



Concepciones de la salud sexual y reproductiva en mujeres kurripacos en condición de movilidad humana¹

Conceptions of sexual and reproductive health in Kurripaco women in conditions of human mobility


Vilma Cenit Fandiño Osorio^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9088-5866>
E-mail: vfandino@udca.edu.co


Claudia Marcela Velásquez Jiménez^a

 <https://orcid.org/0000-0003-0882-1543>
E-mail: mvelasquez@udca.edu.co


María Inés Sarmiento Medina^b

 <https://orcid.org/0000-0003-0882-1543>
E-mail: misarmiento@fucsalud.edu.co

Sandra Lucia Vargas Cruz^c

 <https://orcid.org/0000-0002-4242-3488>
E-mail: vargassandra@unbosque.edu.co

Miryam Beatriz Puerto^d

 <https://orcid.org/0000-0002-8231-6003>
E-mail: mbpuerto@fucsalud.edu.co

^aUniversidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Facultad de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

^bFundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Vicerrectoría de Investigaciones. Bogotá, Colombia

^cUniversidad El Bosque. Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.

^dFundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

Resumen

La migración de pueblos indígenas presenta tensiones entre las tradiciones ancestrales y la visión occidental, con implicaciones para la salud pública, particularmente en salud sexual y reproductiva. Este texto tuvo por objetivo analizar las concepciones sobre salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas kurripacos de un resguardo del departamento de Guainía (Colombia). Se trata de un estudio de casos en una muestra de 40 mujeres indígenas kurripacos, residentes en el resguardo Paujil, en Guainía, procedentes de distintas comunidades. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas construidas con miembros de la misma comunidad y traducidas a lengua nativa. Tres categorías emergieron del análisis: Impacto de la movilidad en las mujeres indígenas; autonomía relativa como marcos de la sexualidad; y concepciones frente al abordaje occidental de la salud sexual y reproductiva. Esta última categoría identificó que los aspectos de la salud sexual y reproductiva como constructo occidental son desconocidos por las participantes, quienes vislumbran formas propias de comprender la salud-enfermedad como parte integrada a todas las dimensiones de la vida/muerte. La interrelación entre las tradiciones ancestrales de los pueblos originarios y el abordaje occidental de la salud exige a profesionales, servicios y sistema un enfoque intercultural que reconozca la autonomía relativa personal y relacional.

Palabras clave: Salud Sexual y Reproductiva; Pueblos Indígenas; Migración Interna; Migración Humana; Salud de Poblaciones Indígenas.

Correspondencia

Vilma Cenit Fandiño Osorio
Calle 222, no. 55-37. Bogotá, D.C., Colombia. Código Postal 11051

1 Este proyecto fue financiado por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias).

Abstract

The migration of indigenous peoples presents tensions between ancestral traditions and the western vision, with implications for public health, particularly sexual and reproductive health. To analyze the conceptions of sexual and reproductive health of Kurripaco indigenous women from a reservation in the department of Guainía. Case study in a sample of 40 Kurripaco indigenous women, residents of the Paujil reservation, Guainía, Colombia, from different communities. Semi-structured interviews built with members of the same community and translated into the native language will be applied. Three categories emerged from the analysis: impact of mobility on indigenous women; Relative autonomy as frameworks of sexuality and conceptions against the Western approach to sexual and reproductive health. In this last category, it is found that the aspects of sexual and reproductive health as a Western construct are unknown by the participants, but instead they glimpse their own ways of understanding health-disease as an integrated part of all dimensions of life/death. The interrelationship between the ancestral traditions of native peoples and the western approach to health requires professionals, services, and the system to adopt an intercultural approach that recognizes relative personal and relational autonomy.

Keywords: Sexual and Reproductive Health; Indigenous Peoples; Internal Migration; Human Migration; Health of Indigenous Populations.

Introducción

Los procesos migratorios de los pueblos originarios en América Latina se encuentran atravesados por la tensión entre sus tradiciones ancestrales y la cosmovisión occidental. Uno de los procesos críticos determinantes de esta movilidad se encuentra en la brecha existente entre las poblaciones rurales y las urbanas, originadas por los modelos político-económicos que conciben a las ciudades como los centros de producción de capital monetario, intercambio comercial y consumo de bienes y servicios, dejando a la población y territorios rurales subordinados a despensas de materias primas y mano de obra necesarias para la vida en la ciudad, haciéndoles económicamente dependientes. En efecto, los niveles de pobreza monetaria de la población indígena son más altos en zonas rurales (49%) que en las urbanas (33,7%) (UNFPA, 2018), y se hace más difícil el acceso a los servicios sociales, lo que lleva a individuos y colectivos a desplazarse hacia zonas urbanas o cercanas a ellas, con un cambio importante de roles familiares y laborales (Ortiz, 2019).

Este es precisamente parte del contexto del pueblo kurripaco ubicado en la Amazonía colombiana, en límites con Venezuela y Brasil. Las necesidades de acceso a medios de subsistencia, trabajo, educación y salud han llevado a clanes y familias del pueblo kurripaco a migraciones permanentemente de sus lugares originarios, movidos por procesos destructores que les hacen más vulnerables a la fragmentación de su territorio histórico por los límites fronterizos de tres países, el auge de industrias que degradan su ambiente como la cauchería, la coca y la minería, y la subsecuente contaminación de los ríos, el conflicto armado y las inundaciones. Uno de estos territorios receptores del pueblo kurripaco es el Resguardo Indígena de Paujil, que si bien tiene una amplia extensión en la selva amazónica, cuenta con un asentamiento conurbado con el casco urbano de la ciudad de Inírida, capital del departamento de Guainía.

Esta situación de movilidad se hace aún más compleja para las mujeres kurripacos, pues en su cultura patrilineal, al casarse van a vivir con las familias del hombre, debiendo adaptarse al nuevo territorio, familia y normas, ya que es el hombre quien decide sobre las acciones y roles del grupo familiar.

Varios estudios han descrito los efectos en salud de esta situación de movilidad interna de la población indígena hacia contextos más urbanos. Lobo (2021) realizó un estudio en Estados Unidos y encontró que el déficit de servicios de salud, el bajo presupuesto estatal destinado a la salud indígena, la focalización de la atención en algunos servicios como la salud mental, la falta de adaptación de los servicios a sus necesidades culturales y en general el contexto de dependencia económica y pobreza reproducen estados patológicos con mayor frecuencia que la población general, quienes más padecen enfermedades como diabetes mellitus tipo II, cáncer, enfermedades cardiovasculares e incluso suicidios.

Por su parte, el estudio de Quintero y Hughes (2007) sobre migraciones indígenas internas en Panamá identificó que aunque la población refirió una mejoría en el acceso a la educación, la alimentación y los servicios de salud como efecto de la migración, también tuvo impactos negativos como la pérdida de la cultura y el aumento en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, conflictos y enfermedades principalmente de transmisión sexual relacionadas con el cambio de comportamientos sexuales. Similares hallazgos expone el trabajo de Chávez (2007) sobre migraciones en México, encontrando que además del incremento en enfermedades de transmisión sexual, otras características en salud sexual y reproductiva son la temprana edad de inicio de relaciones sexuales, unión marital y fecundidad, la asimetría en la sexualidad en la cual el hombre es quien toma las decisiones, el desconocimiento del cuerpo, la falta de protección en las relaciones sexuales y el embarazo en la primera relación sexual, así como el sometimiento de la mujer a las normas de la familia patrilínea.

En un contexto mucho más cercano, la migración de pueblos indígenas amazónicos presenta tensiones y desventajas acumuladas sobre la condición de migrante (Dos Santos; Queiroz, 2022), con algunas particularidades designadas por el contexto fronterizo como en el que se encuentra el pueblo kurrupaco, pues la frontera significa escenarios de movilidad, encuentro e intercambio entre las identidades de pueblos distintos o unificados, pero separados por la imposición de los límites fronterizo, que además de dividir la variada oferta de beneficios para la población de los países fronterizos estimulan la movilidad de la

población para acceder a dichos beneficios (Suárez-Mutis et al., 2010). Sin embargo, las diferencias en las políticas de protección a la población indígena en distintos países les dejan también con diferencias marcadas en la forma de organización política. Por ejemplo en Colombia, la organización por cabildos y resguardos les permite acceder a los beneficios estatales, pero al estar dentro de los límites urbanos, le hace ser también una población minoritaria, con escasa visibilidad e integración al resto de la sociedad (Gonzalez; Ortiz; Frausin Bustamante, 2012).

Otro aspecto relacionado a la salud sexual y reproductiva considerada relevante desde la salud pública es la infección por virus de papiloma humano, cáncer de cuello uterino o lesiones precursoras de este. En este ámbito, aunque múltiples estudios realizados en poblaciones indígenas en Latinoamérica muestran menor frecuencia que en poblaciones no indígenas (Abritta; Torres; Freitas, 2021), puede haber mayores barreras para la prevención, diagnóstico y tratamiento de procesos precursores de morbilidad por cáncer uterino, así como de los demás resultados en salud sexual y reproductiva, que develan las inequidades asociadas más al sistema de atención en salud que a características propias de las poblaciones étnicas, a pesar de que el abordaje fragmentario de la salud persiste en señalar la etnia indígena como un factor de riesgo (Camargo et al., 2011).

Una de estas barreras se encuentra en el abordaje preventivo desde una mirada esencialmente epidemiológica, al margen del significado del cuerpo femenino y de los valores e influencias histórico-culturales de las mujeres y las comunidades de las cuales hacen parte, además de una comunicación ineficiente que emplea un lenguaje con el que las mujeres no se identifican (Britto; Pimentel, 2008). Incluso, la pretensión de un abordaje intercultural puede caer en el funcionalismo, toda vez que la persona indígena se considera diferente o perteneciente a otro contexto cultural, sin considerar las desigualdades económicas, políticas y sociales, por lo que las estrategias se orientan a adaptar el comportamiento de la población a la racionalidad del sistema de salud oficial occidental (Ávila; Alves, 2022).

Así pues, el reto para sistemas, servicios y profesionales de salud es considerar la dimensión cultural del cuerpo y del contexto histórico-cultural

(Britto; Pimentel, 2008), sin dejar de lado la comprensión del análisis de las inequidades políticas, económicas y sociales, más allá de las diferencias culturales (Ávila; Alves, 2022).

Estas autoras además resaltan la importancia de que los profesionales de salud, a través de su lenguaje verbal y no verbal, demuestren sensibilidad y comprensión del significado que tiene para las mujeres su cuerpo y la intervención a que van a ser sometidas, como en el caso de la citología cervicouterina, además del respeto y valoración de las prácticas ancestrales para la protección de la salud, a las cuales la población indígena muestra un fuerte apego, aún en un contexto urbano (Guerrero et al., 2020).

Hacer visible la salud sexual y reproductiva a partir de la comprensión del contexto histórico-cultural posibilita llevar un proceso de adecuación del sistema de salud que permita integrar las orientaciones internacionales, como el caso de las recomendaciones dadas en el primer Foro Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI, 2008), el cual plantea la necesidad de profundizar en la salud de las mujeres desde un enfoque intercultural como mecanismo para impactar indicadores críticos en materia de salud sexual y reproductiva en países de América Latina, a la vez que se procure, por parte de los sistemas y profesionales de salud, preservar la autonomía de las mujeres y de grupos poblacionales específicos, como los pueblos originarios. Esta pretensión requiere tener claro que dicha autonomía no es absoluta, pues tanto la decisión como la acción se encuentran determinadas por procesos que se producen en una dimensión más general e histórica y que determinan lo que ocurre en tiempo presente a nivel individual y local (Breilh, 2021). Por lo tanto, es más acertado hablar de autonomía relativa (Breilh, 2021) y autonomía relacional (Ulloa, 2016), ambos términos en referencia a la posibilidad de decisión que tienen las personas y grupos en un marco de presiones externas que les demanda continuas negociaciones y reconfiguraciones internas.

Frente a este panorama, surgió la inquietud de explorar y analizar las concepciones que tienen las mujeres indígenas kurrripacos del resguardo de Paujil (Inírida, Colombia) en materia de salud sexual y reproductiva como constructo occidental de la salud, en un marco de autonomía relativa y relacional.

Sujetos y métodos

Se realizó una investigación cualitativa tomando como estrategia metodológica el estudio de casos múltiples, ya que, a fin de entender una situación o grupo humano, se estudia un número de casos en forma conjunta, en que la cuestión estudiada implica relaciones complejas, situadas y posiblemente problemáticas que articulan lo que ocurre en los hábitats naturales con algunos constructos académico-disciplinares (Stake, 2013) cuyo análisis se realiza con criterios de profundidad, rigurosidad y criticidad (Quecedo; Castaño, 2002). La muestra de tipo intencional estuvo conformada por 40 participantes que cumplieron con los siguientes criterios: Ser mujer perteneciente a la etnia kurripaco, con edad mínima de 18 años cumplidos y residencia permanente en el resguardo de Paujil -Inírida.

En los procesos de diseño y desarrollo de la investigación participaron activamente lideresas de la comunidad, quienes fueron orientadas por el equipo académico en principios de investigación y procedimientos específicos como la recolección de información, desarrollo de entrevistas, sistematización y uso y aplicación del consentimiento informado, mientras que las mismas lideresas orientaron al equipo investigador sobre el contexto étnico, relacionado a la cosmovisión, valores y dinámicas propias de la comunidad. La información se recolectó mediante entrevistas semiestructuradas, diseñadas conjuntamente entre investigadores y actores comunitarios, traducidas a la lengua kurripaco por una lideresa indígena reconocida por la comunidad y ajustada a partir de una prueba piloto. Las entrevistas fueron aplicadas en lengua indígena por la misma lideresa indígena en la vivienda de las entrevistadas y grabadas en formato MP3, para posteriormente ser transcritas y traducidas al castellano, dando seguimiento a su reducción y categorización. Finalmente, como categorías de estudio se establecieron: a) impacto de la movilidad en las mujeres indígenas; b) autonomía y sexualidad; y c) concepciones frente al abordaje occidental de la salud sexual y reproductiva.

Durante el proceso de investigación se cumplió con los criterios éticos de confidencialidad, por lo que la identidad de las participantes se mantiene anónima y se contó con el consentimiento informado de cada

una. La investigación fue aprobada por el comité de ética en investigación de una de las instituciones de educación superior responsable de la investigación.

Resultados

Los resultados que se exponen a continuación corresponden al proceso de investigación realizado desde el año 2017, en el que participaron 40 mujeres kurripacos de un resguardo indígena ubicado en la ciudad de Inírida, en Zona de Reserva Forestal Amazónica colombiana, en límites fronterizos con Venezuela y Brasil en las riberas de los ríos Guainía, Inírida y Atabapo. El resguardo que tiene una extensión de 52.000 hectáreas ha sido históricamente poblado por las culturas piapoco y puinave, que junto con los kurripacos hacen parte de la misma subfamilia lingüística maipure y cuenta con un asentamiento actualmente conurbado con la ciudad de Inírida, lo que le confiere características de asentamiento suburbano, en el cual se encuentra parte de las familias kurripaco (Mora Quintero, 2018). Los resultados se presentan atendiendo en primera instancia a las principales características sociodemográficas del grupo de participantes, para describir luego los hallazgos de acuerdo con cada una de las categorías propuestas.

El rango de edad de las mujeres entrevistadas se encuentra entre los 18 y 90 años, con una media de 39,3 años. Sobre el tiempo de residencia en el resguardo, para el 75% de ellas han sido entre 2 a 20 años y la totalidad de las participantes migraron de otros territorios cercanos, por motivos como trabajo de sus parejas, búsqueda de mejores oportunidades de vida o fueron víctimas de desplazamiento forzado por grupos armados.

Con relación a la escolaridad, el 46% contaban con educación secundaria o técnica y el 35% no tenían ningún nivel de escolaridad. Sobre la composición familiar, se encontró que el 78,6% tenían una pareja estable, y el 60,7% tienen de dos a cinco hijos. Sobre los roles ejercidos por las participantes, se encontró la realización de labores en la casa, hacer mañoco (harina de yuca brava) y labores de cultivo en el conuco (lugar de siembra indígena asignado a la familia).

Impacto de la movilidad en el grupo de mujeres indígenas kurripacos

Se consideró esta categoría, ya que el total de las participantes proceden de lugares diferentes al resguardo, de comunidades principalmente rurales ubicadas dentro del departamento de Guainía o cerca a sus límites fronterizos en el departamento de Vichada o en Venezuela. Al indagar sobre sus expectativas y adaptación al nuevo territorio, la mayoría no tienen perspectivas de retornar a su comunidad de origen. Para algunas de ellas, en la ciudad se encuentran mayores oportunidades de trabajo, estudio y de acceso a servicios de salud y variedad de alimentos. Las siguientes narrativas soportan los hallazgos:

Aquí hay colegio, estamos cerca del hospital, cuando nos enfermamos vamos allá más cerca (Entrevistada 1).

Me dificultaría buscar cosas de allá, en cambio aquí compro lo que yo quiero (Entrevistada 2).

Uno puede conseguir de todo por aquí, alimentación y ropa más fácil (Entrevistada 3).

Otro aspecto del actual asentamiento valorado positivamente por algunas participantes es el hecho de tener una mayor privacidad en la familia, a diferencia de la vida en comunidad: *“Es mejor aquí, porque en la comunidad es de todos, entran la gente en la casa de uno, hay chisme, pero aquí es diferente” (Entrevistada 4).*

En contraposición, otra parte de las entrevistadas otorga valor a sus comunidades de origen, como espacios de socialización y participación, pues allí realizaban prácticas espirituales, las asambleas y las reuniones comunitarias, de donde añoran ciertas tradiciones relacionadas con el uso de su propio lenguaje, el trabajo en el conuco, la preparación y el compartir de los alimentos y los roles que desempeñaban especialmente los jóvenes en el trabajo de la tierra y la pesca y que han sido reemplazados por el excesivo uso de la tecnología:

Ya no hacemos casabe, todo estamos comprando, y nuestros hijos ya les da pena de hablar en kurripaco (Entrevistada 5).

En mi familia nos hemos dejado de hablar en nuestra lengua kurrripaca (Entrevistada 6).

[...] éramos más unidos, comíamos juntos, éramos felices en las comunidades. En cambio, ahora ya es diferente, comemos ya aquí en un núcleo familiar (Entrevistada 7).

Los jóvenes son diferentes, hoy en día son flojos solo se dedican a ver televisión ya no trabajan, y los de la comunidad, sí, trabajan, pescan (Entrevistada 8).

Ya los jóvenes no van a pescar, ya no van a trabajar, solo se dedican a las tecnologías celulares e internet; en cambio en las comunidades es diferente (Entrevistada 9).

Otro cambio relevante tiene que ver con el acceso a los medios de subsistencia y particularmente a los alimentos, cuya principal fuente en la comunidad de origen es el conuco, mientras que en su actual residencia por su cercanía a la ciudad, dependen de la economía de mercado:

En la comunidad.... no tengo que pensar en plata, con qué voy a comer, como de todo en la comunidad; en cambio por aquí es todo plata (Entrevistada 10).

Mejor vivir en la comunidad porque no tenemos que estar pensando en comprar (Entrevistada 11).

Allá uno come gratis; en cambio acá es con plata (Entrevistada 12).

[...] ya quiero regresar a ver mi familia, por aquí no hay trabajo para mí (Entrevistada 13).

Se concluye que uno de los cambios culturales generados por la movilidad ha sido la pérdida progresiva de sus conocimientos ancestrales, de sus costumbres y del sentido de comunidad, pues al perder la estrecha relación con el lugar de donde proceden tales conocimientos, estos pueden ser erosionados, además de sufrir procesos de transformación e incluso revitalización, ya que la naturaleza desempeña un rol primordial en la configuración de las culturas indígenas (Gonzalez; Ortiz; Frausin Bustamante,

2012). Así, la comunidad de origen se reconoce como fuente de medios de subsistencia, principalmente en la protección a la salud, la alimentación y el abrigo, mientras que en el actual asentamiento esta responsabilidad es del núcleo familiar y no de la comunidad. A pesar de ello, no hay expectativa por parte de las mujeres de volver a sus comunidades de origen. Esta visión se encuentra conforme a lo expuesto por Maidana (2013) quien identifica tres etapas en procesos migratorios: Motivaciones, traslado o desplazamiento, e incorporación a un nuevo contexto cultural, social y económico. En esta última etapa se encuentra el total de mujeres entrevistadas. Tales procesos de cambio, si bien están presentes desde tiempos prehispánicos, con mayor movimiento en la época colonial y poscolonial, se intensificaron a lo largo del siglo XX con el desarrollo comercial e industrial, la urbanización ante el incremento en la demanda de mano de obra, la aceleración de los mecanismos de expulsión del lugar y la pérdida de tierras originarias (OIM, 2016), mecanismos impulsados por la idea de superar el atraso y la pobreza, mediante el fortalecimiento de fronteras nacionales y la consolidación del desarrollismo basado en el crecimiento económico (Hill; Oliver, 2011).

Autonomía personal y relacional: marcos para el abordaje de la sexualidad

Dado que fue evidente la escasa apertura de la población para abordar temas en torno a la sexualidad, se hizo necesario indagar primero sobre la autonomía que tienen las participantes para comunicar y actuar en esta dimensión, por lo que se identificaron dos horizontes de la autonomía que configuran esta categoría: La autonomía personal, que da cuenta de la posibilidad de las mujeres a decidir y actuar en consecuencia, y la autonomía relacional. Si bien en esta cultura las decisiones sobre las acciones, comportamientos y roles del grupo familiar han estado en manos de los hombres, actualmente se encuentra en una transición hacia la negociación en la toma de decisiones compartidas, impactando directamente la sexualidad. Entre los cambios percibidos que reflejan una posible ganancia de autonomía, está el hecho de decidir por sí misma el inicio de relaciones sexuales antes del matrimonio,

la elección y cambio de la pareja en manos de la mujer y la toma de decisiones reproductivas compartidas con la pareja o a cargo de la mujer:

Nosotras las mujeres tomamos las decisiones por que mantenemos en la casa (Entrevistada 14).

Los dos tomamos las decisiones; yo a veces le digo "mire esto es así" y nos ayudamos entre los dos (Entrevistada 15).

[para planificar]... *yo me decido sola no pido permiso* (Entrevistada 16).

Sin embargo, algunas narrativas dan cuenta de que aún es el hombre quien toma las decisiones, incluso las reproductivas, y la mujer debe solicitar permiso para planificar, salir de la casa y trabajar.

La autonomía personal se refleja también en la búsqueda de conocimientos para tomar decisiones conscientes. A pesar de que el total de las participantes afirmó querer aprender más sobre salud sexual y reproductiva, con el ánimo especialmente de protegerse de enfermedades y enseñar a sus familiares y vecinas, señalaron que no buscan información por pena a abordar el tema de la sexualidad con otras personas.

Por otra parte, la autonomía relacional se manifiesta en la visibilización de las mujeres en el ámbito público, en los liderazgos que ocupan dentro de la comunidad, en la búsqueda de igualdad de derechos que poco a poco va abriéndose camino y en la posibilidad de decidir las tradiciones que se desean mantener, desde su sistema de creencia, de organización, de alimentación propio hasta las prácticas individuales y colectivas para el cuidado de la salud. Las siguientes son algunas de las narrativas que dan cuenta de este logro:

Antes los hombres no ayudaban a nosotros las mujeres, pero ahora sí, hay algunas mujeres que son líderes en la comunidad (Entrevistada 17).

Nosotras las mujeres ya tenemos iguales función que los hombres, trabajamos, nos pagan igual que él, pero antes no; nos dedicábamos a criar hijos (Entrevistada 18).

En caso de nosotros los indígenas los hombres eran machistas. Ahora uno puede salir a trabajar

por igual que los hombres; antes eran machistas ahora no, ahora estamos por igual (Entrevistada 19).

Se observa que los cambios en la estructura y roles familiares ocurridos a través del tiempo y al cambiar de territorio cuando ocurre voluntariamente son percibidos como ganancia en la autonomía personal, pero se hace menos clara la autonomía relacional, es decir, la toma colectiva de decisiones, que se disuelve a medida que se disgrega el sentido de comunidad (Ulloa, 2016). A pesar de ello, la posibilidad de comunicarse en su propio lenguaje, de conservar tradiciones familiares que son compartidas con otras etnias y de mantener el acceso a la tierra a través del conuco son los aspectos más visibles de la preservación y encuentro cultural, limitados ante las permanentes interacciones y negociaciones con actores externos que modulan el mantenimiento de sus tradiciones y estructuras, lo que de acuerdo a Ulloa (2016) le confiere apenas una autonomía parcial que no es permanente sino en constante construcción. Esto significa que las decisiones que toman las comunidades indígenas, ya sean colectivas o individuales, no son totalmente autónomas, pues se encuentran mediadas por su relación con la cosmovisión occidental (Noningo Sesen, 2020).

Concepciones frente al abordaje occidental de la salud sexual y reproductiva

Desde la perspectiva occidental, si bien la sexualidad es vista como una dimensión de la vida humana que vincula una amplia gama de aspectos, la salud sexual y reproductiva es abordada desde la salud pública convencional a partir de un reducido número de indicadores e intervenciones centradas en la reproducción y prevención de infecciones de transmisión sexual y cáncer de cuello uterino, mediante el acceso a servicios basados en la orientación, diagnóstico precoz y tratamiento. Por lo anterior, esta categoría se orienta a reconocer los conocimientos y prácticas de las mujeres indígenas en torno a estas temáticas.

Una primera subcategoría gira en torno a la planificación reproductiva para saber si los métodos modernos de anticoncepción son conocidos por las mujeres, aunque no todas han hecho uso de ellos. Entre los métodos utilizados por las participantes, no se hace referencia a los definitivos ni a métodos de barrera; en cambio, señalan haber usado los

hormonales en sus diferentes presentaciones, cuya duración estuvo sujeta en varios casos a los efectos adversos percibidos por ellas:

Hora ya no planifico, pero antes me planificaba con inyección, pero solo por dos meses porque no me cayó bien, me bajaba mucha sangre por eso lo suspendí (Entrevistada 20).

Con pastilla de los yaranai que me dio el promotor..., pero me hicieron daño, me dejaban bajar mucha sangre, por eso lo suspendí (Entrevistada 21).

Se destaca también el uso de prácticas tradicionales propias, señaladas por algunas mujeres, tanto para lograr la reproducción como para controlarla:

Yo no sabía del por qué no quedaba embarazada, ya teníamos muchos años de estar viviendo, hasta que mi familia me dieron un remedio para poder quedar en embarazo (Entrevistada 22).

Yo no me planifico, solo mi abuelo me rezo agua para no tener hijos (Entrevistada 23).

Por otra parte, las participantes señalan, con cierta preocupación, algunos cambios en el comportamiento sexual, tanto en la edad de inicio de relaciones sexuales y de matrimonio como en la edad de paridad del primer hijo, afirmando que actualmente ocurre a edad más temprana que antes:

Mi sobrina consiguió marido a los 35 años, pero no tenía relaciones con hombres; se casó cuando ya terminó su estudio, eso era antes. Ya hoy en día se casan de 12 o 13 años (Entrevistada 24).

Para mí sería mejor que las mujeres consiguieran marido ya más mayor, pero hoy en día ya no es igual (Entrevistada 25).

Para nosotros los indígenas no hay edad para eso, ya después de nuestra primera menstruación ya uno puede tener hijos (Entrevistada 26).

Este hallazgo coincide con el de otros estudios al indicar una reducción en la edad de inicio de la

primera relación sexual, tanto en mujeres como en hombres (Suárez-Mutis et al., 2010).

Respectos a las enfermedades de transmisión sexual, las mujeres identifican con más frecuencia la sífilis, gonorrea, herpes y sida, como enfermedades que son transmitidas principalmente de los hombres hacia las mujeres por contacto sexual. Sin embargo, cerca de la mitad de las entrevistadas mencionaron no tener conocimientos sobre este aspecto, pero sí resaltan la importancia de cuidarse:

No sabemos nada, pero sí nos dice que tenemos que decir a nuestras hijas para que no se acuesten con cualquier persona (Entrevistada 27).

No, casi no sé, que la mujer se pasa enfermedad a los hombres (Entrevistada 28).

Yo creo que lo tienen más los hombres, por eso no tener relaciones con cualquier hombre (Entrevistada 29).

Resaltan, además, algunas medidas de prevención de estas enfermedades, dando más relevancia al comportamiento sexual, a la higiene del cuerpo y limitando las relaciones sexuales a la pareja. En algunos casos, señalan que la pareja no debe ser “yaranai”, término con el que se conoce a las personas blancas y mestizas. Frente al uso del preservativo, no se encuentra un consenso explícito, dado que, al ser un tema relacionado con la intimidad, las expresiones son más generales que de su propia experiencia, pero las narrativas dan cuenta de que no se utiliza o se desconoce su función. Solo tres participantes señalaron el uso del preservativo como medida de prevención, aunque solo una indicó que efectivamente hace uso del preservativo. Las siguientes son algunas narrativas que señalan formas en que previenen infecciones de transmisión sexual:

Solo digo no tener relación con las personas que uno no conoce... (Entrevistada 27).

Cuidarnos mucho, aseo personal en los genitales (Entrevistada 28).

Cuidarnos, protegernos con preservativo (Entrevistada 29).

La esposa de mi hermano, yo vi como sufrió de una enfermedad, como le pasaron esa enfermedad porque ella se acostó con un yaranai (Entrevistada 26).

Otro hallazgo relevante es que, para el manejo de las enfermedades de transmisión sexual, se reconocen pocos tratamientos tradicionales o populares, se acude a la medicina de los yaranai o concibe que no hay cura para estas enfermedades. *“Gonorrea solo escucho de eso. Sí, hay remedio para eso, efectivo: una piña pero cruda y verde todavía, uno lo toma y ¡ya!; cuidarse mucho, ir al médico y, para mí, no hay cura para las enfermedades”* (Entrevistada 26).

Respecto al virus del papiloma, cerca de la mitad de las entrevistadas manifiestan no saber nada sobre el virus, y ninguna lo relaciona con cáncer cervicouterino, mientras que unas pocas señalan que se transmite por vía sexual, pero lo expresan más como una consecuencia de la infidelidad.

En relación al cáncer de cuello uterino, algunas de las entrevistadas reconocen que han escuchado sobre él, señalando que causa dolor y sufrimiento y que puede llevar a la muerte; algunas afirman que no tiene cura, mientras que otras le atribuyen su curación a la fe y al tratamiento oportuno. Es de resaltar la explicación que algunas participantes hacen de su origen en el daño puesto por otras personas o maleficio o como consecuencia del pecado, por lo que acuden, en primera instancia, a médicos tradicionales que curen el maleficio. También algunas mencionan como mecanismos de cura a los tratamientos de los yaranai.

Cáncer es “maricai” (Entrevistada 26).

Es maleficio, he visto mujeres, es “maricai”. Se lo hacen a uno porque a mí me dañaron, me soplaron, casi me muero, una vez lo pise en la puerta de mi casa hay dos clases si uno pisa el que está recién colocado uno puede morir, pero si usted pisa lo que ya está frío, uno puede conseguir remedio (Entrevistada 27).

Un remedio que se llama creolina, con eso curaron un señor, que porque cáncer es un gusano que le muerde allá en la carne de las personas (Entrevistada 28).

Pues claro, se puede curar si uno cree en Dios porque

es el único que cura uno, confiar en Dios uno se sana (Entrevistada 29).

Para la prevención del cáncer cervicouterino, siete participantes identificaron la citología como una de las medidas a tomar. Sin embargo, aunque en su mayoría reconocen que es un examen vaginal, parte de las entrevistadas cree que es para ver cómo está el cuerpo en general, pero no lo relacionan con su salud sexual o reproductiva o la identifican también como examen para detectar enfermedades como sífilis e infecciones en general. Aunque más de la mitad de las participantes informó haberse realizado alguna vez la citología cervicouterina, la periodicidad no responde a los esquemas propuestos desde la salud pública. De las mujeres que informaron haberse realizado la citología, solo una mencionó que no volvería a realizarla por temor al procedimiento, y el total de ellas reconocieron que es importante realizarse el examen y prefieren que lo realice una mujer.

Además de los aspectos de la salud sexual y reproductiva, se encontró que para las familias kurripaco fue importante la ritualidad y cuidados en torno a la menarquia y la menstruación, señalando algunas diferencias respecto a otras etnias. Se identificó que en las comunidades de origen de todas las participantes, se realizó un ritual de paso, consistente en un tiempo de encierro dentro de una habitación desde el momento de la primera menstruación que varió entre 1 día y hasta un mes, tiempo en el cual, según la experiencia de la entrevistadas, se destacan cuatro prácticas: Hacer la dieta, rezar el agua y los alimentos, el baño con agua tibia con yerbas a la madrugada y los consejos familiares. “Hacer la dieta” consiste en la restricción del consumo total o parcial de ciertos alimentos como la carne y pescados, frutas ácidas y sal, e incluso la privación total de alimentos y agua durante el tiempo del encierro o la preferencia por algunos alimentos como agua, la yucuta y el ají; durante o después del encierro, solo se podía comer alimentos y agua rezados o bendecidos por los mayores. Por su parte, el baño antes del amanecer con agua tibia rezada o bendecida, en algunos casos con yerbas como la tsicanta, tiene la intención de protegerse de Yupjinai (o espíritus de la selva) y de conservar la juventud, mientras que el consejo de las personas mayores hombres y mujeres, pero principalmente de la mamá

y la abuela, se orientan a cómo vivir bien, ser amable con los demás y posponer en lo posible la unión marital. En dos casos se identificó además el corte del cabello como parte de la ritualidad. Algunas de estas prácticas se identifican también como cuidados que deben tener las mujeres durante la menstruación, destacándose el reposo corporal, no trabajar en el conuco, no bañarse en el río, mojarse o “coger frío” para evitar el dolor y tomar remedios como la pepa de aguacate raspada o la camófida cocinada para que “no baje harta sangre” y por supuesto la dieta, consistente en no comer pescado ni frutas ácidas como el lulo durante la menstruación.

Si bien la mitad de las participantes mencionan que han realizado o realizarán parte de estos rituales con sus hijas, algunas los señalan como prácticas antiguas que ya no se realizan o que han sido prohibidas por la religión cristiana que practican gran parte de los kurrupacos.

A mí ya no me hicieron, porque mi papa me dijo, que es pastor, que la señorita le prohibió, solo me bendijo el agua y lo tomé. Ya no realizamos la costumbre anterior (Entrevistada 26).

¿Le hicieron algo especial a su hija por la primera menstruación?

Ya no. Solo oro en Dios. Solo un día le hice la dieta en la tarde, ya le doy agua; los otros eran porque son antiguos. Hoy en día ya no es igual (Entrevistada 27).

Los hallazgos en esta categoría dan cuenta del encuentro entre el pensamiento occidental y la cosmogonía indígena. El primero está caracterizado por la división y especialización del conocimiento y en general, de todos los aspectos de la vida, hasta el punto en que la salud, concebida como una dimensión separada de otras dimensiones de la vida humana, se subdivide en esferas como la salud mental, la salud física o la salud sexual, para las cuales se crean parámetros de normalidad que se toman como punto de referencia para estudiar y evaluar otras formas de pensar y existir. Desde esta perspectiva, los resultados muestran que las participantes tienen un escaso, nulo o inexacto conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva como ordenamiento construido desde la mirada occidental de la salud, dada la falta de claridad sobre los aspectos relacionados con

el virus del papiloma humano, el cáncer de cuello uterino y las enfermedades de transmisión sexual.

Por otra parte, la cosmogonía indígena de los kurrupacos da cuenta de la unicidad del ser, no solo individual y actual, sino colectivo e histórico, en tanto la enfermedad se atribuye a la interrupción de las relaciones entre los humanos y sus ancestros míticos representados por animales, ruptura dada ya sea por la mala intención de otros (brujería) o por la desatención a los rituales y medidas de protección, como la dieta o las restricciones del baño en el río. Para las mujeres en edad fértil por ejemplo, estaba prohibido consumir cierto tipo de miel rojiza de abejas, pues provoca excesivo sangrado menstrual, signo este de mala salud, como lo indican algunas de las narrativas de las participantes y lo constatan Hill y Oliver (2011) en su amplia investigación sobre salud indígena. Por lo anterior, mantener y recuperar la salud tradicionalmente exigían acciones igualmente integrales que buscaban restaurar este vínculo con los ancestros, más allá del mundo de los vivos, lo que se logra con actos dirigidos por chamanes (*malirri*) y dueños del canto (*malikai*) quienes viajan a este otro mundo con la ayuda de la música con características muy específicas, el tabaco y el uso de plantas alucinógenas de la familia *Virola* (Hill; Oliver, 2011). Esta concepción de la salud, que escapa a la comprensión de la mirada occidental, se concreta en acciones categorizadas de nuevo por Occidente como prácticas espirituales, higiénicas o alimentarias, basadas en el conocimiento de las plantas, los animales, los espíritus, el cuerpo y los ciclos de la vida. El uso de plantas, los rezos, la medicina tradicional, la elección de alimentos y actividades apropiados al momento del ciclo reproductivo señalados por las participantes son evidencia de ello que persiste aún a pesar de las prohibiciones en un contexto altamente permeado por los valores del cristianismo evangélico.

Este último aspecto, la religiosidad, se encontró de gran relevancia en la concepción de la salud y sus prácticas de cuidado, tanto para las participantes como para la cultura kurrupaco en general y para los demás grupos étnicos de esta región amazónica, que han vivido en los últimos setenta años el más intenso proceso civilizatorio, valiéndose de la evangelización y la alfabetización como estrategias para integrarles a la intención del desarrollo nacional (López, 2008). Así, la primera mitad del siglo XX se reconoce como el cuarto

momento de expansión del cristianismo, mediante las misiones en manos de la iglesia católica, pero también de otras religiones cristianas, como la organización Misiones Nuevas Tribus (Becerra, 2021), que llegó a lo que hoy se conoce como el departamento de Guainía en 1943, destacándose el protagonismo de la norteamericana Sofia Müller, quien gracias al dominio de la lengua kurripaco convirtió a la iglesia evangélica casi a todos los indígenas de este territorio, fundando con ellos la Iglesia Bíblica Unida, religión a la cual pertenece la totalidad de las participantes de este estudio. Relatos de distintas fuentes señalan el impacto de la implantación del cristianismo en la transformación cultural de los kurripaco, mediante la prohibición de la creencia en sus dioses, de sus cantos y bailes, de sus medicinas y en general de sus rituales, así como la institución de una higiene occidental (Becerra, 2015; Hill; Oliver, 2011).

Consideraciones finales

En concordancia con la metodología de este estudio, se resalta que la interpretación de los resultados es posible solo en el contexto específico de las participantes y no pretende buscar generalizaciones externas ni internas, sino entenderse como aportes para enriquecer la discusión sobre la perspectiva de la salud sexual y reproductiva y la necesidad de reconocimiento de la visión de las mujeres y pueblos indígenas, que se transforma en la medida que los cambiantes procesos sociohistóricos, políticos y económicos del orden global, nacional y local favorecen o limitan la autonomía relativa de personas y grupos.

Considerando lo anterior, los hallazgos en las tres categorías analizadas muestran diferencias entre las participantes en cuanto a la experiencia y efectos del proceso migratorio, las expectativas de retorno y percepción sobre las comunidades de origen, las ganancias frente a la autonomía personal, la conciencia respecto a la autonomía relacional y las nociones de abordaje de la salud sexual, ya sea desde la cosmovisión como pueblo indígena o desde los parámetros occidentales. Todos estos aspectos, así como el entramado de procesos sociohistóricos que los determinan, deberían ser reconocidos por los sistemas y prestadores de servicios de salud, a fin de lograr una construcción de salud intercultural que supere la mirada funcionalista del culturalismo, orientado

hasta ahora más a conocer para dominar e intentar adaptar el comportamiento de las poblaciones a las exigencias del saber occidental en un ejercicio de poder definitivamente desigual sobre otros saberes (Ávila; Alves, 2022). El compromiso con la interculturalidad debe darse en el marco del respeto por los saberes, tradiciones y expresiones culturales que las comunidades quieran mantener para acordar acciones que desde el conocimiento occidental aporte a la protección de su salud (Guerrero et al., 2020), lo que requiere reconocer e integrar las prácticas, costumbres y rituales propios de los pueblos originarios (Suárez Huertas, 2020).

Por otra parte, entre los hallazgos comunes a las participantes, se encuentran los motivos de la migración, entre los cuales la búsqueda de un mayor acceso a los servicios sociales, y particularmente a la atención en salud, es un elemento relevante en las interacciones transfronterizas, como lo han mostrado otros estudios en contextos amazónicos (Suárez-Mutis et al., 2010). En este escenario, la particularidad del análisis debe contemplar las exigencias de las poblaciones fronterizas no solo desde las vulnerabilidades que ello implica, sino desde las múltiples posibilidades que representa la confluencia en un mismo territorio de distintos sistemas de salud, construyendo políticas y acciones de salud también transfronterizas que tengan en cuenta las particularidades de la realidad regional (Suárez-Mutis et al., 2010). Todo lo referente a la atención en salud debe ser tenido en cuenta por las políticas públicas para migrantes internacionales en zonas de frontera, construidas a partir de agendas comunes entre los países (Dos Santos; Queiroz, 2022).

Otro elemento coincidente hace referencia a que la migración de las participantes de sus comunidades de origen hacia su asentamiento en el resguardo no implicó la pérdida total de sus tradiciones ancestrales, en cambio se mantiene el recuerdo y, en algunos casos, la intención de mantener sus prácticas espirituales y de vida comunitaria, al reconocer a la comunidad de origen como garante de subsistencia, a pesar de las dificultades propias de la convivencia. De acuerdo con Antequera (2019), el sentido de comunidad es uno de los elementos que, al permanecer intacto en los procesos de migración hacia otros territorios incluyendo zonas urbanas y suburbanas, permiten mantener la identidad y cohesión de la población indígena. Sin embargo, en el actual asentamiento,

a pesar de estar constituido como resguardo indígena, la vida comunitaria al parecer gira más en torno a la identidad religiosa colectiva, abandonando por la misma razón algunos rasgos culturales, en otro tiempo central para los kurripacos, que incluyen la ritualidad chamánica en torno a la cura de la enfermedad individual y la desgracia colectiva, con sustento en sus orígenes míticos (Hill; Oliver, 2011).

Lo anterior es evidencia del continuo proceso de adaptación a la cosmovisión de Occidente que también es dinámico y que exige la transformación del pensamiento y la acción de toda la sociedad, a pesar de lo cual se mantiene un sincretismo simbólico que da cuenta de una cosmovisión originaria aún no extinta. Otras experiencias documentadas en América Latina ponen de manifiesto esfuerzos de los colectivos indígenas urbanos por mantener presentes sus tradiciones comunitarias ancestrales, que en el grupo de participantes indígenas kurripacos no se vislumbra por motivos que requieren ser profundizados, pero que pueden explicarse por la ruptura que significa no solo la inserción religiosa, sino también por la violencia como motor del desplazamiento, por la procedencia de diferentes territorios y no de una misma comunidad, o por el deseo de cambio en las condiciones de vida que involucran las estructuras sociales y familiares.

Referencias

ABRITTA, M. L. R.; TORRES, S. R.; FREITAS, D. A. Saúde das mulheres indígenas na América Latina: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, Cachoeira, v. 9, n. 2, p. 164-177, 2021.

ANTEQUERA, N. El control vertical de los pisos socioeconómicos: la multilocalidad como estrategia de ocupación territorial urbano rural de las comunidades andinas de Bolivia. In: HORBATH CORREDOR, J. E.; GARCIA, M. A. (coord.). *Indígenas en las ciudades de las Américas*. Buenos Aires: Clacso, 2019. p. 93-116. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20200213045649/Indigenas-en-las-ciudades-de-las-Américas.pdf>. Consultado el: 10 enero 2022.

ÁVILA, B. T.; ALVES, S. V. Planejamento reprodutivo em área indígena e a busca pela atenção diferenciada: os dilemas entre

desigualdade e diferença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 1-12, 2022.

BECERRA, G. Las relaciones entre misioneros en la zona fronteriza del Vaupés colombo-brasileño (1914-1982). *Franciscanum*, Bogotá, v. 63, n. 175, p. 1-25, 2021. DOI: 10.21500/01201468.5226

BECERRA, G. Setenta años de misiones protestantes en el Vaupés, 1940-2010: el caso de la Misión Nuevas Tribus. *Boletín cultural y bibliográfico*, Bogotá, v. 49, n. 89, p. 67-85, 2015.

BREILH, J. *Critical epidemiology and the people's health*. New York: Oxford University Press, 2021.

BRITO, L. M.; PIMENTEL, R. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008.

CAMARGO, M. et al. Frequency of human papillomavirus infection, coinfection, and association with different risk factors in Colombia. *Annals of Epidemiology*, Amsterdam, v. 21, n. 3, p. 204-213, 2011.

CHÁVEZ, A. *Migraciones indígenas en México*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007. p. 186.

DOS SANTOS, F. V.; QUEIROZ, R. Políticas públicas de salud y migración venezolana en la frontera amazónica bajo una perspectiva antropológica. *Mundo Amazónico*, [Bogotá], v. 13, n. 1, p. e94872-e94872, 2022.

FIMI - FORO INTERNACIONAL DE MUJERES INDÍGENAS. *Compartiendo avances para nuevos retos*. Lima: Centro de Culturas Indígenas del Perú, 2008.

GUERRERO, S. et al. Exploración del contexto y las necesidades de educación en salud en un grupo indígena uitoto en Bogotá. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, Bogotá, v. 29 n. 2, p. 103-110, 2020.

GONZALEZ, V.; ORTIZ, P.; FRAUSIN BUSTAMANTE, G. Forced migration and indigenous knowledge of displaced Emberá and Uitoto populations in Colombia: an ethnobotanical perspective. *Mundo Amazónico*, [Bogotá], v. 3, p. 165-177, 2012.

HILL, J.; OLIVER, M. Curanderos rituales, salud y medicina moderna entre los kurripaco del Amazonas. In: FREIRE, G. (ed.). *Perspectivas en*

salud indígena: cosmovisión, enfermedad y políticas públicas. Quito: Abya-Yala, 2011. p. 251-285.

LOBO, S. *Migración urbana indígena interna en los Estados Unidos.* San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007.

LÓPEZ, A. J. Cabrera Becerra Gabriel. Las Nuevas Tribus y los indígenas de la Amazonia. Historia de una presencia protestante. Bogotá: Litocamargo Ltda., 2007, 224 pp. *Historia crítica*, [S. l.], n. 35, p. 207-210, 2008.

MAIDANA, C. A. Migración indígena, procesos de territorialización y análisis de redes sociales. *Revista REMHU*, Brasília, DF, v. 21, n. 41, p. 277-293, 2013.

MORA QUINTERO, K. *Prácticas de crianza y proceso de aculturación del pueblo indígena Curripaco, municipio de Inírida.* 2021. Tesis (Maestría en Proyectos para el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes) – Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá, 2021.

NONINGO SESEN, S. Autonomía y gobierno propio de los pueblos indígenas. In: WEBINAR: CICLO DE CHARLAS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS 20, 21, 25 Y 26 DE AGOSTO DE 2020, 2021, Lima. *¿Cómo entendemos nuestros derechos?* Lima: Visión Amazonía, 2020. p. 41-58. Disponible en: <https://www.iwgia.org/en/documents-and-publications/documents/publications-pdfs/spanish-publications/85-iwgia-libro-c%C3%B3mo-entendemos-nuestros-derechos-2021-es/file.html>. Consultado el: 18 feb. 2021.

OIM - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES. *Pueblos indígenas y migración en América del Sur.* Buenos Aires, 2016. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/2016/UN-Agencies-Docs/OIM-Spanish-version316.pdf>. Consultado el: 18 feb. 2021.

ORTIZ, S. Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas. *Revista Ciencias de la Salud*, Bogotá, v. 17, núm esp., p. 145-162, 2019. DOI: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8126

QUECEDO, R.; CASTAÑO, C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, [S. l.], n. 14, p. 5-39, 2002.

QUINTERO, B.; HUGHES, W. Migración indígena en Panamá: permanente y temporal. In: INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS (ed.). *Migraciones indígenas en las Américas.* San José: IIDH, 2007. p. 61-78.

STAKE, R. Estudios de casos cualitativos. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (coord.). *Las estrategias de investigación cualitativa.* Barcelona: Gedisa, 2013. p. 154-197.

SUÁREZ HUERTAS, A. C. *Prácticas de salud sexual en comunidades indígenas de Colombia y aledaños* – Monografía. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas Ambientales, 2020.

SUÁREZ-MUTIS, M. C. et al. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. *Mundo Amazónico*, [Bogotá], v. 1, p. 243-266, 2010.

ULLOA, A. Reconfiguraciones conceptuales, políticas y territoriales en las demandas de autonomía de los pueblos indígenas en Colombia. *Tabula Rasa*, Bogotá, v. 13, p. 73-92, 2016.

UNFPA - FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Recomendaciones del foro permanente sobre salud sexual y reproductiva y la violencia contra las mujeres.* Lima: Foro Permanente sobre salud sexual y reproductiva, 2018. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_EXEC_SUM_2018-ES_human_rights_report.pdf. Consultado el: 14 dic. 2021.

Contribución de las autoras

Fandiño Osorio participó en la recolección, procesamiento y análisis de la información, y redacción del manuscrito. Velásquez Jiménez contribuyó a la formulación del proyecto, análisis de la información, revisión y ajuste del manuscrito. Sarmiento Medina estuvo a cargo de la formulación del proyecto, recolección y análisis de la información, y redacción del manuscrito. Vargas Cruz colaboró en la formulación del proyecto, recolección de información y revisión y ajuste del manuscrito. Puerto participó en la recolección de la información, revisión y ajuste del manuscrito.

Recibido: 01/06/2023

Re-presentado: 28/02/2024

Aprobado: 13/04/2024