










Estrategia educativa intercultural para la prevención del cáncer de cuello cérvico uterino en el resguardo de Paujil, Amazonia Colombiana

Intercultural educational strategy for the prevention of cervical cancer in Paujil Resguardo Amazonía colombiana

Claudia Marcela Velásquez-Jiménez^{1*} ; María Inés Sarmiento² ; Sandra Vargas³ ; Vilma Fandiño¹ ; Miryam Beatriz Puerto-de-Amaya² ; Adriana Ardila-Sierra² ; Esteban Quintana¹ 

¹Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Bogotá, Colombia; e-mail: mvelasquez@udca.edu.co; vfandino@udca.edu.co; esquintana@udca.edu.co

²Fundación Universitaria de Ciencias de la salud. Bogotá, Colombia; e-mail: misarmiento@fucsalud.edu.co; mbpuerto@fucsalud.edu.co; adrianaardilas@gmail.com

³Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia; e-mail: vargassandra@unbosque.edu.co

*autor de correspondencia: mvelasquez@udca.edu.co

Cómo citar: Velásquez-Jiménez, C.M.; Sarmiento, M.I.; Vargas, S.; Fandiño, V.; Puerto-de-Amaya, M.B.; Ardila-Sierra, A.; Quintana, E. 2022. Estrategia educativa intercultural para la prevención del cáncer de cuello cérvico uterino en el resguardo de Paujil, Amazonia Colombiana. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 25(Supl.1):e2159. <http://doi.org/10.31910/rudca.v25.nSupl.1.2022.2159>

Artículo de acceso abierto publicado por Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica, bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC 4.0

Publicación oficial de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, Institución de Educación Superior Acreditada de Alta Calidad por el Ministerio de Educación Nacional.

Recibido: noviembre 5 de 2021

Aceptado: mayo 3 de 2022

Editado por: Laura Barcia

RESUMEN

Los pueblos indígenas siguen sufriendo inequidades, a pesar de los avances relacionados con la protección de la diversidad étnica y cultural, siendo las mujeres uno de los grupos de mayor riesgo, sobre todo, en lo referente a la salud sexual y reproductiva, situación contemplada como un compromiso de acción en los objetivos de desarrollo sostenible. En ese contexto, esta investigación acción participativa buscó construir una estrategia educativa intercultural, sostenible y segura culturalmente que, a propósito de la prevención del cáncer de cuello uterino, aportará al empoderamiento y la conservación de la salud de las mujeres habitantes del resguardo de Paujil -Colombia. La iniciativa surgió de mujeres indígenas preocupadas por mejorar la salud de sus congéneres y un grupo de investigadores. La construcción de una estrategia educativa intercultural representa un reto, pues la pedagogía occidental no necesariamente corresponde a las concepciones de enseñanza

aprendizaje de las indígenas del resguardo. Hay dificultades lingüísticas, pues cada etnia tiene su propia lengua. Las indígenas líderes se convirtieron en las facilitadoras del proceso que se centró más en el uso de la oralidad y encuentros entre mujeres, que se conocen entre sí. Las mujeres prefieren estrategias didácticas basadas en compartir experiencias y el uso de cartillas y videos. El trabajo permitió concluir que cualquier estrategia educativa intercultural que se proponga debe ser específica y acorde a las necesidades de las comunidades.

Palabras clave: Educación en salud; Interculturalidad; Salud indígena; Salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT

Despite the advances related to the protection of ethnic and cultural diversity, indigenous people continue to suffer inequities, with

women being one of the groups most at risk, especially concerning sexual and reproductive health, a situation considered as a problem, a commitment to action in the sustainable development goals. In this context, this Participatory action research searched to build an intercultural educational strategy, sustainable and culturally safe, which, concerning the prevention of cervical cancer, would contribute to the empowerment and conservation of the health of the women who live in the Paujil reservation-Colombia. The initiative arose from indigenous women concerned about improving the health of their peers, and a group of researchers. The construction of an intercultural educational strategy represents a challenge since western pedagogy does not necessarily correspond to the teaching-learning conceptions of the indigenous people of the reservation. There are linguistic difficulties because each ethnic group has its language. The indigenous leaders became the facilitators of the process that focused more on the use of orality and meetings between women who know each other. Women prefer a didactic strategy based on sharing experiences, and the use of primers, and videos. The work allowed to conclude that any proposed of intercultural educational strategy must be specific and according to the needs of the communities.

Keywords: Health education; Indigenous health; Interculturality; Sexual and reproductive health.

INTRODUCCIÓN

Las políticas y los acuerdos internacionales para el reconocimiento formal de los derechos humanos de los pueblos y de las mujeres indígenas, soportadas actualmente por el Convenio 169 de la Organización internacional del trabajo (OIT, 2014), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (ONU,1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU, 1994), la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (ONU, 2008), los diecisiete Objetivos de desarrollo sostenibles (ONU, 2015) y la agenda 2030, se convierten en un contexto de respeto por la interculturalidad y de apoyo a la mejora de todos los indicadores culturales sociales, económicos y de salud de estas poblaciones (ONU, 2021).

La Amazonia colombiana, cuya población es mayoritaria indígena (DANE, 2019), es un territorio que exige, de manera urgente, el cumplimiento y la aplicación de dichas políticas, en un trabajo mancomunado, para abordar las situaciones críticas que padecen estas poblaciones y que están relacionadas con:

- Pérdida de territorios tradicionales y de los conocimientos sobre el uso y el manejo de los ecosistemas.
- Cambios en los sistemas alimenticios y quiebre de los sistemas tradicionales de redistribución de bienes y alimentos.
- Imposición de modelos occidentales, que afectan las relaciones de poder entre hombres y mujeres, alterando

los significados culturales sobre “lo femenino” y “lo masculino”.

- Evangelización en contra de las prácticas religiosas propias e imposición de sistemas y prácticas sanitarias, ajenas a las sociedades indígenas.
- Delegación de la formación y educación de los niños o jóvenes indígenas a los profesores del Estado Nacional.
- Dependencia económica y sanitaria a los sistemas impuestos por los no-indígenas.
- Violencia política por presencia constante de actores armados.
- El no manejo del bilingüismo.

Todas estas situaciones potencian la condición de vulnerabilidad de toda la población, pero, particularmente, la salud y el desarrollo de las mujeres (Gobernación Departamento del Guainía, 2020; Consejo Noruego para Refugiados, 2021).

Las estadísticas de salud, en este sentido, señalan que las mujeres indígenas se encuentran cada vez más en condiciones vulnerables de padecer patologías relacionadas con el ejercicio de la sexualidad, tales como infecciones de transmisión sexual, morbimortalidad relacionada con la gestación parto y nacimiento y el cáncer de cuello uterino, que es la primera causa de muerte por cáncer, entre mujeres de 30 a 59 años en Colombia (Minsalud, 2012; Suarez Moreno *et al.* 2018).

El cáncer de cuello uterino es una patología de alto riesgo para mortalidad femenina, con una tasa de incidencia, ajustada por edad de 36,4, por cada 100.000 habitantes y una tasa de mortalidad ajustada por edad, de 18,2, por cada 100.000 habitantes que, asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables, encuentra un mayor riesgo de mortalidad en regiones rurales dispersas, como Guainía, con bajo acceso a los servicios de salud y en grupos de menor nivel educativo (Minsalud, 2015).

En ese contexto, el proyecto tuvo como objeto construir una estrategia educativa intercultural, sostenible en el tiempo. Dicha estrategia educativa tiene como finalidad la prevención del cáncer de cuello uterino en tanto patología prevenible, además de aportar al empoderamiento y la conservación de la salud de las mujeres del resguardo de Paujil, en Guainía, Amazonia colombiana.

El proyecto tiene su origen en el 2017, para dar respuesta a la iniciativa de un grupo de mujeres adscritas a la Asociación de Mujeres Indígenas del Guainía - AMUIGUA, en la Amazonía colombiana, quienes solicitaron apoyo a tres universidades colombianas, con el propósito de trabajar por la salud de las mujeres de sus comunidades y fue financiado en el 2019, por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

En correspondencia con el enfoque de interculturalidad propuesto en el proyecto, el grupo de investigación utilizó, como diseño de investigación, la investigación acción participativa-IAP. La IAP es una corriente de pensamiento latinoamericano que, en Colombia, fue impulsada por el sociólogo Orlando Fals Borda (Anisur Rahman & Fals Borda, 1988) y surgió en respuesta a las situaciones de crisis, tanto culturales como sociopolíticas de la región.

La IAP está estructurada sobre la base de tres ejes: el primero, de carácter epistémico, propone la producción de conocimiento, a partir de las reflexiones de los procesos sociales en sí mismos, en un análisis que devela los ejercicios de poder y donde la investigación se convierte un instrumento para empoderar a las comunidades; el segundo, sobre la acción reflexionada, se sustenta en la investigación y conduce a un diálogo entre saberes teóricos y prácticos para lograr una transformación de la situación desde sus propias realidades y el tercero, que privilegia la participación, es decir, la relación entre el sujeto que conoce y el objeto por conocer, permite la generación de escenarios compartidos entre la academia y la realidad social, para desarrollar estrategias verdaderamente interculturales, reduciendo la brecha entre la teoría y la práctica (Ortiz & Borjas, 2008).

El proyecto se desarrolló en cuatro fases:

Fase 1. Conformación grupo de investigación. El grupo estuvo conformado por cinco lideresas indígenas bilingües reconocidas por sus comunidades, cada una en representación de las cinco etnias más grandes del resguardo (Piapocos, Sikuanis, Curripacos, Puinaves y Cubeos); seis investigadoras con formación en el área de la salud, entre las que se encontraban médicas, enfermeras y una bacterióloga y un investigador con formación en sociología. Las autoridades indígenas de las etnias seleccionadas conocieron y estudiaron el proyecto antes de otorgar su permiso. El protocolo para realizar el proyecto fue aprobado por el Comité de ética en investigación en seres humanos, con el número 0165-2017.

Fase 2. Capacitación conjunta entre lideresas e investigadores. Los investigadores universitarios realizaron capacitaciones a las lideresas sobre principios básicos de investigación, relacionados con técnicas de recolección de información, la realización de entrevistas y su respectiva transcripción, el consentimiento informado, la elaboración de diarios de campo y la filosofía de la IAP. Las lideresas, a su vez, proporcionaron a los académicos sus visiones en relación con su etnia, valores, principios, las dinámicas del resguardo y las características de las mujeres habitantes del mismo.

Fase 3. Elaboración conjunta de instrumentos. Trabajo conjunto realizado entre las lideresas indígenas y los profesores, que permitió establecer las estrategias cualitativas y cuantitativas a aplicar (Caracterización de las participantes, entrevistas semiestructuradas, grupos focales, consentimiento informado, diario de campo), definir el tipo de preguntas a realizar, la estructura del consentimiento informado y la traducción de los instrumentos a las lenguas de las diferentes etnias.

Fase 4. Trabajo de campo conjunto entre lideresas y profesores. que permitió la recolección, análisis y comprensión de información, relacionada con costumbres, significados, educación, recursos en salud, sexualidad, salud sexual y reproductiva y preferencias de recursos didácticos. Realizaron las entrevistas cuarenta lideresas, previo consentimiento informado, realizado en su lengua primordial.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y traducidas al español por las lideresas. El proceso fue retroalimentado por los profesores, en un análisis conjunto, que permitió hacer explícitas las reflexiones que iban surgiendo en las entrevistas e identificar hallazgos, aprendizajes, dificultades y nuevas estrategias de trabajo.

Es importante señalar que uno de los insumos importantes fue la elaboración por parte de cada lideresa, de documentos cortos en español, con sus propios análisis, relacionados con el trabajo de campo.

Simultáneamente, los profesores realizaron reuniones, en las que compartieron las reflexiones emergentes en cada etnia; identificaron aspectos comunes y diferencias entre etnias; realizaron abstracciones teóricas e hicieron explícita su experiencia intercultural durante el proceso investigativo, identificando los contenidos y las posibles estrategias didácticas más adecuadas, para la realización de una estrategia educativa culturalmente segura para las mujeres. Esto significa, que se ha construido en un diálogo intercultural real, que busca comprensiones compartidas y resignificadas que derivan en nuevos aprendizajes, a partir de estrategias didácticas, críticas, negociadas y no impuestas.

Construcción de la estrategia educativa intercultural para la prevención del cáncer de cuello cérvico uterino. Significó una revisión teórica sobre el concepto de interculturalidad en educación, análisis de las propias experiencias de los investigadores universitarios y lideresas. Como resultado final, se construye colectivamente una propuesta de didácticas relacionadas con el uso de cartillas bilingües, con textos elaborados conjuntamente, videos, cortos y la decisión de realizar acciones educativas, de manera individual. Actualmente y debido a la pandemia, no se ha podido aplicar la estrategia intercultural, lo cual, será motivo de nuevas reflexiones y ajustes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La construcción de la interculturalidad, un camino tortuoso y desigual, que debe ser prioridad en las estrategias educativas con todas las comunidades. Los conceptos de interculturalidad, interculturalidad en salud, salud intercultural, enfoque o perspectiva intercultural y otros conceptos similares, señalados por Salaverry (2010), Hasen Narváz (2012) y Aguilar-Peña *et al.* (2020), se han introducido en el discurso y en la práctica de la salud pública en los últimos años, particularmente, en Colombia.

Estos conceptos sobre interculturalidad no han cursado por un adecuado consenso sobre su significado, sus diferencias,

sus similitudes e implicaciones. Aunque la formación de los profesionales sanitarios cada día ha generado marcos más amplios de conocimientos, incluyendo aspectos de antropología, sociología, filosofía, existiendo, además, lineamientos nacionales para el trabajo en salud con pueblos indígenas (Minsalud, 2017); dicha formación sigue siendo insuficiente, pues existen grandes vacíos en la comprensión que tiene los profesionales sanitarios sobre lo transcultural e intercultural de los fenómenos salud-enfermedad-cuidado, que conllevan prácticas que atentan contra la singularidad de las personas, que pertenecen a estos grupos étnicos.

Este proyecto tuvo como reto inicial, entonces, hacerse la pregunta por lo intercultural y su relación con la salud, pero también, por cómo trabajar en una investigación acción participativa, generando criterios de equidad entre las personas que llevaron a cabo la investigación y las participantes, proponiendo unos mínimos de comprensión del significado de este término. Es así, como los docentes participantes iniciaron un proceso de revisión juiciosa sobre las diferentes concepciones de lo intercultural, que luego fueron confrontadas por la interacción con las lideresas del resguardo.

Esta interacción dio como resultado el cuestionamiento permanente sobre la existencia de la interculturalidad, en una relación de equidad con las lideresas y sus comunidades. Estos cuestionamientos pusieron en tensión al equipo de investigación, que se vieron en la necesidad de revisar su ejercicio de poder dominante, a través de los conocimientos occidentales sobre la salud y la investigación, respaldadas por titulaciones universitarias, posgrados y evidencias de literatura. Como equipo de investigación, se preguntaron si estarían imponiendo las miradas científicas sobre las visiones propias de la salud en las indígenas. Y si no era así, cuál era el aporte y construcción conjunta que se podía dar, tanto en profesores como en lideresas.

En ese sentido, uno de los resultados más importantes que surgen de la investigación tienen que ver con aceptar que los diálogos entre comunidades no se dan necesariamente en igualdad de condiciones. Que los conceptos sobre una relación de interculturalidad ideal no son posibles, que la interculturalidad no necesariamente se circunscribe a la relación con poblaciones indígenas o que poblaciones entendidas como diferentes a las sociedades occidentales, en una conformación social de ser “los otros”. Por lo tanto, la interculturalidad, como ya ha sido señalado por Almeida Vera & Almeida Vera (2014) y Castillo Guzmán & Guido Guevara (2015), es un fenómeno complejo que ata al conjunto de todas las sociedades contemporáneas y se refiere, específicamente, a las relaciones que existen entre diversos grupos humanos que componen una determinada sociedad, los cuales, pueden ser definidos, en términos culturales, de etnicidad, de lengua, de nacionalidad, de religión y otros.

Se asume, entonces, que la interculturalidad es un proceso dinámico, que tiene que ver con relaciones simétricas o asimétricas, con procesos de visibilización o no, de unos actores sobre otros y donde las representaciones sociales generan estigmatizaciones

y discriminaciones, que deben ser develadas para poder generar construcciones y transformaciones (García Canclini, 1997).

El trabajo entre profesores o investigadores y lideresas indígenas dejó como evidencia que, si bien es cierto que había una disposición mutua para el trabajo consensuado, también generó claramente una relación profesor universitario-lideresas estudiantes, que aportó a las mismas, conocimiento sobre sus cuerpos y sus procesos fisiológicos reproductivos, como también algunos elementos de metodología básica de investigación, privilegio de la ciencia occidental.

Por otro lado, las lideresas aportaron a los investigadores universitarios, las visiones y el acercamiento de sus propias etnias e hicieron evidente al equipo de investigación académicos, lo que significa “ser el otro”, “el raro”, el que es excluido, porque no se puede comunicar con la propia lengua. Las lideresas, se convierten, entonces, en las mediadoras del discurso, las que conocen los códigos culturales y los investigadores en las personas excluidas. Esto configuró a las lideresas en intérpretes, necesarias para generar vínculos, pues como se señaló, las indígenas realizaron las entrevistas en profundidad a sus congéneres y ellas hicieron la traducción de los discursos.

En ese escenario, entonces, es claro que la visión y la formación profesional occidental sigue teniendo una mirada homogeneizadora, que ubica a todos los pueblos indígenas como uniformes y, por tanto, inferiores en relación con una sociedad del conocimiento y la tecnología, que los ha venido subsumiendo de manera indistinta y esta misma lógica determina que los pueblos indígenas generen sus propias maneras de resistencia, porque son obligados a incluirse en una lógica occidental, que no hace el ejercicio recíproco (Lerín Piñón, 2004; Patiño Sauza & Sandín Vásquez, 2014).

Crear, entonces, una estrategia educativa intercultural en el área de salud (para este caso, estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino), demuestra que para garantizar lo que señalan los objetivos de desarrollo sostenible-ODS en relación con la salud, la educación y el empoderamiento femenino, se debe potenciar la formación en lógicas interculturales. Dichas lógicas interculturales no se reducen a campañas de salud, carteles, cartillas, o videos, generados de manera vertical, por las autoridades y los servicios de salud, sino que significa un trabajo de voluntad política real, que pasa por proceso de formación sobre el significado de la interculturalidad y la educación para la salud. Este significado de interculturalidad trasciende los ejercicios actuales y pone como reto para la educación profesional formal en el país, incluir, de manera responsable, estos contenidos y sus estrategias.

El sistema educativo superior de salud, particularmente, debe revisar los perfiles profesionales y exigir el desarrollo de una competencia genérica intercultural, pues actualmente no es posible exigir a los profesionales de salud contraria al modelo en que han sido formados (Rojas & Castillo, 2009).

El cáncer de cuello uterino, una oportunidad para el reconocimiento y el descubrimiento del cuerpo femenino. El

análisis de las entrevistas realizadas por cada una de las lideresas y el trabajo de formación inicial con ellas mismas evidenció el poco conocimiento anatómico y fisiológico del cuerpo femenino, en lo relacionado, especialmente, con el sistema genital, tanto femenino como masculino. Investigaciones sobre estos aspectos de promoción de educación para la salud (Espinoza *et al.* 2014; Menna *et al.* 2015; Kenny *et al.* 2019) han demostrado que el conocimiento insuficiente de estos temas genera mayor riesgo para padecer infecciones de transmisión sexual, problemas en la gestación parto y nacimiento y patologías asociadas al cáncer de cuello cérvico uterino, cáncer de ovario y de mama, entre otros. Este conocimiento insuficiente no favorece el proceso de autocuidado y no da elementos para el conocimiento de su propio cuerpo y los factores protectores y de riesgo para padecer enfermedades (Duarte-Franco & Franco, 2004; Bernstein *et al.* 2018; Baezconde-Garbanati *et al.* 2019).

El trabajo educativo que se desarrolló con las lideresas en esta área generó curiosidad, sorpresa y empoderamiento por parte de ellas, en su conocimiento personal. Las cinco lideresas asumieron el proceso de formación con interés y señalaron la importancia de dar a conocer esto a sus compañeras de las diferentes etnias; si bien es cierto, que todas conocían el examen de tamizaje, denominado citología vaginal, ninguna conocía realmente cuál era el proceso y, mucho menos, el significado del resultado.

Tanto las lideresas como las entrevistas realizadas por ellas, mostraron que los temas relacionados con la sexualidad son considerados asuntos de lo privado, por tanto, no son de fácil conversación, a lo que se suma el atravesamiento de los discursos religiosos evangélicos, que son de alta práctica en todas las etnias que conviven en el resguardo; sin embargo, el trabajo de capacitación permitió que las lideresas reflexionaran sobre la importancia de trabajar en la educación sexual en esta área, situación que ellas mismas señalaron, entendían como necesaria, lo cual, las llevó, precisamente, a buscar el apoyo de las universidades en la lógica de mejorar la salud de las mujeres en el resguardo. Pues es claro para ellas, que hay enfermedades que no se pueden curar necesariamente con las prácticas de sus médicos tradicionales y que implican una atención directa del sistema de salud del estado que, desafortunadamente, no genera escenarios de confianza para el acceso cotidiano a estos servicios (Chidyaonga-Maseko *et al.* 2015).

La construcción de una estrategia intercultural segura para la prevención del cáncer de cuello cérvico uterino, un desafío para los sistemas de salud. La construcción de una estrategia que sea realmente intercultural y que de alguna manera reconozca también las creencias, los valores y las particularidades de las etnias, se convierte en el desafío principal de este proyecto, que tiene que ver necesariamente con dos aspectos principales. El primero, relacionado con el trabajo con las instituciones de salud estatales que atienden el resguardo y su infraestructura, pues cualquier estrategia solo será sostenible, si se generan las estructuras mutuas, tanto de las etnias como de los servicios de salud del resguardo, para un ejercicio intercultural, que redunde en el logro de mayores coberturas, mayor equidad y calidad de los servicios, que atienden la salud sexual y reproductiva, tanto de mujeres como hombres

en el resguardo. El equipo de investigación ha tratado de generar vínculos entre las autoridades y el proyecto para lograr este aspecto (Meneses-Navarro *et al.* 2020).

El segundo desafío es atender y reconocer la diferencia étnica cultural y lingüística, como expresión legítima de todos los pueblos que tiene que ver, como lo señala Dietz (2017), con redefinir los programas de promoción y de prevención, desde la pertinencia cultural. Aunque existen políticas y programas nacionales de prevención del cáncer de cuello uterino, si estos no generan procesos inductivos desde abajo hacia arriba, desde sus propias realidades, no tendrán el impacto que se espera en la prevención de enfermedades que pueden tener morbimortalidades evitables, como la que nos ocupa en el proyecto.

La exploración realizada para identificar cuáles serían las metodologías educativas más usadas por las indígenas del resguardo, dio como resultado que la principal, es la que tiene que ver con el trabajo de voz a voz, es decir, una estrategia oral en lengua indígena, de manera individual o en pequeños grupos de mujeres. Dichas situaciones han sido evidenciadas por otros estudios, que señalan que la estrategia de bola de nieve o cascada es efectiva, ya que muestra que, si la experiencia que vive una persona de la misma comunidad sobre una situación es positiva, es retomada por las otras, lo cual, valida que las personas decidan escoger esas opciones (Medley *et al.* 2009; Villegas *et al.* 2019). También, queda demostrada la potencialidad en el uso de cartillas bilingües, ya que poseen muy poco texto y muchas gráficas dirigidas a las familias, que se traducen en contenidos que se puedan compartir con los miembros del núcleo familiar.

El uso actual de celulares y de redes sociales, como estrategia educativa (Kesten *et al.* 2019; Martin *et al.* 2020), se convierte en un mecanismo que permite, según las lideresas, el envío de videos cortos y llamativos, con mensajes de las mujeres de cada una de las etnias a otras mujeres, en su propia lengua. En ese sentido, ya se ha avanzado en la construcción de contenidos escritos, que han sido aprobados por las lideresas, que están siendo traducidos y revisados por personas de las etnias y que serán adaptados en cartillas, cuyos soportes visuales están centrados en las personas y contextos de las comunidades. También, ya se ha realizado un proceso de campo, que ha permitido tener soportes fotográficos y en video del resguardo y sus comunidades habitantes.

Por último, el desafío será probar la estrategia educativa y hacer la evaluación de esta, ya que como se señaló, la aparición de la pandemia por Covid 19 y el cierre de vías de acceso ha impedido el desarrollo de esta fase del proyecto. En el momento que se pueda desarrollar, aportará mayores reflexiones y recomendaciones a las autoridades del resguardo y de la salud del departamento para la mejora en el acceso a los servicios e impacto de los programas de educación en salud.

Realizar una estrategia educativa segura de salud para la autogestión y la sostenibilidad de un programa de cuidado y mantenimiento de la salud, específicamente del cáncer de cuello cérvico uterino, en

tanto enfermedad prevenible, ha significado una reflexión intensa del concepto de interculturalidad y los mecanismos para hacerla posible.

Está demostrado que las políticas y los programas uniformes, no logran el impacto deseado y que es necesario, precisamente, aprovechar la diversidad que caracteriza a los diferentes grupos étnicos, a los profesionales investigadores y a las dinámicas socioculturales, propias de las regiones, a fin de establecer acuerdos que permitan el desarrollo de iniciativas educativas en salud, que realmente impacten la problemática que buscan transformar.

El trabajo realizado entre lideresas del resguardo de Paujil, en la Amazonia colombiana y los académicos de las universidades, generaron una relación de respeto mutuo, que evidenció.

- Que las relaciones interculturales no son igualitarias, por lo contrario, son dinámicas y, por tanto, simétricas en ciertos escenarios y asimétricas en otros.
- Que el reto de generar estrategias educativas de salud se debe plantear para atender demandas y necesidades de educación pertinentes y específicas de las comunidades en sus regiones de origen.
- Que las metodologías planteadas por este proyecto demuestran la importancia de generar contenidos acordados con las comunidades, el uso de las lenguas propias y los mecanismos que son valorados como eficientes por ellos mismos.

Esto implica pensar en la formación de los profesionales de salud en aspectos de interculturalidad, que generen vínculos con las comunidades y sus líderes. De esta manera, desde las diferencias culturales, generar aproximaciones mixtas, respetando, por una parte, las creencias, los valores y las circunstancias propias de las comunidades y, por otro, avanzar en las coberturas de salud y la prevención de enfermedades catastróficas, como el cáncer de cérvix, que es claramente prevenible

Finalmente, se espera que las políticas de apertura por la vacunación masiva contra el Covid-19, permita la aplicación y la consolidación de la estrategia, cuyos resultados serán objeto de evaluación y de análisis futuros.

REFERENCIAS

1. AGUILAR-PEÑA, M.; TOBAR BLANDÓN, M.F.; GARCÍA-PERDOMO, H.A. 2020. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública (Colombia)*. 22(4):1-5. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
2. ALMEIDA VERA, L.; ALMEIDA VERA, L. 2014. Fundamentación del modelo de gestión intercultural ecuatoriana en la atención primaria de salud. *MEDISAN*. 18(8):1170-1183.
3. ANISUR RAHMAN, M.; FALS BORDA, O. 1988. Romper el monopolio del conocimiento: situación actual y perspectivas de la Investigación-Acción participativa en el mundo. *Análisis político*. 5:46-55.
4. BAEZCONDE-GARBANATI, L.; AGURTO, I.; GRAVITT, P.E.; LUCIANI, S.; MURPHY, S.; OCHOA, C.; GALLEGOS, K.; BARAHONA, R.; RODRÍGUEZ, Y. 2019. Barriers and innovative interventions for early detection of cervical cancer. *Salud Publica Mex*. 61(4):456-460. <https://doi.org/10.21149/10425>
5. BERNSTEIN, M.; HARI, A.; AGGARWAL, S.; LEE, D.; FARFEL, A.; PATEL, P.; RAMAN, K.; RAJA, S.; FENNING, R.; LIEBER, M.; MINTEER, W.; DENNY, S.; RIES, M. 2018. Implementation of a human papillomavirus screen-and-treat model in Mwanza, Tanzania: training local healthcare workers for sustainable impact. *International Health*. 10(3):197-201. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy014>
6. CASTILLO GUZMÁN, E.; GUIDO GUEVARA, S.P. 2015. La interculturalidad: ¿principio o fin de la utopía? *Revista Colombiana de Educación*. 69:17-44. <https://doi.org/10.17227/01203916.69rce17.44>
7. CHIDYAONGA-MASEKO, F.; CHIRWA M.L.; MUULA A.S. 2015. Underutilization of cervical cancer prevention services in low and middle income countries: a review of contributing factors. *Pan African Medical Journal*. 21:231. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.231.6350>
8. CONSEJO NORUEGO PARA REFUGIADOS, NRC. 2021. Contexto humanitario en Guainía, Colombia. Disponible desde Internet: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/documento_sitrep_guainia1.pdf (con acceso el 14/05/2020).
9. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, DANE. 2019. Población indígena de Colombia. Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018. Gobierno de Colombia. Disponible desde Internet: <https://bit.ly/3kDHTyy> (con acceso el 14/05/2020).
10. DIETZ, G. 2017. Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles educativos*. 39(156):192-207.
11. DUARTE-FRANCO, E.; FRANCO, E.L. 2004. Cancer of the Uterine Cervix. *BMC women's health*. 4(Sup. 1):S13. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-4-S1-S13>
12. ESPINOZA, R.; MARTÍNEZ, I.; LEVIN, M.; RODRIGUEZ, A.; CHAN, T.; GOLDENBERG, S.; ZÚÑIGA, M.L. 2014. Cultural perceptions and negotiations surrounding sexual

- and reproductive health among migrant and non-migrant indigenous Mexican women from Yucatán, Mexico. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 16(3):356-364. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9904-7>
13. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, FPNU. 1994. Informe de la Conferencia internacional sobre población y desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cairo. FPNU. 188p. Disponible desde Internet en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf (con acceso el 14/05/2020).
 14. GARCÍA CANCLINI, N. 1997. Culturas híbridas y estrategias comunicacionales. *Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas*. 3(5):109-128.
 15. GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO DE GUAINÍA. 2020. El plan de desarrollo departamental "Guainía: Oportunidad para todos 2020-2023". Disponible desde Internet en: https://guainia.micolombiadigital.gov.co/sites/guainia/content/files/000550/27454_documento-final-guainia-va1.pdf (con acceso el 14/05/2020).
 16. HASEN NARVÁEZ, F.N. 2012. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería (Chile)*. 18(3):17-24. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>
 17. KENNY, B.; HOBAN, E.; PORS, P.; WILLIAMS, J. 2019. A qualitative exploration of the sexual and reproductive health knowledge of adolescent mothers from indigenous populations in Ratanak Kiri Province, Cambodia. *Rural and Remote Health*. 19(4):5240. <https://doi.org/10.22605/RRH5240>
 18. KESTEN, J.M.; DIAS, K.; BURNS, F.; CROOK, P.; HOWARTH, A.; MERCER, C.H.; RODGER, A.; SIMMS, I.; OLIVER, I.; HICKMAN, M.; HUGHES, G.; WEATHERBURN, P. 2019. Acceptability and potential impact of delivering sexual health promotion information through social media and dating apps to MSM in England: a qualitative study. *BMC Public Health*. 19(1):1236. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7558-7>
 19. LERÍN PIÑÓN, S. 2004. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*. 15-16:111-125.
 20. MARTIN, P.; ALBERTI, C.; GOTTOT, S.; BOURMAUD, A.; DE LA ROCHEBROCHARD, E. 2020. Expert opinions on web-based peer education Interventions for youth sexual health promotion: Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*. 22(11):e18650. <https://doi.org/10.2196/18650>
 21. MEDLEY, A.; KENNEDY, C.; O'REILLY, K.; SWEAT, M. 2009. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing Countries: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*. 21(3):181-206. <https://doi.org/10.1521/aeap.2009.21.3.181>
 22. MENESES-NAVARRO, S.; PELCASTRE-VILLAFUERTE, B.E.; BAUTISTA-RUIZ, Ó.A.; TOLEDO-CRUZ, R.J.; DE LA ROSA-CRUZ, S.A.; ALCALDE-RABANAL, J.; MEJÍA-MARENCO, J.L.Á. 2020. Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas. *Salud Pública México*. 63(1):51-59. <https://doi.org/10.21149/11362>
 23. MENNA, T.; ALI, A.; WORKU, A. 2015. Effects of peer education intervention on HIV/AIDS related sexual behaviors of secondary school students in Addis Ababa, Ethiopia: A quasi-experimental study. *Reproductive health*. 12:84. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0077-9>
 24. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, MINSALUD. 2012. Análisis de la situación de salud de fronteras (ASIS) Guainía (Inírida, San Felipe, La Guadalupe, Puerto Colombia y Cacahual) Guía Andina. Guainía, Colombia. Disponible desde Internet en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%20Guain%C3%ADa.Pdf> (con acceso el 14/05/2020).
 25. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, MINSALUD. 2015. Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas. Modelo Integral de Atención en Salud MIAS. (Colombia). Disponible desde Internet en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995182/modelo-integral-de-atencion-en-salud-mias.pdf> (con acceso el 14/05/2020).
 26. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, MINSALUD. 2017. Lineamientos. Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Gobierno de Colombia (Bogotá). Disponible desde Internet en: <https://bit.ly/2PCVdot> (con acceso 14/05/2020).
 27. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, ONU. 1993. Conferencia mundial de los derechos humanos 1993 en Viena Austria. Disponible desde Internet en: <https://www.ohchr.org/es/about-us/history/vienna-declaration#:~:text=La%20Conferencia%20Mundial%20de%20Derechos,Humanos%20en%20todo%20el%20mundo> (con acceso 14/05/2020).

28. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, ONU. 2008. ONU. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Disponible desde Internet en: https://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_es.pdf (con acceso 14/05/2020).
29. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, ONU. 2015. Agenda 2030 y objetivos de desarrollo sostenible. Disponible desde Internet en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible> (con acceso 14/05/2020).
30. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, ONU. 2021. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Pueblos Indígenas. Disponible desde Internet en: <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples/> (con acceso el 14/05/2020).
31. ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, OIT. 2014. Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe (Lima). 130p. Disponible desde Internet en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf (con acceso 14/05/2020).
32. ORTIZ, M.; BORJAS, B. 2008. La investigación acción participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular. *Espacio Abierto*. 17(4):615-627.
33. PATIÑO SAUZA, A.E.; SANDÍN VÁSQUEZ, M. 2014. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*. 10(3):379-96.
34. ROJAS, A.; CASTILLO, E. 2009. Multiculturalismo y políticas educativas ¿interculturalizar la educación? *Revista Educación y Pedagogía*. 19(48):11-24.
35. SALAVERRY, O. 2010. Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 27(1):80-93.
36. SUAREZ MORENO, O.; GUEVARA, P.C.; ROMERO BENAVIDES, A.F.; SARMIENTO PRADA, A.A.; SANCHEZ CHAPARRO, Y.; BERNAL, A. MORENO, M.C. 2018. Diagnóstico Departamento de Guainía. Proyecto BPUN 300: Ecosistema de Innovación Región Llanos. Universidad Nacional de Colombia. 43p. Disponible desde Internet en: <https://fdocuments.co/document/diagnostico-departamento-de-guan-el-diagnostico-desarrollado-para-el-departamento.html> (con acceso el 14/05/2022).
37. VILLEGAS, I.; DIETZ, G.; FIGUEROA, M. 2019. La traducción lingüística y cultural en los procesos educativos: hacia un vocabulario interdisciplinar Primera edición. Universidad Veracruzana, Universidad Nacional Autónoma de México (México). 384p.