mencionaron, se aclara que no era fácil para las entrevistadas el concepto de tener un plan de vida, objetivo o sueños por cumplir, se insistió en recordar cuando eran niñas que querían ser cuando fueran grandes, sin embargo sus caras reflejaban desconocimiento.

Pareciera que para las entrevistadas el tiempo no fuera lineal, su visión se mantiene en un continuo presente. La mujer líder tuvo una respuesta más nutrida frente a condición general de las mujeres de su comunidad, al indagar sobre: ¿con qué sueña una mujer Embera?:

[...] *“Con nada, por eso anteriormente ni sabían firmar ni nada. Solamente casar y ya, tener bebé y ya, pero ya hoy en día no. [...] Ellas en este momento sueñan hay veces que se sostienen con su artesanía. (M001)*

Al comparar la situación de la líder frente a las demás mujeres, ella manifestó:

[...] *“muchas compañeras mencionan: que bueno estar así como usted liderando, si yo tenía estudio iba a estar así. Hay algunas mujeres manifiestan: nosotros solamente quedamos de cuidar hijo y ustedes qué bueno que viven. Han manifestado muchas compañeras y muchas compañeras que están apenas arrancando, sí hay algunas compañeras tienen su estudio.*

Al indagar sobre los sueños de las hijas de las mujeres entrevistadas, al parecer existe una transformación en los planes de vida de las niñas, por lo menos así lo reconoce la líder de la zona uno, quien afirma:

[...] *“Pues eso va en cada quien, de cada niño, por ejemplo la niña mía como me manifiesta y dice: “mamá voy a ser esto y esto, voy a estudiar mi estudio, yo quiero ser profesora o hay vece no mamá voy a ser policía!” ella me dice así mi sueño es este. [...] en zona uno ya tienen sus niñas siguiendo adelante, muchas niñas que están estudiando en la enfermería, ellos han manifestado que nosotros queremos ser esto, para que la gente no esté humillando, queremos vivir vida buena, con los estudios”. (M001)*

Aunque después de casadas, sus roles como esposas y madres, así como la negación de sus esposos les dificulta estudiar, para algunas mujeres, los esposos acceden a que continúen el estudio. A continuación, se reflejan los dos casos:

[...] *“Ahí en la comunidad uno no puede estudiar, usted sabe que en los indígenas, las mujeres ya estudian y consigue quisque otro mozo y por eso el esposo rechazar, las mujeres mantienen así y por eso no dejan estudiar. Mi esposo si no dice, dice que si quiero estudiar una carrera. [...] Yo estoy estudiando el once. [...] Mi cuñado está trabajando en la modalidad de ICBF y él es así, por estudiar rechaza a la mujer, dice que la esposa la de la casa y ellos quedan como un pendejo!” (M002)*

Al indagar sobre las características de las mujeres Emberas, la líder manifestó: [...] “Nosotras identificamos como mujer en el género, entre hombres y mujeres identificamos en el género porque ser hombre es muy diferente. [...] Por el vestido, por la pintura, por el cabello. (M002)

Frente al respeto y trato con los hombres, ninguna mujer manifestó maltrato físico por parte de su esposo, solo una mujer narró que a pesar que su esposo no la maltrata, en la comunidad de ella hay mujeres que sí sufren de maltrato, una de las causas que señala es por celos, sin embargo las mujeres no dejan al esposo. En palabras de la mujer Embera:

[...] “Desde que vivo yo aquí no sé qué es golpe, qué es maltrato [...] a las otras?, nooo a las otras maltratan, las insultan, hay unas mujeres que les pegan. Los hombres son muy celosos, que se ponen a pegar a las mujeres. [...] mujeres no dejan a esposo cuando les pegan. (M002)

Esta condición de sumisión se convierte en una de las barreras para que las mujeres accedan a la realización de la citología, ya que es el mismo hombre quien decide qué hace la mujer y qué no. Esta percepción la comparten algunas de las mujeres entrevistadas, entre ellas la auxiliar de enfermería Embera.

[...] “Mire, digamos que ellas no tienen tanta duda como se toma la citología, pero sabe que pasa, si el esposo dice: usted no se va a realizar tal cosa; ellas tienen que hacerle caso al esposo. Si el esposo dice usted no va a hacer esta cosa sin que yo le autorice entonces uno puede concientizar a ellas, pero yo no puedo aceptar porque mi esposo dijo que no y que no” (M004).

Lo que se está planteando es que la estructura familiar conyugal tiene mucho peso sobre los comportamientos de las mujeres y en esa medida el cuerpo de la mujer pareciera no ser un elemento de autonomía femenina, se interpreta que el cuerpo está en relación con la autonomía cultural y familiar, ya que pasa de ser el papá quien tiene la autonomía sobre la mujer a ser el esposo quien toma las decisiones incluso sobre su cuerpo.

8.3 Relación entre el significado del cuerpo femenino y la aceptación de la Citología Cervico Uterina para la mujer indígena Embera.

Este apartado permitió comprender con mayor profundidad los motivos por los cuales las mujeres se niegan a mostrar su cuerpo y exponerse al tamizaje mediante la citología. Al continuar la secuencia de análisis de las categorías propuestas, al retomar la historia de la mujer Embera desde que abandona a sus padres y se une en matrimonio con su pareja a la edad de 14 años en promedio, sin haber tenido un contacto previo, ningún tipo de confianza, ni conocimiento entre la pareja, el vínculo marital da apertura a una relación tipo amistad, en donde la intimidad de pareja y el contacto físico se convierten para la mujer en sinónimo de miedo y pena.

Se resalta de nuevo que en muchas ocasiones es la mamá de las mujeres quienes *tienen el papel de partera y realizan la atención del parto de su hija, en la misma casa donde reside*: “*Mi mamá es partera.[...] Siempre los indígenas lo tuvo en la casa (M002)*. Al indagar sobre las funciones que tiene la partera la mujer responde: “*Partera el parto y ya... [...] o cuando dicen que mujer tiene dolor para orinar, ellos avisan ¿qué por qué está así? Que siento muy raro*”. (M001).

Sin embargo y dentro de la prudencia en sus comentarios frente a la intimidad femenina, la tradición oral de sus conocimientos es limitada, el dialogo sobre la salud sexual y reproductiva es limitado y en ocasiones prohibido por parte de las mayores y parteras, lo cual dificulta la educación en salud y demanda inducida a los programas en las veredas, tal como se expone la auxiliar de enfermería:

“ *[...] Más que todo cuando uno empieza a tocar ese tema, a mostrarles cuales son las importancias y los temas de las partes de la vagina de las mujeres, entonces hay mayores, hay mamás jóvenes, mayores, que llegan a un punto que le detienen la charla a uno. Una mamá mayor le dice a uno: en este momento no se debe tocar este tema, porque supuestamente esas son costumbres de hace miles de años atrás, ese tema no se toca antes los niños, las niñas, ante los jóvenes; sobre la intimidad de la mujer, solo se tiene que enterar uno mismo, no ante las otras personas. Entonces uno ahí se detiene cuando uno empieza con ese tema*”. (M004)

Algunos de los relatos de las mujeres frente a preguntas cómo: ¿A qué edad te llegó el periodo, ¿quién te había hablado de eso? Las mujeres respondieron:

[...] “a los 18 años a mí me llegó el periodo. [...] ni de 14 o de 15, nada, cuando cumplí 18 ahí me llegó el periodo. [...] yo no sabía cómo era llegar una regla, nada, nada. Los indígenas nunca saben, yo no sabía qué era eso, de intimidad de uno, yo no sabía nada. Nunca, nadie decía nada, [...] Yo no sé por qué no lo dicen! Yo no sabía que era relación de uno mismo, dolor de un bebé, nada, inocente era. (M002)

Frente a las preguntas ¿cómo fue la primera noche que durmieron juntos con tu esposo, qué sentiste y cómo iniciaron su intimidad? Las mujeres respondieron:

[...] “uno se da miedo para dormir juntos, como no se ha enseñado. [...] Dormimos en la cama usted sabe que allá hay camas, él dormía con cobija aparte yo también, daba mucha pena. Yo así dormí, usted sabe cómo son los indígenas, entonces dormimos y ya! [...] A los dos días como ya sabe los hombres (risas,) ellos como tienen un pensamiento de eso (refiriéndose al encuentro sexual), pero uno sin saber, pues qué? Las mujeres no sabemos que es para eso. [...] Nada de eso yo no sabía, ni planificar ni nada”. (M002)

[...] “Con miedo uno es desde casado, uno no es capaz de dormir al lado del muchacho, es muy difícil, para yo quedarme amañada a él por mi parte me demoré un mes, para conocerlo a él, me da miedo de dormir, como él era también muy muchacho, los dos porque él también era muy muchacho y ya poco a poco ya vamos acostumbrando”. (M001)

“Si! Miedo, mucho miedo. [...] Dijeron mi suegra, que no podía dejar al hijo solo, que por la noche duermen juntos, dijeron así!”. (M003)

El tema de la desnudez para la mujer Embera es un tema complejo, por el simple hecho de no haber mostrado su vagina a nadie, incluso ni el esposo ha visto los genitales de su esposa, ya que parte de los usos y costumbres de la comunidad es el hecho de dormir con el mismo vestido que usan en su día a día, mismo vestido con el que mantienen sus encuentros íntimos y practican la relación sexual con su pareja, es decir que incluso en la relación sexual la mujer no muestra sus genitales a la pareja.

[...] Yo dormía con vestido, uno disque dormir con calzones o brasieres, nooo!, yo no dormir así. Yo dormir así con la ropa. [...] Después de tener un niño, a los dos hijos mayores, me vio desnuda. (M002)

“Pues en mi parte yo no quito ropa. Yo duermo así con mis vestidos, normal y ya”. (M001)

A la pregunta: ¿quién ha visto tu cuerpo? Las mujeres informaron:

“Si, la partera no más! [...] Mi esposo no, nunca, sólo partera. [...] No, no quiero que miren esto (refiriéndose a la vagina)”. (M003).

En este punto también cobra importancia analizar la percepción y vivencia de las mujeres Emberas durante el estado de embarazo, la atención del parto y la maternidad, ya que, a pesar de ser una población con la natalidad más alta de Risaralda, manifestaron desconocimiento y disgusto con la maternidad, decisión que también se ve influida por el esposo.

El estado de embarazo lo identifican por los cambios propios que genera, no obstante el ingreso a los programas de control prenatal depende también del conocimiento que tengan sobre las atenciones del hospital y las distancias entre los servicios de salud. Así lo relata la líder indígena:

“Pues cuando yo quedé embarazada yo no sentí que yo quedé embarazada, era muy difícil y cuando me sentía como cólico, como gana de vomitar venía para el hospital ¿qué es lo que tengo? Y cuando me dijeron que estaba embarazada ¡ay qué cosa sentí! A mí me da muy duro cuando me dicen que estaba embarazada... me siento es aburrida!... Yo hasta el momento también siento así, yo siento eso!, cuando tuve la niña también, ojalá que yo no tuviera nada!, sin nada de compromisos, soltera. Yo arrepiento! yo he dicho eso a mi esposo, si yo era soltera, yo que haría en mi vida?, yo era estar divirtiéndome, soltera a donde vaya, pero uno con un compromiso es muy difícil, uno tiene que estar llegando hora puntual, si uno llega tarde preguntan qué ¿por qué llegó muy tarde?” (M001)

Así lo relata una mujer Embera de zona rural cercana:

[...] “Como a uno le que iba a llegar la regla y ya no llegó el periodo, como llegaba cada mes, nada! y ahí dimo cuenta, ya uno también siente cuando ya una semana uno esta pasado y si lo había utilizado el hombre, así estaba embarazada. [...] Mi mamá ya después da cuenta, ya lo que uno comía ya disgustaba, todo! Ella uno dice que está embarazada. Ya uno va a control, al hospital, a hacer la prueba”. (M002)

Sin embargo, esta misma mujer refiere que fue la mamá (que a la vez es partera) quien le atendió dos de los tres partos, “Ya cuando uno siente dolor ya le dice a mi mamá, como es partera ella me dijo que si yo sentía dolor ya comenzó ella para atender” (M002). Sólo su último parto fue atendido en el hospital, experiencia de la cual recuerda la pena que sintió al

mostrar sus genitales. [...] “a mí sí me daba pena, cuando yo tuve el bebé aquí (haciendo referencia al hospital) también con una pena!”. (M002)

En cuanto a la pregunta si quisieran tener más hijos, la mujer de zona rural dispersa expresó: [...] *“No, no más hijos, muy duro, dar estudio y ropa también”* (M003)

Para el presente análisis se destaca el papel de las parteras ya que son aquellas mujeres que por su edad, tradición, conocimiento, confianza, prudencia, entre otras características, son aceptadas para que entren al momento más íntimo y uno de los más relevantes para las familias Embera, como lo es el momento del parto. Las parteras tienen el aval de toda la comunidad para realizar la atención del parto, esta aprobación se asigna culturalmente porque comparten la concepción del carácter sagrado de los genitales y el cuerpo femenino. Aunque en ocasiones el Jaibaná puede participar del parto, debe ser una persona absolutamente prudente y de confianza, tal como lo explica la auxiliar de enfermería Embera:

“Las parteras tienen una privacidad totalmente con mucha seguridad. Tienen que estar totalmente solas, no puede estar ni el esposo, no puede estar acompañada, tiene que estar solamente la partera y si es un Jaibaná, solamente el Jaibaná. Pero tiene que ser con una persona responsable el Jaibaná se tiene que hacer con mucha responsabilidad, nunca, nunca, jamás en la vida el Jaibaná no se puede salir nada de su tipo de atención que tuvo”. (M004).

A lo largo de los resultados expuesto se han identificado algunas barreras que impiden la aceptación del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino, la mayoría de ellos relacionados con la pena y el miedo que sienten las mujeres por mostrar sus genitales a una persona diferente a la partera o su esposo en algunos casos, otros relacionados con el papel de autoridad que juega el hombre en la toma de decisiones sobre el cuerpo de la mujer, otros con el desconocimiento propio del examen y el objetivo del mismo; sin embargo cuando se le preguntó a La mujer que reside en la zona rural más dispersa ¿qué es la citología? Manifestó al respecto: *“[...] no yo no ha escuchado nada [...] no, yo no sabe de eso”* (M003). Al explicarle en qué consistía la prueba y preguntarle si se la haría informó: *“[...]no, me da mucho miedo [...] No, no quiero que miren esto (refiriéndose a la vagina)* (M003).

Por su parte la mujer líder expuso algunas de las razones por las cuales no asiste al examen, aun cuando le han dado educación y ofertado el servicio en el hospital, las barreras para acceder al

tamizaje están relacionadas principalmente con la pena que le da mostrarle sus partes íntimas a las personas del hospital, en palabras de la líder:

“[...] yo no acudo a la citología. [...] Me han ofrecido las enfermera de Pueblo Rico, porque yo distingo mucho [...] No porque yo digo no, me dicen que enfermedad, que hágalo por usted [...] Sí! a mí me da pena. [...] Pss a mí me da pena la intimidad, pues uno ver así muy conocido de ellos, me da pena. (M001)

Un comportamiento que llamó la atención al realizar las entrevistas y analizar los resultados es el caso de una mujer que se ha realizado la citología y que conoce del procedimiento y su utilidad, la información que tiene al respecto la ha recibido del personal del hospital y de su esposo quien estudia técnico en auxiliar de enfermería. A continuación, se enuncian parte de sus relatos al respecto:

“[...] Sí! yo he hecho citología. [...] Yo hice que... ya dos vece. [...] La citología eso dicen, que son el bien de uno, nunca uno sabe, uno puede tener enfermedad en el útero, eso lo han explicado. Eso lo explica el hospital, dan unas charlas, vienen a la comunidad las enfermeras. [...] Mi esposo él explica, como él está estudiando enfermero, él me explica a mí, él también hace la citología. [...]” (M002)

Frente a la percepción sobre la experiencia que tuvo en los dos momentos en que le realizaron la citología y los próximos controles citológicos ella expresó:

“Eso me había dolido, hacer la citología, cuando hacían me dio un dolor, yo sentí un dolor acá. Habían dicho que no apretar, como uno nunca sabe, eso también me dio miedo, la citología, a mí me dio miedo. [...] Ya no, ya uno enseña, a mí me dijeron que después que tenga el bebé, me dijeron tiene que hacer otra citología”.. (M002)

9. DISCUSIÓN

La pertinencia cultural es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad(56). Cuando hablamos de idea de salud, estamos hablando de cultura, ya que la salud física tiene más relación con lo biológico(70). Algunas comunidades étnicas como el caso de los Embera Chamí, conciben la salud dentro de un ámbito global en el que se interrelacionan: el ser humano, el medio social y su organización (el medio natural, el mundo de creencias y el cosmos)(70).

Reconocimiento que la identidad cultural se forma por medio de los vínculos históricos que los integrantes de cada comunidad entablan entre sí, “ello significa que sólo gracias a las diferencias que se suscitan en las relaciones de los agentes hacia el interior y hacia el exterior de su propia comunidad de vida, ellos construyen sus identidades como sujetos morales”(97). Se puede apreciar un hilo conductor en los relatos de las mujeres entrevistadas, con características familiares, de educación, roles y ciclos de vida similares entre las participantes del estudio.

Al considerar que la cultura de una sociedad se va alimentando no sólo con lo que se le aporta desde instancias oficiales sino con lo que la propia sociedad o adopta desde otros ámbitos. En ocasiones, la política de un país, los mercados economicistas y/o los grupos de presión, tienden a desvalorar tendencias o elementos válidos para el pueblo o para sectores de ciencia no convencionales, como sus creencias, prácticas en salud, actores de la medicina ancestral, entre otros. Aunque lo que la población estima como válido, pervive y se convierte en parte del tesoro de la tradición cultural de esa sociedad(70).

Tal es el caso de las parteras, figuras representativas de las estructuras propias en salud de las comunidades Embera, responsables de la salud reproductiva en las comunidades, aunque su papel se centra en las atención del parto, su importancia radica en el respeto y la confianza que tiene el del pueblo Embera en ellas, sin embargo el sistema de salud actual, presta poca atención al potencial que tienen como eje transformador de la salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas, al ser las únicas personas que con el aval del hombre puede acceder a los genitales de la mujer, punto crucial a la hora de abordar estos temas tan sensibles en los indígenas y más cuando se trata de procedimientos tan invasivos para el cuerpo femenino como la citología.

En este sentido y evocando la llamada “extirpación de idolatrías” durante la segunda mitad del siglo XVI, conducida por sacerdotes que no supieron distinguir en los sanadores nativos el componente curativo de sus prácticas de los aspectos mágicos y religiosos que utilizaban, conllevó a la destrucción del sistema sanitario andino prohibiendo el ejercicio de sus curaciones y castigando a quienes las enseñaran o practicaran(7). Fenómeno que en la actualidad desvirtúa la capacidad, poder y conocimiento que tienen las figuras de la medicina ancestral, hegemonizando las atenciones en salud, para personal estrictamente certificado por una institución de educación.

La referencia anterior corrobora una más de las tantas pérdidas culturales propias de todo proceso de conquista, además de haber sido la base para que se implantara un sistema sanitario diferenciado por razas que dio inicio a la marginación del indígena(7). La autoidentificación de los europeos como cultura superior y su derecho de esclavizar a los indígenas se basaba en la posesión de la razón, que a su vez se expresaba en la capacidad de recibir la doctrina cristiana(72). Estas situaciones, no sólo son muestra de la diversidad cultural y de las complejas relaciones entre culturas, sino también de una primera relación intercultural en salud(72).

Un análisis del sector salud, reconoce que por representar al conjunto de instituciones sociales, es susceptible de reproducir las barreras y los sesgos propios de la exclusión social(74). Algunos de los aspectos identificados por la OPS y que demuestran que las identidades étnicas funcionan como estratificadores de salud, es que estas poblaciones tienen conductas con mayor exposición al riesgo, dificultad de acceso a los servicios de salud (por factores culturales, financieros o geográficos), así como baja calidad de la atención, cuando se logra el acceso(74)

Al analizar la construcción de género al interior de la comunidad Embera, se evidencia que los roles masculinos y femeninos, van evolucionando en función de las diferentes situaciones culturales, sociales y económicas, sin embargo es el hombre quien desde que la mujer es una niña, toma las decisiones en el hogar y la comunidad, de acuerdo al estatus que como sociedad le dan al matrimonio, la familia y la natalidad.

Los resultados ilustran como la diferencia ha sido convertida en desigualdad, la cual se valida en prácticas culturales donde el poder está en juego en las relaciones de género, de allí la necesidad de pensar el poder y el liderazgo desde la identidad de género y decidir si se busca la igualdad o la diferencia(78). Ya que en Pueblo Rico, aún existen comunidades donde es prohibido el uso de métodos de planificación, las mujeres no tienen libertad para decidir sobre

su maternidad, ni pueden elegir a su pareja, además se presentan matrimonios infantiles (prácticas consideradas como nocivas hacia las mujeres)(110).

Al igual que los hallazgos de Estrada M. sobre la problemática que tienen las mujeres frente al maltrato, la influencia sobre la vida familiar y las actitudes personales, esta investigación reveló algunos relatos sobre maltrato a la mujer por parte del esposo, lo cual denota la perspectiva histórica de relaciones autoritarias(72). Es Así como lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, es el quinto de los diecisiete (17) Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS, objetivo que reconoce que *“La igualdad entre los géneros no es solo un derecho humano fundamental, sino la base necesaria para conseguir un mundo pacífico, próspero y sostenible”*(110).

En relación con el cuerpo femenino, se ha construido una imagen del cuerpo determinado por zonas en relieve, unas más asequibles que otras, con variedad de espacios a los que se accede a través de conocimientos diferentes. Es un cuerpo marcado por la cotidianidad y su tendencia a repetirse, haciéndolo transparente para quien lo posee, ausente de la conciencia, determinando relaciones marcadas por el distanciamiento a través de “ritos de evitamiento”(82), como la prohibición implícita de hablar de los cambios corporales de las mujeres durante su ciclo de vida, incluso entre las mismas mujeres, así como en ocasiones censurar al esposo de mirar o tocar ciertas partes de la mujer, aún cuando estén viviendo su intimidad.

Los llamados ritos de evitamiento estipulan cuando es posible o necesario tocar al otro, que y cuanto es posible mostrar del mismo cuerpo, relegando además el contacto a la intimidad. La mirada sustituye al tacto, pareciera ser un recorrido por lugares en los que se habita pero a lo que no se pertenece, determinando en consecuencia comportamientos a lo que es necesario ajustarse, ya que el contacto es percibido como la invasión del otro, del extraño(82).

Teniendo en cuenta que las concepciones del cuerpo se atribuyen a las concepciones de las personas. No queda claro si la concepción de “sagrado” que se le atribuye a la vagina en la comunidad Embera, corresponde a la propia cosmovisión indígena o hace parte de un proceso intercultural liderado por la religión en esas comunidades, máxime cuando su ritual de matrimonio corresponde con ceremonias católicas no elegidas por los contrayentes, ni en un marco claro de enamoramiento. Al respecto, las investigaciones presentan resultados sobre la repercusión de la religión en los acercamientos subjetivos al cuerpo en las comunidades étnicas(111).

Ya que contrario a la representación hecha del cuerpo en las fiestas medievales, donde los cuerpos se entremezclaban sin distinciones y participaba toda la comunidad como rito de incandescencia, que a la vez presentaban diferencias entre las fiestas oficiales de los dirigentes, las cuales estaban basadas en jerarquías y consagrados a valores religiosos y sociales, que finalmente germinó en la individualización de los hombres, la separación del cosmos, la ruptura entre el hombre y el cuerpo. Comportamiento que atravesó los procesos sociales y cosmovisiones de los nativos posterior a los movimientos colonizadores y evangelizadores(81).

Es así como se revela la necesidad que desde el sector salud nos aproximemos a los grupos étnicos con un mejor enfoque, pasando del estudio de las características de los grupos, al estudio de su proceso de construcción social, sus aspectos dinámicos y relacionales como comunidad (73). Ya que cuando se mira la identidad cultural de los grupos independiente de su posición socioeconómica y se aspira a sociedades multiculturales y más diversas, se hace visible la necesidad de priorizar la organización de los servicios especiales para servir a esas comunidades con respeto hacia su cosmovisión, mediante personal bilingüe e integrando los saberes de la medicina tradicional, en los sistemas de salud y asegurar servicios de salud organizados(74).

10. CONCLUSIONES

- A pesar que es limitado el poder que tiene la mujer en la toma de decisiones sobre su cuerpo, específicamente entorno a la realización o no de un examen en su vagina, la posibilidad de elegir puede ser secundaria a la forma en que conciben los procesos de salud enfermedad, considerando además que sus usos y costumbres entorno a las atenciones en salud tienen una estructura comunitaria propia, con recurso humano en salud propio como Jaibaná, Yerbatero, Partera, entre otros, quienes no conciben las enfermedades de la vagina como hecho de interés para el tratamiento mediante su medicina ancestral.
- Considerando que el tema de género está atravesado por una construcción social de acuerdo a la realidad que viven las comunidades en torno a las costumbres, roles y características culturales; es importante reconocer las construcciones que hacen las comunidades indígenas alrededor del género. Ya que el hecho de ser mujer siendo Embera tiene mucho que ver con un patrón cultural, que permite mediante un arreglo externo la proyección de vida que le espera a la mujer, como norma de su etnia, cuyo significado de ser mujer, se establece a la luz de los que otros quieren, porque a partir de lo que se construye al ser esposa, se asume un rol en la comunidad, que en la mayoría de los casos es impuesto.
- Construir sobre la estructura social comunitaria establecida a través de los gobernadores menores y mayores, permite la elaboración de alternativas en salud para las mujeres indígenas, ya que son sus gobiernos sinónimo de directriz y poder que va acorde con las dinámicas socioculturales de los Embera Chamí.
- Otra característica a tener en cuenta a la hora de esperar la aceptación del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino es que la vagina se considera una parte sagrada, la cual ni siquiera los hombres ven, tocan o manipulan, ya que sus encuentros sexuales generalmente son con ropa y sin visibilizar los genitales de la mujer. Por lo que exponer a una mujer Embera ante el personal de salud está fuera de su cotidianidad y rompe con la valoración del cuerpo femenino, especialmente de los genitales por su carácter sagrado, asignado culturalmente.

- La educación en salud también juega un papel importante en la comunidad, ya que los temas de autocuidado y prevención de enfermedades propias de la mujer, han sido invisibilizados y devaluados por desconocimiento de las enfermedades, factores de riesgo, métodos diagnósticos y tratamientos propios del mundo occidental, que no son divulgados al interior de las comunidades indígenas o sin estrategias acordadas con la comunidad.
- El hospital ha desarrollado estrategias para la aceptación del programa de Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino dirigidas especialmente a la población indígena, las cuales constan de educación comunitaria e individual, demanda inducida al programa, vinculación de una auxiliar de enfermería Embera para realizar educación en salud y ejecutar el procedimiento de tamizaje, sin embargo no ha dado los resultados esperados.
- Dentro de las alternativas en salud para que las mujeres Embera usen los servicios del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino es necesario identificar el significado que tiene para la mujer Embera sus genitales y la sexualidad, identificar el papel que juega el esposo frente a la intimidad de su esposa, lo que representa para el hombre acceder a la intimidad de las mujeres y el rol en la toma de decisiones que tiene.

11. RECOMENDACIONES

- Continuar con las estrategias de educación y demanda inducida al programa de detección temprana, a través de una persona que hable la lengua materna de la comunidad, vinculando a toda la población del resguardo a las actividades educativas, desde los niños y niñas hasta los adultos hombres y mujeres, para que puedan resolver dudas y modificar la percepción del riesgo de enfermar.
- Realizar un estudio con los diferentes autores de la comunidad, especialmente con los hombres Embera para conocer sus conocimientos y posición frente al examen de tamizaje, así como validar las posibles opciones de adaptación de la atención para el programa analizado.
- Integrar a las figuras de la medicina tradicional indígena a las actividades de Protección Específica y Detección temprana, ante la subcomisión de salud indígena y el ministerio de salud. Para el caso del tamizaje de cáncer de cuello uterino, vincular a las parteras al proceso de formación y capacitación, con el fin que puedan ser integradas como parte del personal en salud propio e intercultural. Lo cual requiere que el protocolo para la realización del procedimiento se modifique y acepte por parte de las entidades de control.
- Se debe respetar la concepción que tiene la mujer Embera frente a la vagina, con el fin de no atropellar su cultura y prácticas, adoptando el enfoque de género y étnico en salud a las actividades de difícil cumplimiento.
- Es importante que las mayores, parteras, mujeres y niñas generen espacios de diálogo no solo sobre la citología y las enfermedades de la vagina, sino incluir los cambios propios del género femenino dentro de sus temas de interés, como forma de conservar tradiciones mediante la oralidad, preparar a las niñas para sus roles de adultas, desmitificar ideas alrededor de la condición de ser mujer, mejorar el conocimiento que tiene la mujer de su propio cuerpo y minimizar las emociones de miedo, pena y culpa que suelen atravesar sus decisiones en salud sexual.

- Como complemento al presente trabajo, se puede abrir una línea de investigación sobre las causas de muerte de las mujeres indígenas Embera Chamí, que sirva para verificar si de acuerdo al perfil de morbimortalidad, es menester someter a las mujeres a este procedimiento.
- Teniendo en cuenta el rol de autoridad que tiene el hombre frente al cuerpo de las mujeres y el poder de decisión sobre las acciones de ellas, vale la pena que las intervenciones hacia las mujeres consideren incorporar a los hombres en las actividades, para que se permita dialogar con la cosmovisión, usos, costumbres y prácticas culturales propias de la comunidad Embera Chamí .
- Es necesario conocer la normatividad en salud indígena, ya que el SISPI permite la adaptación de diferentes actividades, siempre y cuando se sustente en los usos y costumbres de las comunidades. Dialogo que va de la mano con las EPSs indígenas las cuales tienen un rubro en la Unidad de Pago por Capitación UPC, destinado a las actividades diferenciales en salud que sean complementarias al SGSSS.

12. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para la participación en el estudio



Universidad del Valle

Versión: 02-2019

Fecha de aprobación por comité de ética: _____

Número total de páginas: 2

Consentimiento informado para la participación en el estudio: *“La voz de la mujer Emberá frente a la citología: análisis de caso de indígenas Emberá entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico Risaralda en la aceptación del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, año 2019”.*

En este documento se realiza una invitación para que usted participe en un estudio de investigación avalado por el Comité de Ética de la Universidad del Valle denominado: *“La voz de la mujer Emberá frente a la citología: análisis de caso de indígenas Emberá entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico Risaralda en la aceptación del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, año 2019”.*

Antes de acceder a participar en este estudio es importante tener las siguientes consideraciones:

Objetivo del estudio:

Analizar si las estrategias para la operatividad del programa de Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino utilizadas por el Hospital San Rafael de Pueblo Rico Risaralda consideran las características socioculturales de las mujeres embera entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí de este municipio, frente a la aceptación de la citología cervicouterina como método de tamizaje para el cáncer de cuello uterino.

Implicaciones de Participar en el Estudio

Se requiere conocer los pensamientos, ideas, vivencias y modo de vida que tienen las mujeres emberá sobre el cuerpo, la sexualidad, las relaciones familiares, proyecto de vida, enfermedades de las mujeres, citología y servicios de salud relacionados con la citología. Así como el modelo por el cual se presta el servicio de citología en el Hospital del municipio de Pueblo Rico. La información se obtendrá mediante un diálogo a través de una entrevista, esto no supone un procedimiento adicional.

Riesgos e incomodidades

Participar en este estudio no le implica riesgos para su salud e integridad, no se harán exámenes de diagnóstico o intervenciones físicas que causen algún tipo de daño.

Beneficios de Participar en el estudio

Participar en este estudio no le significará un beneficio inmediato pero permitirá aportar a la comunidad científica y las mujeres emberá, pues la información suministrada será una herramienta para entender más claramente las causas por las que las mujeres aceptan o no la realización de la citología. Una vez obtenidos los resultados de esta investigación se publicarán en un documento de Tesis correspondiente a la maestría en salud pública y es posible que se publiquen en revistas científicas, pero si usted desea se le informará personalmente sobre los resultados obtenidos.

Consentimiento informado para la participación en el estudio: *"La voz de la mujer Emberá frente a la citología: análisis de caso de indígenas Emberá entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico Risaralda en la aceptación del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, año 2019"*.

Consideraciones

Participar en este estudio es voluntario: la participación en este estudio es voluntaria, se resolverán dudas y se explicará detalladamente lo que implica su participación. Puede decidir no participar en el momento que lo desee, esta decisión no implica ninguna repercusión para usted.

No existe ninguna pretensión económica por parte de la investigadora o la institución al realizar este estudio; la investigadora participante de este estudio no recibirán ninguna remuneración económica proveniente del estudio o de fuentes externas por la realización del mismo.

Usted no recibirá ningún estímulo económico por parte de la investigadora o la institución al participar de este estudio. Su participación es voluntaria y no habrán retribuciones económicas.

Participar de este estudio no le generará ningún costo, pues la financiación ya está contemplada en el desarrollo del estudio.

La información y sus datos siempre serán confidenciales en este estudio, usted no será identificada por el nombre, número de documento, dirección, teléfono o cualquier otro identificador personal. A usted se le asignará un código único con números y letras.

Problemas o preguntas: Si usted tiene cualquier problema o pregunta acerca de este estudio o sobre sus derechos como participante en la investigación, póngase en contacto con el Comité de Ética de la Universidad del Valle, a los teléfonos (2)5185677 - (2)3212100 Ext 4077 o al correo electrónico eticasalud@correounivalle.edu.co

Autorización: El ingreso a este estudio es voluntario. Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

Autorizo utilizar los datos de esta entrevista en otras investigaciones similares, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle. Acepto SI: _____ NO: _____

Consentimiento informado para la participación en el estudio: *"La voz de la mujer Emberá frente a la citología: análisis de caso de indígenas Emberá entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico Risaralda en la aceptación del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, año 2019"*.

Yo, _____ identificado(a) con documento número _____ de _____, acepto voluntariamente participar en el estudio *"La voz de la mujer Emberá frente a la citología: análisis de caso de indígenas Emberá entre 25 y 29 años del Resguardo Indígena Unificado Chamí de Pueblo Rico Risaralda en la aceptación del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, año 2019"*. Así mismo, declaro que se me ha explicado y he entendido la presencia de los riesgos y el manejo que se le darán a la información recolectada.

Firma del participante Nombre: _____ Identif: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	Testigo 1 Nombre: _____ Identif: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
---	--

Investigadora: JEAN KATHERIN CRUZ R
Documento: 1.110.499.782 de Ibagué
Registro profesional: 656

Fecha: _____

Anexo 2. Aval de la autoridad tradicional Mayor del Resguardo Unificado Chamí




Pueblo Rico - Risaralda, Mayo 23 de 2019

Señores:
COMITÉ DE ÉTICA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
Cali

Asunto: aprobación para realizar investigación en el resguardo indígena unificado chamí de Pueblo Rico, como proyecto de grado de la maestría en salud pública.

Cordial saludo, mediante la presente manifiesto que como autoridad tradicional mayor del resguardo indígena unificado chamí de Pueblo Rico Risaralda, autorizo el desarrollo del proyecto "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 CHAMÍ DE PUEBLO RICO RISARALDA EN LA ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, AÑO 2019".

Doy aval a la estudiante de maestría en salud pública JEAN KATHERIN CRUZ RUBIO identificada con cédula de ciudadanía 1.110.499.782 de Ibagué, para que acceda a las comunidades, pueda entrevistar a los habitantes del resguardo e indague sobre la información que requiera para su investigación, autorizo además la presentación de los resultados en su trabajo de tesis.


RAUL GUASIRUMA NACAVERA
C.C. 18.6031061 de Pueblo Rico
AUTORIDAD TRADICIONAL MAYOR
Resguardo Unificado Chamí

"Es la hora de Rehacer el pasado para vivir el presente y salvaguardar nuestro futuro"
Oficina Embera Carrera 4 No. 5 - 13. Teléfono 3217563089
Correo: resguardounificadochami@gmail.com

Anexo 3. Aval del gerente de la ESE Hospital San Rafael de Pueblo Rico

Pueblo Rico - Risaralda, agosto 6 de 2019

Señores:
COMITÉ DE ÉTICA
UNIVERSIDAD DEL VALLE
Cali

Asunto: aprobación para realizar investigación en el Hospital San Rafael de Pueblo Rico, como insumo para el proyecto de grado de la maestría en salud pública.

Cordial saludo, mediante la presente manifiesto que como gerente de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL del municipio de Pueblo Rico - Risaralda, autorizo el desarrollo del proyecto "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 CHAMÍ DE PUEBLO RICO RISARALDA EN LA ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, AÑO 2019".

Permitiré que la estudiante de maestría en salud pública JEAN KATHERIN CRUZ RUBIO identificada con cédula de ciudadanía 1.110.499.782 de Ibagué, acceda a la información relacionada con las coberturas del programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino y que entreviste a los funcionarios de la ESE sobre la información que requiera para su investigación. Además autorizo la presentación de los resultados en su trabajo de tesis.



JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ
C.C. 10.129.201 de Pereira
Representante Legal
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL
Nit: 891409025-4

Anexo 4. Guía de entrevista para las mujeres Embera participantes del estudio

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Vereda/Comunidad: _____ Distancia: _____

PREGUNTAS
Podría contarme, ¿usted con quien vive? ¿En qué trabajan o a qué se dedican?
¿Usted cómo conoció a su esposo, cuántos años tenía? ¿Cuándo se dieron el primer beso? ¿Cuál es el sueño de las mujeres Embera, cómo quieren vivir la vejez?
¿A qué edad quedó embarazada? ¿Quería tener hijos? ¿Cómo fue la primera noche que durmió con su esposo? ¿Quién ha visto su cuerpo? ¿Quién ha tocado su cuerpo? ¿Quién atendió su parto?
¿Sabe o ha escuchado qué enfermedades afectan a las mujeres? ¿Conoce alguna enfermedad que le dé a la mujer en la vagina?
¿Cuándo usted se enferma a quien busca para que la cure? ¿Si se enferma de la vagina a quien buscaría para que la cure?
¿Sabe o ha escuchado qué es el cáncer? ¿Sabe de qué tipo de cáncer se enferman las mujeres? ¿Sabe o ha escuchado sobre el cáncer de cuello uterino?
¿Sabe o ha escuchado para qué sirve la citología Cérvico uterina? ¿Quién le ha hablado sobre la CCU? ¿Se ha realizado la citología? ¿Por qué si o por qué no? ¿Hay alguien en la comunidad que no les permita a las mujeres hacerse la citología? ¿Dónde y quien realiza la CCU?
¿Cómo se siente con el trato que da el personal del hospital? ¿Qué les gustaría que se mejorara? ¿De quién se dejaría realizar este examen de la CCU? ¿Le gustaría que alguien la acompañara durante el examen? ¿Quién? ¿Cómo se puede involucrar al hombre en la realización de la CCU?

Anexo 5. Guía de entrevista para las funcionarias del Hospital

Nombres y apellidos:

Edad: _____ Cargo: _____ Años de antigüedad en la ESE:

Teléfono de contacto: _____

1. ¿Sabe cómo funciona el programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino?
2. ¿Cómo y quien realiza educación a las mujeres Embera para que se realicen la CCU?
3. ¿En qué escenarios se oferta la realización de la CCU y en qué momentos se dispone del personal y espacio para realizarla (intra y/o extramural)?
4. ¿Quién es la persona encargada de realizar el examen a la población indígena?
5. ¿Qué estrategias ha utilizado el Hospital en los últimos 10 años para mejorar la aceptación y adherencia de las mujeres indígenas al programa de CCU?
6. ¿Cuáles cree que son las razones por las que las mujeres Embera No se realizan la CCU?
7. ¿El hospital ha implementado estrategias para mitigar estas barreras? ¿Cuáles?
8. ¿Cuál cree que puede ser una solución para que las mujeres Emberas se realicen la CCU?
9. ¿Le ha preguntado a las mujeres indígenas del municipio cómo les gustaría que se realizara el examen?

Anexo 5. Aval del comité de ética de la Universidad del Valle



Proyecto:

"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, AÑO 2019"

Investigador Principal:

JEAN KATHERIN CRUZ RUBIO / LINA MARÍA RODRÍGUEZ

Código Interno: (183-019)

Fecha en que fue sometido:

DLA	MES	AÑO
28	10	2019

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2013; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

X	Protocolo de Investigación
X	Instrumentos de recolección de datos
X	Formato de consentimiento informado
X	Soportes solicitados por el CIREH
X	Cartas de las instituciones participantes
	Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

	Sin riesgo
X	Riesgo mínimo
	Riesgo mayor del mínimo

4. Las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Informaré inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
 - c. Lesiones a sujetos humanos.
 - d. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - e. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.

7. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

8. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otras.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(s) y al presidente.
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. Cualquier decisión tomada por otros comités de ética
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán solicitar la renovación del aval adjuntando los documentos solicitados por el CIRESH

Fecha:

DIA	MES	AÑO
25	11	2019

Firma: 
 Nombre: María Florencia Velasco De Martínez

Capacidad Representativa: PRESIDENTE

Teléfono: 5145677

13 BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. 2012.
2. WHO World Health Organization. Cáncer Datos y Cifras [Internet]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. 2018 [cited 2018 Aug 14]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics , 2015. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(1):5–29.
4. Instituto Nacional de Cancerología. Análisis de Situación del Cáncer en Colombia 2015. 2015. 135 p.
5. Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia 2007-2011. 2011.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. 2012.
7. Castro-Jiménez MÁ, Vera-Cala LM, Posso-Valencia HJ. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: Estado del arte. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2006;57(1):182–9.
8. Amir M, Marilyn R. Revisión sobre citología de cuello uterino con énfasis en la clasificación de Bethesda 2001. 9º Congr Virtual Hispanoam Anatomía Patológica. 2007;(May).
9. OMS Organización Mundial de la Salud, OPS Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. 2014.
10. Ministerio de Salud y Protección Social, Demografía D de E y. Analisis de la Situacion de Salud (ASIS) COLOMBIA. *Inst Nac Salud*. 2015;175.
11. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology , and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. 2012;62(3):147–72.
12. Varela Martínez S. Citología Cervical. *Rev Med Honduras*. 2005;(73):131–6.
13. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. 2001;2000(10).
14. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y

- Salud. Tomo II Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. 2015.
15. Castiblanco Montañez CA, Pinilla Pinilla GM. Cobertura de citología cérvicouterina y factores asociados en mujeres mayores de 15 años. Localidad de Kennedy, Bogotá D.C. 2015. *Repert Med y Cirugía*. 2006;15(2):9.
 16. Wiesner-ceballos C, Vejarano-velandia M, Caicedo-Mera JC. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. 2006;8(3):185–96.
 17. Henríquez A M, Iglesias M M, Lazcano P A, Merkle M C. Mitos y Creencias que influyen en la No realización del Papanicolaou y Mamografía , en las funcionarias Académicas y Administrativas de la Facultad de Humanidades , Ciencias Sociales y de la Salud , de la Universidad de Magallanes. 2006;1–130.
 18. Farfán-Muñoz LC, Barrón-Treviño E, Jiménez-Domínguez ME, Vázquez-Morán E, Ayala-Atrián SS. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cervicouterino. 2004;01(1980):123–30.
 19. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino y Guía de Atención de Lesiones Preneoplásicas de Cuello Uterino. 2000.
 20. Halpern-Felsher BL, Millstein SG, Ellen JM. Relationship of alcohol use and risky sexual behavior: A review and analysis of findings. *J Adolesc Heal*. 1996;19(5):331–6.
 21. Velasco Zapata F. Factores socioculturales que interfieren en la realización del papanicolaou en mujeres indígenas Mexicanas. *Eur Sci J*. 2018;14(6):69–82.
 22. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad , Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. 2014.
 23. Camey Hernández CE. Factores que influyen en la renuencia al examen de papanicolaou. 2015;(59).
 24. Sanabria Hernández N. Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la citología vaginal. *Enfermería en Costa Rica*. 2012;33(2):82–9.
 25. Urrutia MT, Araya G A, Poupin B L. ¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolaou ? Respuestas entregadas por los profesionales del programa cáncer cervicouterino – auge del servicio de salud metropolitano sur oriente *. 2010;75(5):284–9.
 26. Sierra D, Pérez M, Pérez A, Núñez M. Representaciones sociales en jóvenes consumidores y no consumidores de sustancias psicoactivas. *Corporación Nuevos Rumbos*. 2005;(1898):349–60.
 27. Barrionuevo-rosas L, Palència L, Borrell C. ¿ Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú ? *Rev Panam Salud Pública*. 2013;34(6):393–400.

28. Rodrigues DA, Riberiro Pereira É, Santos de Souza Oliveira L, de Góis Speck MM, Godoy Agostinho Gimeno S. Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará , povo indígena do Brasil Central Prevalence of cytological atypia and high-risk human papillomavirus infection in Panará indigenous women i. 2014;30(12):2587–93.
29. Riberiro Pereira É, Santos de Souza Oliveira L, Chiemi Ito L, Maria da Silva L, Moura Schmitz M de J, Pagliaro H. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. Rev Bras Promoção da Saúde, Fortaleza. 2014;27(1):445–54.
30. Dirección Local de Salud Pueblo Rico Risaralda. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud ASIS. 2013.
31. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Proyecto embera-wera. Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación genital femenina en Colombia - América Latina. 2011.
32. Área de Promoción Prevención: Pijaos Salud EPS Indígena. Matriz de cobertura de estimaciones para los municipios de Risaralda año 2018. 2019.
33. Secretaría Departamental de Salud de Risaralda. Acciones de educación en salud que aporten al desarrollo de capacidades de las familias y las comunidades Emberá Chamí y Emberá Katío, para el mejoramiento de la salud materno infantil, nutricional y la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la preve. 2017.
34. González Henao R. La ablación genital femenina en comunidades emberá chamí. Cad Pagu. 2011;(37):163–83.
35. Ramirez HJ. Cosmogonia y creación literaria. In: Centro Virtual Cervantes [Internet]. p. 205–10. Available from: https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/aepe/pdf/congreso_32/congreso_32_22.pdf
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas del cuello uterino. 2014.
37. Whop LJ, Baade P, Garvey G, Cunningham J, Brotherton JML, Lokuge K, et al. Cervical Abnormalities Are More Common among Indigenous than Other Australian Women : A Retrospective Record-Linkage Study , 2000 – 2011. 2017;2000–11.
38. Escobar V P osé, Corrales C DA, Escobar M M, Ríos M LE, Álvarez A AJ. Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, municipio de Santander de Quilichao, departamento del Cauca, Colombia, 1999-2000. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2002;20.

39. Suárez Mutis MC. Servicios de Salud, Pueblos Indígenas y Prácticas Médicas. Simp Serv Salud, Pueblos Indígenas y Pract Médicas [Internet]. 1991;71–84. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/22120/1/18684-60703-1-PB.pdf>
40. Kolahdooz F, Jang SL, Corriveau A, Gotay C, Johnston N, Sharma S. Knowledge , attitudes , and behaviours towards cancer screening in indigenous populations : a systematic review. *Lancet Oncol* [Internet]. 2014;15(11):e504–16. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70508-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70508-X)
41. M. Provost E. Cervical cancer screening on the Yukon-Kuskokwim Delta, Southwest Alaska: A population-based study. *Cancer*. 1996;78:1598–602.
42. Coughlin SS, Ph D, Uhler RJ, Blackman DK, Ph D. Breast and Cervical Cancer Screening Practices among American Indian and Alaska Native Women in the United States , 1992 – 1997. 1999;295:287–95.
43. O'Brien BA, Mill J, Wilson T. Cervical Screening in Canadian First Nation Cree Women. 2009;83–92.
44. Cerigo H, Macdonald ME, Franco EL, Brassard P. Inuit women's attitudes and experiences towards cervical cancer and prevention strategies in Nunavik, Quebec. 2012;2011(October 2011):1–8.
45. Pardo C, De Vries E, Buitrago L, Gamboa O. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Cuarta Edi. Bogotá D.C.; 2017.
46. PATH (Program for Appropriate Technology in Health), Team CCP. Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs. Vol. 2. 2000.
47. Cortés García 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 Representaciones sociales del cáncer de cuello uter. Universidad Nacional de Colombia; 2016.
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. 2018. p. 348.
49. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones y recomendaciones para la inclusión del enfoque diferencial étnico en la atención integral en salud, con pertinencia cultural. 2015 p. 1–43.
50. Programa Presidencial para la formulación de estrategias y acciones para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas de Colombia. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas Ley 21 de 1991. 1991.
51. Ministerio de Salud. Decreto 330 de 2001. 2001 p. 4–5.
52. Congreso de la República de Colombia. Ley 691 de 2001. 1AD p. 1–6.

53. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1973 de 2013. 2013 p. 1–7.
54. Ministerio del Interior. Decreto 1953 de 2014. 2014.
55. Aguilar S, Ternera J, Torres Á. Salud de las comunidades indígenas y otras etnias: mesa redonda [Internet]. Salud Colombia. 2009 [cited 2019 Apr 20]. Available from: http://www.saludcolombia.com/actual/Salud_84/report84.htm
56. Alarcón M AM, Vidal H A, Neira Rozas J. Salud intercultural : elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chil. 2003;(131):1061–5.
57. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política De Colombia 1991. 1991;108. Available from: <http://www.registraduria.gov.co/IMG/pdf/constitucion-politica-colombia-1991.pdf>
58. Jiménez Patiño YA, Banguero Salazar DM. Interculturalidad en la atención de salud en el programa mujer dadora de vida en una ips indígena ubicada en Tacueyo Cauca - 2015. 2015.
59. Castillo-santana PT, Vallejo-Rodríguez ED, Cotes-cantillo KP. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. Saúde Soc São Paulo. 2017;61–74.
60. Arias Botero WF. Mujeres indígenas en Cali. El lugar de la sexualidad en la constitución de subjetividades femeninas indígenas en la ciudad. 2011.
61. Comisión mixta de cooperación Amazónica Colombo-Brasileña. Plan Modelo para el Desarrollo Integrado del Eje Tabatinga - Apaporis [Internet]. 1989. Available from: <https://www.oas.org/dsd/publications/Unit/oea48s/begin.htm#Contents>
62. Rivero Pinto W. La sexualidad en los indígenas amazónicos. Web Islam. 2008.
63. Montealegre Mongrovejo DM, Urrego Rodríguez JH. Acción sin Daño y Construcción de Paz M6 Enfoques diferenciales de género y etnia. 2011.
64. Manrique M, Benjumea S, Rodríguez I, Nieto B, Franky Calvo S, Sánchez Botero E, et al. Los pueblos indígenas en Colombia: Derechos , Políticas y Desafíos. Bogotá D.C.; 2003.
65. Organización Nacional Indígenas de Colombia (ONIC). Las mujeres indígenas, víctimas invisibles del conflicto armado en Colombia. La violencia sexual, estrategia de guerra. Vol. 7. 2012.
66. Laza Vásquez C, Sánchez Vanegas G. Indagación desde los conocimientos , actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación . Rev electrónica Trimest Enfermería. 2012;(26):408–15.
67. Valencia Bautista RXT. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre el examen de

- papanicolau en mujeres indígenas de Pilahuín y su relación con el desarrollo de patología cervical. 2014.
68. Viveros Vigoya M. Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia. Bogotá D.C.; 2006. 26 p.
 69. Hernández Meléndez E, Grau Abalo J. Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones [Internet]. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2005. 677 p. Available from: <https://books.google.com.co/books?id=9JpbMgAACAAJ>
 70. Aparicio Mena AJ. Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas. *Gaz Antropol.* 2004;(20):4.
 71. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Cienc e Saude Coletiva.* 2016;21(1):109–18.
 72. Salaverry O. Interculturalidad en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2010;27(1):80–93.
 73. Giménez G. El debate contemporáneo en torno al concepto de etnicidad. *Identidades étnicas.* 2006;1(1):129–44.
 74. Torres C, Burbano E. Etnicidad y Salud. Organización Panamericana de la Salud.
 75. Le Monde selon les femmes, Asociación para la Cooperación con el Sur ACSUR-Las Segovias. *Cuestiones Esenciales Sobre Género 01* [Internet]. Bélgica; 2006. Available from: https://www.unirioja.es/igualdad/archivos/Cuestiones_de_Genero.pdf
 76. Butler J. *Deshacer el género.* Paidós, editor. Barcelona; 2004. 392 p.
 77. Papí Gálvez N. Un nuevo paradigma para el análisis de las relaciones sociales: El enfoque de género. *Feminismo/s.* 2003;135–48.
 78. Estrada M AM. Los estudios de género en Colombia : entre los límites y las posibilidades. *Nómadas (Col).* 1997;(6):18.
 79. FMAM Fondo para el Medio Ambiente Mundial. Incorporación de las cuestiones de género. In: *Cuarta conferencial Mundial.* 2003.
 80. Gergen KJ. Toward Generative Theory. *J Pers Soc Psychol.* 1978;36(11):1344–60.
 81. David Le Bretòn. *Antropología del cuerpo y modernidad* [Internet]. 2002. p. 129. Available from: <https://programaddssrr.files.wordpress.com/2013/05/le-breton-david-antropologia-del-cuerpo-y-modernidad.pdf>
 82. Lossada F. Sobre la antropología del cuerpo. *Fermentum Rev Venez Sociol y Antropol.* 2013;23(67):234–50.

83. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. 1996.
84. Solano SA. La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y Soc* ISSN 0188-7408. 2005;17(32).
85. Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensam Gestión*. 2006;(20):165–93.
86. Serie Documental realizada para el Canal Regional Telecafé. “Raíces” Raúl Guasiruma [Internet]. Colombia; 2018. Available from:
<https://www.youtube.com/watch?v=ABcPyQvWbGo&t=195s>
87. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. 1993 p. 1–12.
88. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. 2000;2000(Febrero 25):1–6.
89. Gamboa O, Murillo R. Estimación de la carga económica de las lesiones preneoplásicas y el cáncer de cuello uterino en Colombia. Implicaciones para la vacunación contra el VPH. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2016;20(2):61–72. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2016.02.004>
90. Ramos Botero LA, Rivera Escobar CM, Quirós Arango HM, Gómez Delgado ME. Manual de Citología Cérvico-uterina. Secr Secc salud y Protección Soc Antioquia. 2010;135.
91. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguimiento de las estimaciones y ejecuciones relacionadas con las actividades de protección específica y detección temprana. 2016.
92. Congreso de la República de Colombia. Ley 1753 de 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. 2015.
93. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. 2015.
94. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. 2016.
95. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. 2016.
96. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 276 de 2019. 2019.
97. Rodríguez GA. Resistencia Cultural y pueblos indígenas , 1999. 1999;
98. Congreso Nacional de Colombia. Ley 10 de 1990 (enero 10). 1990 p. 31.
99. Presidente de la República de Colombia. Decreto 1811 de 1990. 1990 p. 4.
100. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. 1993.
101. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 326 de 2005. 2005;2005(46).
102. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1848 de 2017. 2017;
103. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 011 de 2018. 2018.
104. Congreso de la República de Colombia. Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto

- por Colombia, Pacto por la Equidad.” 2018.
105. Ulloa Cubillos EA. “Grupo indígena Los Emberá”. In: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica, editor. Geografía Humana de Colombia Región del Pacífico [Internet]. TOMO IX. Bogotá D.C.; 1992. p. 163. Available from:
<http://babel.banrepcultural.org/cdm/ref/collection/p17054coll10/id/2752>
 106. Ministerio de Cultura. República de Colombia. Embera Chamí. 2009.
 107. Vasco Uribe LG. Los Chamí. La Situación del Indígena en Colombia. In: Colección Populibros, editor. 1st ed. Bogotá D.C.: Margen Izquierdo; 1975. p. 160. Available from:
<http://luguiva.net/libros/detalle.aspx?id=8>
 108. DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional. 2005.
 109. ESE Hospital San Rafael Pueblo Rico. Misión y Visión [Internet]. 2018. Available from:
<http://www.esehospitalsanrafael-pueblorico-risaralda.gov.co/entidad/mision-y-vision>
 110. Naciones Unidas. Objetivo 5 : Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas [Internet]. Objetivos de desarrollo Sostenible. 2015 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
 111. Piñón Lora M, Cerón Hernández C. Ámbitos sociales de representación del cuerpo femenino. última Década N° 27. 2007;119–39.