

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO
COMPLETO.
(OPCIONAL)**

Bogotá, D.C., Fecha Agosto 2009

Marque con una X

Tesis doctoral Trabajo de Grado

Señores
BIBLIOTECA GENERAL
Cuidad

Estimados Señores:

Liliam Andrea Rodríguez Fernández, autora de el trabajo de grado titulado *Salud Sexual y Reproductiva: Prácticas, Discursos e Influencias en la comunidad de Isla Fuerte Cartagena*, presentado y aprobado en el año 2009 como requisito para optar al título de *Psicóloga*; autorizo a la Biblioteca General de la Universidad Javeriana para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad Javeriana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en Biblos, en los sitios web que administra la Universidad, en Bases de Datos, en otros Catálogos y en otros sitios web, Redes y Sistemas de Información nacionales e internacionales “Open Access” y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Javeriana.
- Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, **“Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”**, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Liliam Andrea Rodríguez Fernández
C.C. 53 107 382

NOTA IMPORTANTE: El autor y o autores certifican que conocen las derivadas jurídicas que se generan en aplicación de los principios del derecho de autor.

FACULTAD: Psicología

FORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO DE GRADO: Salud Sexual y Reproductiva: Prácticas, Discursos e Influencias en la comunidad de Isla Fuerte Cartagena

SUBTÍTULO, SI LO TIENE: _____

AUTOR O AUTORES

Apellidos Completos	Nombres Completos
Rodríguez Fernández	Liliam Andrea

DIRECTOR (ES) TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO

Apellidos Completos	Nombres Completos
Pavajeau Delgado	Carol

ASESOR (ES) O CODIRECTOR

Apellidos Completos	Nombres Completos
Hernández Guevara	Nohema

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Psicóloga

FACULTAD: Psicología

PROGRAMA: Pregrado

NOMBRE DEL PROGRAMA: Psicología

NOMBRES Y APELLIDOS DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA: Ángela María Robledo

CIUDAD: BOGOTA **AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO:** 2009

NÚMERO DE PÁGINAS: 87

TIPO DE ILUSTRACIONES: Tablas, gráficos y diagramas

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: PDF

MATERIAL ANEXO (Vídeo, audio, multimedia o producción electrónica):

Duración del audiovisual: _____ minutos.

Número de casetes de vídeo: _____ Formato: VHS ____ Beta Max ____ $\frac{3}{4}$ ____ Beta Cam
____ Mini DV ____ DV Cam ____ DVC Pro ____ Vídeo 8 ____ Hi 8 ____

Otro. Cual? _____

Sistema: Americano NTSC _____ Europeo PAL _____ SECAM _____

Número de casetes de audio: _____

Número de archivos dentro del CD (En caso de incluirse un CD-ROM diferente al trabajo de grado):

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial*):

Palabras claves:

Salud Sexual y Reproductiva, Prácticas, Discursos, Influencias, Isla Fuerte.

Descripción:

El presente trabajo de grado trata la influencia de los discursos de personas externas e instituciones en las prácticas en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en la comunidad de Isla Fuerte Cartagena, por medio de un acercamiento a las narrativas de los actores con el fin de comprender los significados de sus vivencias y así dar cuenta de las tensiones existentes entre los discursos y las acciones implementadas en la SSR y los ritmos y costumbres propios de la comunidad a partir de la inclusión en su cotidianidad.

Key words:

Sexual and Reproductive Health, practices, speeches, influence, Isla Fuerte Cartagena.

Abstract:

The present research looks into the influence of the speeches of external people and the several institutions both private and public, in the practices of the Sexual and Reproductive Health in the community of Isla Fuerte Cartagena, looking for an approach to the narratives of the actors in order to understand the meanings of their life experience around the topics of Sexual and Reproductive Health and be able to prove the existent tensions between the speeches and the actions implemented in the SRH, the rhythms and habits of the community by the compilation of information using personal interviews, observation of their daily activities and the inclusion in the community.

**Salud Sexual y Reproductiva: Prácticas, Discursos e Influencias en la
comunidad de Isla Fuerte Cartagena
Pontificia Universidad Javeriana.
Liliam Andrea Rodríguez Fernández
Bogotá, Junio 2 de 2009**

***Carol Pavajeau Delgado**

**Psicóloga, Magíster en Antropología Social. Docente de la Facultad de
Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana**

Tabla de contenido

Introducción.....	2
Problema.....	4
Marco Teórico	7
Objetivo General.....	29
Objetivos Específicos	29
Categorías de análisis.....	30
Salud Reproductiva:	30
Sexualidad:.....	31
Acciones en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en Isla Fuerte:.....	31
Método	32
Diseño	32
Participantes	33
Instrumento.....	33
Procedimiento.....	34
Análisis de resultados.	36
Discusión.....	76
Referencias Bibliográficas	84
Anexos	87

Introducción

Isla Fuerte es una región que se encuentra ubicada en el Caribe Colombiano, perteneciente al departamento de Bolívar y situada a 11 kilómetros aproximadamente del departamento de Córdoba, es un corregimiento de Cartagena, en el cual habitan cerca de 2.300 personas, la mayoría nativos/as de Isla, y algunos mestizos/as que se han establecido en la Isla, por intereses en actividades comerciales y turísticas.

En la comunidad de Isla Fuerte-Bolívar durante el segundo semestre del año 2006 la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, dentro del énfasis de Psicología Social, realizó un acercamiento y una caracterización de esta comunidad. A partir de este acercamiento se logró identificar las diferentes prácticas, los diferentes ritmos y diferentes formas de significar la vida y también se logró la comprensión de las diferentes redes sociales establecidas. Así, se consiguió la descripción de algunos asuntos relacionados a las prácticas sexuales y reproductivas que estaban enmarcadas dentro de la práctica de las relaciones sexuales a temprana edad. Y con esto un aumento de embarazos adolescentes y deserción escolar (Bueno, Gómez, Huertas, Muñoz y Rodríguez, 2006).

Así mismo se reconoció significativamente, a las mujeres como agentes potencializadores de la comunidad, para movilizar nuevas comprensiones y reflexionar sobre las existentes, con miras a promover nuevas dinámicas de interacción y relación con el otro (Bueno, Gómez, Huertas, Muñoz y Rodríguez, 2006). Condición que dió paso a la realización del trabajo de grado por parte de las estudiantes de último año de la facultad de Psicología, el cual tuvo como objetivo principal indagar cómo significan la sexualidad y el género las mujeres afrodescendientes de Isla Fuerte (Bueno, Gómez y Huertas 2008), por medio de este se hizo evidente una tensión entre lo que ha sido naturalizado e instaurado culturalmente con respecto a las relaciones de género y la sexualidad en Isla Fuerte y la existencia de diversas propuestas teóricas y prácticas. A partir de donde se hace pertinente pensar en procesos de acompañamiento que promuevan un bienestar mutuo para mujeres y varones, en los diferentes escenarios y momentos vitales significativos de las personas

de esta comunidad y que estas den paso al planteamiento de estrategias que además de informar, propicien la reflexión individual, colectiva y cultural frente a la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos, y la perspectiva de género desde una mirada relacional (Bueno, Gómez y Huertas 2008).

Este es el marco de referencia desde donde se estructura la presente investigación que pretende revisar la influencia que, en la comunidad de Isla Fuerte, tienen los discursos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y que han sido instaurados por medio de las diferentes instituciones establecidas en la Isla y por agentes externos a la comunidad.

Así, para llevar a cabo la presente investigación se realizó inicialmente una fundamentación bibliográfica que posibilitó el abordaje histórico de la concepción de la sexualidad, la cual, incluye las diferentes lecturas: biomédica, sociodemográfica, sociopolítica y finalmente una lectura desde la perspectiva de derechos, lo que permite mayor claridad acerca del paso de la Salud Reproductiva a la Salud Sexual y Reproductiva. De igual forma, se realizó una revisión documental en torno a cómo estas transformaciones han orientado las políticas públicas en Colombia y con estas, las prácticas y discursos en sectores como Isla Fuerte, desde donde se evidencia una tensión entre las tradiciones culturales y los discursos institucionales impuestos en torno a la Sexualidad y la Reproducción.

De esta manera y con el fin de realizar una recolección descriptiva acerca del tema, se revisaron las diferentes documentaciones institucionales existentes en Isla Fuerte y se hizo uso de entrevistas en profundidad y observación participante, las cuales parten de una metodología cualitativa en la que las narraciones de los y las pobladoras, y de agentes externos adquieren un valor importante para el posterior cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Finalmente, a la luz de los planteamientos teóricos y con los datos obtenidos a través de los anteriores instrumentos metodológicos, se generó una discusión y unas conclusiones que responden a los objetivos planteados en la presente investigación.

Problema

El interés de esta investigación, surge como consecuencia de los diferentes acercamientos a la comunidad de Isla Fuerte (Cartagena) por parte de la facultad de Biología y la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana. La Facultad de Biología junto con la fundación FIBDES (Fundación para la investigación en biodiversidad y desarrollo sostenible) ha realizado trabajos en la comunidad en torno a las funciones biológicas y ecológicas características de la misma. A partir de estas, se han encontrado ciertas problemáticas psicosociales relacionadas con el consumo de alcohol en los pobladores y la presencia de embarazos a temprana edad en las jóvenes de la comunidad. Así, con fines interdisciplinarios se realiza una caracterización diagnóstica de las dinámicas psicosociales de la comunidad por parte de estudiantes de la facultad de Psicología, con el fin de responder a las solicitudes hechas por parte de la fundación FIBDES y de la facultad de Biología. Por medio de esta caracterización se permitió el reconocimiento de los ritmos y costumbres de la comunidad de Isla Fuerte, en donde se concluyó que el consumo de alcohol y los embarazos tempranos son problemáticas que están inmersas dentro de dinámicas más complejas como la deserción escolar, la violencia intrafamiliar, la difícil organización y convivencia comunitaria, las escasas oportunidades laborales y productivas, entre otras (Bueno, Gómez, Huertas, Muñoz y Rodríguez. 2006).

Posteriormente se realiza un trabajo de grado por parte de las estudiantes de último año de la facultad de Psicología de la Universidad Javeriana, quienes orientaron su investigación a la comprensión de los significados que han construido las mujeres afrodesendientes de la comunidad de Isla Fuerte, en torno a la sexualidad y el género (Bueno, Gómez y Huertas 2008).

Siguiendo el lineamiento antes mencionado, la presente investigación pretende revisar la influencia que en esta comunidad tienen los discursos relacionados con la sexualidad y la reproducción, los cuales han sido suministrados por las diferentes instituciones gubernamentales y privadas establecidas en la Isla, así como por otros agentes externos a la comunidad.

Así, es pertinente hacer referencia al contexto sociocultural de esta comunidad y resaltar cómo Isla Fuerte está caracterizada por condiciones sociodemográficas determinadas relacionadas con el clima, la ubicación geográfica, la forma de alimentación y los ritmos de vida propios de la población. Por esto, Isla Fuerte es un territorio identificado como uno de los lugares del país en donde el escaso apoyo por parte de entidades gubernamentales se ve reflejado en la inexistente prestación, por parte del Estado colombiano, de servicios públicos básicos como luz eléctrica, agua potable, atención médica constante, manejo de residuos sólidos, entre otros, que influyen en las experiencias de vida de los y las habitantes de Isla Fuerte.

Respecto al tema de Salud Sexual y Reproductiva se resalta cómo las entidades gubernamentales han hecho presencia en la Isla limitándose a una sistematización demográfica de problemáticas relacionadas con la reproducción, natalidad y en ocasiones con aspectos como las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Asunto que ha generado el suministro de métodos anticonceptivos y de control de ETS de forma descontextualizada, sin un conocimiento previo de los ritmos y costumbres de los y las pobladoras de Isla Fuerte, lo que ha concebido el ejercicio de prácticas ajenas a la comunidad.

Por consiguiente existe, con relación al campo sociodemográfico de la comunidad de Isla Fuerte, una tendencia guiada a la intervención-acción orientada por la “antinatalidad” como parte de un debate hegemónico sobre la relación entre población y desarrollo (Lerner y Szasz 2001), que deja de lado factores relacionados con la salud, si se considera esta, más que como ausencia de enfermedad, como agente que refiere un bienestar tanto físico como psicológico y social en las personas, asumiéndola de tal forma, como un aspecto subjetivo producto de las diferentes representaciones del sujeto.

Finalmente, vale la pena resaltar la no inclusión de factores relacionados con las nociones de Derechos Humanos, equidad y diferencias de género, factores importantes en el momento de diseñar e implementar acciones que beneficien a la comunidad de Isla Fuerte enmarcadas dentro del método de Investigación Acción Participativa (IAP) y orientada a la transformación y

búsqueda de conocimiento a medida que transforma y conoce: *Hacer haciendo* (Montero 2006).

De esta forma, este trabajo cobra relevancia social en la medida en la que busca dar aportes a la conceptualización de la problemática de la sexualidad y la reproducción, enmarcada dentro del fenómeno población-desarrollo y resaltando la importancia en la labor académica sobre este campo con relación a los debates sobre las dimensiones, orientaciones e intervenciones que se consideran en las políticas públicas en materia de Salud Sexual y Reproductiva, que se reflejan en las implementaciones locales.

Como consecuencia se resalta la importancia de los derechos sexuales y reproductivos como marco ético para garantizar la salud sexual y reproductiva, en donde se incluyen derechos como: derecho a la vida, a la libertad y seguridad, a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación, el derecho a la privacidad, a la libertad de pensamiento, así como a la información y educación, el derecho a decidir si se tiene hijos/as o no y en que momento tenerlos; el derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar o no una familia; el derecho a la atención y protección de la salud, el derecho a los beneficios del progreso científico, el derecho a la libertad de reunión y participación política y el derecho a no ser sometido a torturas y maltratos.

Por esta razón con el fin de realizar una investigación orientada a promover pautas que beneficien a la comunidad de Isla Fuerte de forma contextualizada se plantea la pregunta problema de la investigación ¿Cuál es la influencia de los discursos institucionales y de las personas externas a la comunidad, relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva en la comunidad de Isla Fuerte?

Marco Teórico

Para comprender a los sujetos y las relaciones que entre ellos se establecen, las ciencias humanas han procurado hacer diferentes análisis sobre sus componentes, al realizar estudios guiados por aspectos tanto biológicos, como socioculturales. De esta forma, se orienta la comprensión del ser humano a partir de la concepción de sujeto bio-psico-social. Es decir, el análisis de la interconexión entre: la vida biológica como base de nuestros comportamientos, lo que enuncian los significados por medio de los discursos culturales como moldeadores de actos, y la inclusión de estos componentes en los determinados contextos sociales, es de gran utilidad en el momento de abordar las vivencias de nuestro propio cuerpo, nuestro placer y deseos, y de nuestra misma anatomía reproductiva. La cual está enmarcada dentro de la sexualidad como construcción social que transforma continuamente nuestras dinámicas sociales, la forma como nos relacionamos y la forma en la que nos identificamos dentro de contextos cambiantes que generan nuevos discursos y políticas de acción.

Así, la cualidad sexuada del ser humano se entiende como una confluencia, donde se enlazan actos físicos y experiencias sensoriales con condiciones propias de cada individuo. Por lo tanto, es en la confluencia del carácter corpóreo, anímico, emocional, social, intelectual e incluso espiritual donde puede reconocerse la vida sexual, del ser humano. (Viveros, 2006)

La categoría sexo en las especies animales hace referencia a las características fisiológicas innatas vinculadas a la reproducción. Sin embargo, cuando nos referimos al ser humano, este concepto tiende a complejizarse, ya que en las sociedades, esta categoría innata se refiere a diversos aspectos de la vida sociocultural y personal. De esta forma, en una primera instancia, hace referencia a características biológicas indicando factores genéticos, hormonales, orientados a establecer dimorfismos corporales, cerebrales y genitales, entre otras características que permiten diferenciar físicamente a los hombres de las mujeres, incluyendo aspectos vinculados con la procreación y la sexualidad; y en segunda instancia hace referencia los componentes psicosociales y culturales construidos, que se atribuyen a cada uno de los

sexos, a las definiciones culturales del sexo biológico, y a las representaciones que cada individuo tenga de este. A partir de lo cual, se empieza a pensar en una terminología diferente que nos remite a las diferencias entre los roles de unas y de otros, y nos permite ver que estas diferencias más que ser producto de una esencia biológica invariable, están mediadas por factores contextuales socio-culturales cambiantes.

La construcción del sexo como diferencia, para justificar científicamente la desigualdad entre mujeres y hombres, ha sido configurada a partir de un enfoque medicalizado de la reproducción, pretendiendo dar explicaciones objetivas del comportamiento, pero a su vez, ocultando aspectos subjetivos, políticos, económicos, sociales y culturales que han logrado surgir a partir del desarrollo del concepto de Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

Para comprender el enfoque medicalizado de la reproducción es necesario aclarar que la medicina como institución emergente se funda principalmente como una función estructurada de apoyo a la estabilidad del orden social y como una función de alivio de la enfermedad (Bustos, 1994). A partir de esto se evidencia inicialmente la influencia de la condición biológica reproductiva de la mujer en el cambio en los fenómenos demográficos, en donde se resalta la preocupación por disminuir el crecimiento de la natalidad, centrándose en el control de la fertilidad de las mujeres. De esta forma, como lo afirma Gyslin (1994), la reflexión e investigación sistemática en el área de la salud reproductiva es un asunto que cobra relevancia en los años cincuenta y se desarrolla con fuerza en la década de los sesenta en vinculación a la promoción de las políticas de planificación familiar.

Así mismo es pertinente resaltar cómo el concepto de salud reproductiva es un campo que puede y ha sido abordado desde diversos enfoques, perspectivas, escenarios, actores y propósitos disciplinarios. Todo esto como resultado de la preocupación internacional acerca de las relaciones de causalidad entre población y desarrollo, desde donde se hace referencia inicialmente a las cinco Conferencias Mundiales de Población auspiciada por Naciones Unidas-Roma (1954), Belgrado (1965), Bucarest (1974), México (1984) y la del El Cairo (1994) (Lerner y Szasz. 2001).

Es así como en 1954 se constituye la primera Conferencia Mundial de Población organizada por las Naciones Unidas, en la que se establece intercambio de información científica acerca de las variables demográficas sus determinantes y consecuencias, lo que al mismo tiempo orienta la capacitación de personal y de centros regionales en el tratamiento de temas relacionados con la población.

Sin embargo, la conferencia de Belgrado (1965) amplía este concepto al reconocer la centralidad del fenómeno de fecundidad en el desarrollo y planificación familiar, ya que fueron estos los dos temas de mayor relevancia en la conferencia. En 1968 la preocupación se transfiere a las Naciones Unidas y el Banco Mundial, dando paso a la creación en 1969 del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población, FUNAP, convirtiendo el problema en materia de organizaciones multinacionales y de encuentros internacionales (Gyslin, 1994).

Más adelante en la conferencia de Bucarest (1974) se evidencia la necesidad de diseñar e implementar políticas de población caracterizadas principalmente por visiones ideológicas antagónicas, las cuales tuvieron en cuenta contenidos y enfoques orientados al derecho, a la integración y a una mayor participación de las mujeres en el proceso de desarrollo y en particular la decisión libre, responsable e informada de ambos miembros de la pareja en cuanto al tamaño de su descendencia y la temporalidad de su constitución, concluyendo en el llamado Plan de Acción de Población Mundial.

Esta serie de conferencias, sumada a la realizada posteriormente en México (1984), resalta la importancia de adquirir posturas más críticas acerca de la relación causal entre población y desarrollo, lo cual permite la fundamentación y legitimización de las intervenciones gubernamentales para controlar el crecimiento de la población en los Estado en vía de desarrollo.

Lo anterior resalta, por un lado una postura orientada hacia la revisión de niveles y ritmos en cuanto al crecimiento poblacional, influyentes en las tendencias demográficas de estos países; así como los efectos que producía en la estructura social y económica de la población, ligado con las tasas de desarrollo y sus variaciones, en el consumo y producción de recursos. Pues como afirman Cook, Dickens y Fathalla (2003) la incapacidad de los individuos,

en especial de las mujeres de los países en desarrollo, para regular y controlar su fecundidad, afecta y ha afectado no sólo la salud de las personas directamente involucradas, sino que tiene implicaciones para la estabilidad global y el equilibrio entre la población y los recursos naturales, y entre el ser humano y su medio ambiente. Y por otro lado, se destaca un enfoque biomédico orientado por el desarrollo tecnológico en el que se presenta un acercamiento a las dos áreas de la salud reproductiva, las cuales reflejan un impacto importante en la sociedad: la capacidad de regular y controlar la fecundidad, y la seguridad que ofrece frente a las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

En la década de los sesentas los gobiernos de diferentes países se vieron en la necesidad de instaurar políticas de población, que plantearan acciones encaminadas a fundar una intervención gubernamental en el control de la población, acciones que lograron adquirir un estatuto central en el discurso y en la planeación del desarrollo, permitiendo la incorporación y ampliación de Programas de Planificación Familiar PPF (Lerner y Szasz. 2001).

En la práctica, dichas políticas fueron orientadas y limitadas a reducir los niveles de fecundidad, que dieron nuevamente como resultado un pseudo control concentrado ahora en la provisión gratuita de métodos de anticoncepción modernos. Esto, amplió el acceso y la cobertura de la población a los mismos, desarrollando vastas campañas de información, educación y comunicación, que no estuvieron articuladas con los distintos sectores sociales pues no se tomaron en cuenta la diversidad de condiciones, el acceso de la población a los servicios de salud, y aún más importante las diferentes representaciones, percepciones y valoraciones de la población sobre aspectos como la maternidad, los hijos, los roles femeninos y masculinos; así como, las divergencias existentes desde una perspectiva de género, acerca de estos aspectos, como las diversidades existentes en las diferentes prácticas culturales, sociales y de atención relacionadas con los eventos reproductivos (Lerner y Szasz. 2001).

Así mismo la instauración de los PPF en la década de los sesenta representa en gran medida un cambio de velocidad en la revolución y la liberación femenina, como lo menciona Thomas (2006) cuando afirma que las

mujeres encuentran su piedra angular: la anticoncepción, pues por primera vez en la historia las mujeres pudieron separar sexualidad de reproducción, exhibiendo un discurso orientado a una decisión libre, informada y responsable por parte de las parejas en el momento de limitar su descendencia al optar por los métodos anticonceptivos, reconociendo el respeto a los derechos de los individuos a ejercer de forma voluntaria la planificación familiar.

El establecimiento de los PPF refleja inicialmente un aspecto positivo que aún es importante mencionar, ya que la anticoncepción es ante todo y lógicamente buena para las mujeres, buena también para los hombres, pues beneficia el desarrollo de un país, para su economía y por supuesto para su democracia, una democracia que empieza a querer mujeres ciudadanas autónomas que recuperan el control de su fecundidad, de su cuerpo y de su sexualidad (Thomas, 2006).

Sin embargo en la práctica se evidenció lo contrario, dado que por un lado los gobiernos otorgaron la responsabilidad de la implementación de los programas de planificación familiar a las instituciones de salud, y por otro lado las acciones estuvieron dirigidas exclusivamente hacia las mujeres en edad fértil, convirtiendo estos dos, en actores clave para el éxito de estas intervenciones, haciendo referencia nuevamente a la medicalización de la procreación, evidenciando una gran distancia entre el planteamiento teórico y la práctica de las políticas de población (Lerner y Szasz. 2001).

En este punto, surgen inconformidades por parte de las mujeres quienes a pesar de la “libertad de decisión” y la información que se daba acerca de la utilización de aquellos métodos anticonceptivos, no se tuvieron en cuenta las consecuencias o los efectos secundarios que estos beneficios traían a largo plazo, especialmente en la salud de las usuarias, desatendiendo otros servicios vinculados a la reproducción que se vieron afectados por estas políticas.

Desde allí, es importante resaltar cómo aquel interés del enfoque medicalizado sobre salud reproductiva, que se centra en la instauración de un control y regulación de la fecundidad, ha generado simultáneamente un desconocimiento de la salud de la mujer fuera de su aparato reproductor, lo que en gran medida orienta las concepciones que se han tenido acerca del carácter instrumental del cuerpo de la mujer. Esto, porque ellas tienden a

asumir su cuerpo como un ente ajeno a ellas mismas por el control que los hombres han ejercido sobre su cuerpo a través de los discursos teóricos radicalizados por ellos (Rodo y Rivera, 1994), ya que los hombres han sido los que por razones sociales se han incorporado en los papeles públicos a diferencia de las mujeres asociadas con los papeles privados.

De tal forma como lo afirma Thomas (2006) los parámetros del universalismo nunca han sido neutros, son masculinos por la sencilla razón de que el mundo fue pensado por hombres y para hombres, condición que afecta y ha venido afectando la forma de representarse, especialmente en las mujeres, puesto que perciben su cuerpo como un complejo sistema de polaridades y reducciones que de pronto se complementan y en otros momentos entran en contradicción. Es así como la vivencia y percepción del cuerpo, disociadas del ser mujer-madre, ha tenido ciertamente efectos negativos para la salud física y emocional de las mujeres. (Rodo y Rivera, 1994) Fenómeno que reorienta la problemática en torno a las políticas de población, al involucrar aspectos subjetivos que median la construcción de las representaciones socioculturales de las prácticas y significados en torno a la sexualidad de las mujeres y de los hombres.

Se resalta entonces una reinserción en la problemática, reflejada en el escaso control que tienen las mujeres sobre su cuerpo y el proceso reproductivo, pues el hecho que dichos programas estuviesen dirigidos exclusivamente a las mujeres en edad fértil, implica una exclusión de los hombres y de las mujeres cuyo perfil en cuanto a su condición reproductiva no cumple con los parámetros establecidos como el caso de mujeres púberes, mujeres sin pareja y sin hijos, mujeres infértiles, operadas y las mujeres mayores, que se incluyen en otros procesos de la vida y que influyen en la salud reproductiva, pues son sujetos que se ven afectados en la medida en que sus vivencias reproductivas generan transformaciones en los significados del fenómeno, lo que se evidencia en las necesidades y demandas, a partir de las cuales se desarrollan políticas públicas y movimientos sociales el campo de la producción, difusión de conocimientos científicos y acciones de la sociales. (Lerner y Szasz. 2001)

Es así como en aquellas prácticas, se resalta una descontextualización en la medida en la que no se tienen en cuenta variantes que están presentes en los debates y posiciones sobre intervenciones para modificar el comportamiento de la población, en especial el reproductivo y que alude a los Derechos Humanos. Por lo tanto, al partir de las concepciones que se han tenido acerca del carácter instrumental del cuerpo de la mujer, se promueven una serie de transformaciones en los discursos relacionados con este fenómeno dando paso a ciertas posiciones ideológicas orientadas inicialmente por los movimientos de contracultura especialmente el movimiento feminista presentado en las décadas 1960 y 1970, donde se evidenció la íntima relación con el origen del concepto de Salud Sexual y Reproductiva, ya que fue un momento en el que luchas feministas pusieron en evidencia el carácter político de la sexualidad y la reproducción.

Estas transformaciones dieron paso a otras iniciativas a finales de los sesentas, que complejizaron el fenómeno incluyendo dos dimensiones adicionales relacionadas de igual forma con el debate poblacional: el derecho de las personas y en particular de las mujeres en torno a sus dediciones relacionadas con fecundidad, y las condiciones de vida y bienestar de la mujer y sus hijos(as).

Así en 1975 se realiza en México la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer en donde se reconoce el derecho a la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a diferentes opciones sexuales y los derechos reproductivos, incluyendo la maternidad opcional, y finalmente en 1978 se realiza la conferencia de Alma Ata en donde se reconoce las ventajas de un enfoque holístico de los temas de salud reproductiva, que vincule los temas de salud a la vida de las mujeres. (Gyslin, 1994)

A pesar del éxito de los PPF, como lo afirman Lerner y Szasz. (2001) existe una brecha en el diseño y la aplicación de estos programas, pues no alcanzaron un impacto significativo en las condiciones de vida de población pobre, o en la autonomía y los derechos de las mujeres, de los hombres y de los pueblos étnicamente subordinados, al ser ignorándolas las percepciones de hombres y mujeres sobre sus necesidades y prioridades, ya que estas se ocultaron bajo la máscara del “bien público”, lo que generó la participación de

los movimientos de mujeres organizadas en la Conferencia Mundial de Población de El Cairo (1994) quienes orientaron sus actividades a la emancipación reproductiva y sexual de las mujeres como factor importante de sus necesidades de salud básica y de sus Derechos Humanos, al desarrollar discursos como resultado de la experiencia. Estos, adquieren validez universal a partir de la enunciación de una definición adoptada y ampliada en el programa de acción desarrollado en esta conferencia y en la conferencia mundial sobre la mujer (Beijing, 1995) allí se afirmó que:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces y asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.” (Cook, Dickens y Fathalla. 2003 p.10).

De esta forma, los movimientos feministas permitieron que la perspectiva de género tuviera cabida ante la sociedad, al ser determinante en las transformaciones en el campo del poder y en la tensión existente entre lo privado y lo público, motivando el interés por los problemas de salud ligados a la reproducción y a la sexualidad por organismos internacionales como la OMS a finales de la década de 1980.

Sin embargo, aunque la adopción del concepto de Salud y Reproductiva busco oponerse a las políticas autoritarias de control demográfico, sobre todo en los países del sur, no eliminó el riesgo político asociado a la imposición de modelos reproductivos ajenos a los intereses de las mujeres (Viveros, 2006), tampoco hubo un reconocimiento en las prácticas sexuales y sus diferencias al interior de cada sociedad, las cuales como afirma Heilborn (2006) varían de acuerdo a las referencias de los distintos segmentos sociales que las componen. Pues en el caso particular de las mujeres, estas han sido valoradas en la medida en que son reproductoras y no productoras, razón por la cual su cuerpo en si no ha constituido un foco de interés salvo en la medida en que

logre reproducir productos sanos de manera eficiente y sin costos extremados (Lozano 1989 citado por Gyslin 1994) que afecten el desarrollo económico del país, especialmente en países subdesarrollados o en proceso de desarrollo, en donde las políticas gubernamentales han estado orientadas a establecer sistemas de control demográfico implementando programas de salud ajenos a las necesidades de cada población, en donde se hace pertinente la identificación de las diferencias culturales existentes en los diferentes grupos sociales.

Por lo tanto como menciona Viveros, (2006) “La imposición de saberes médicos y de controles sanitarios, es una de las explicaciones para entender por qué la mayoría de los médicos sigue planteando hoy que en diversos grupos indígenas y negros, objetos de racialización, hay un problema de educación (expresada en términos de preparación académica), responsable de su situación de salud. También, por qué, desde algunos enfoques de salud, se sigue suponiendo que se conoce de antemano sus relaciones de género, sexuales y reproductivas y por qué se las sigue tratando como fenómenos sin historia” (p. 97).

Evidenciando que, más que realizar un estudio en torno a las prácticas de la reproducción humana, es relevante posibilitar la comprensión de los significados que tanto hombres como mujeres construyen en torno a estas, sin limitarse a un control de los cuerpos como estrategia de gobernabilidad (biopolítica). Puesto que la sexualidad es, ante todo, una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual y por lo tanto, nunca es concepto acabado y definitivo, pues la existencia misma es continua y cambiante” (Jeffrey Weeks (1986), citado, por Ministerio de Educación Nacional - Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2006)

De este modo, la teoría feminista abre un espacio teórico nuevo en la medida en que cuestiona tanto los mecanismos de poder patriarcales como sus discursos, en tanto que posibilita la construcción de una teoría de poder a partir de un proceso de comprensión de los sistemas simbólicos en los que se encuentra inmersa. Así, se establece como un movimiento social transformador de las relaciones y formas de vida sujetas a las prescripciones de la cultura patriarcal, que desemboca en la transformación de acciones políticas y en la reivindicación de aspectos en la igualdad de derechos. También, ha venido procediendo en acciones que demuestran la discriminación sexual de la mujer

principalmente en las ciencias sociales y biológicas, evidencia que ha favorecido la ruptura simbólica de la figura legitimada de la mujer y del discurso construido sobre ella.

En el ámbito de la salud, las luchas feministas se han expresado en la búsqueda de la liberación de la anticoncepción y del aborto, la cual está asociada a la reivindicación de la capacidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos, y el significado que tienen del mismo. Ya que, es preciso comprender la sexualidad como una realidad biológica, psicológica y cultural que nos refiere, no solo a los aspectos anatómicos y fisiológicos de la reproducción, sino también a sus consecuencias emocionales y psíquicas (Castellanos, 2006 – ley de Educación Sexual, 2-julio-1993). Desde este punto, se asume el rol de la mujer con mayor amplitud, no sólo como objeto reproductor con un destino sujeto a la maternidad, sino también como un sujeto de derecho.

Este cambio de perspectiva da lugar a otra dimensión revolucionaria contemplada en el campo de la Salud Reproductiva, es decir, el rescate de la dimensión de la Sexualidad y de las condiciones y prácticas de riesgo de la misma, las cuales están relacionadas con la salud de los individuos, al contemplar no sólo las funciones eróticas del disfrute, goce y bienestar implicadas en ella, sino también el reconocimiento de los distintos ámbitos donde se ejerce y que no se limitan a la pareja conyugal o entre personas de diferente sexo (Lerner y Szasz. 2001).

Se reconoce cómo los contenidos individuales, íntimos, subjetivos y principalmente aquellos ligados a la expresividad del cuerpo que integran la sexualidad y la reproducción, constituyen las bases de aproximación a la Salud Sexual y Reproductiva SSR. Permitiendo que esta sea reconocida como una condición colectiva que posibilita la implementación de políticas poblacionales y también sea distinguida por las características individuales de necesario bienestar que se incluyen dinámicamente en la base de las relaciones sociales.

Así, como afirma Mejía (2003) las capacidades del ejercicio de la sexualidad y de la reproducción están mediadas por el ejercicio de la *libertad* de las personas, mujeres y hombres, en las mismas condiciones: *igualdad* y *dignidad*. Y el ejercicio de estas capacidades en condiciones de libertad es una

decisión sobre la propia *vida* individual, la satisfacción de tener hijos/as y la aceptación de las responsabilidades que ello significa.

También es necesario resaltar cómo aquellas configuraciones en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción han sido reconocidas dentro de los mismos principios de los derechos básicos que se establecieron como acuerdo en la declaración Universal de los Derechos Humanos promulgados por la Naciones Unidas (1948).

Dando lugar a la existencia de una definición de los derechos reproductivos que se entienden como “el derecho básico de las parejas e individuos para decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y para tener la información, educación y medios para hacerlo” (Conferencia de Teherán sobre Derechos Humanos 1968).

Formulación inicial que como menciona Gysling (1994) “se ha ido ampliando con los aportes del movimiento feminista e incluye:

- a) El derecho a ejercer la sexualidad sin riesgos de contagio de enfermedades de transmisión sexual y sida.
- b) El derecho a decidir libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos.
- c) El derecho a tener la información, educación y medios para decidir el número y espaciamiento de los hijos.
- d) El derecho a acceder a una adecuada atención ginecológica durante el embarazo el parto y el post-parto.
- e) El derecho a acceder a la prevención y tratamiento de la infertilidad.” (p. 22)

De tal forma aquellas iniciativas feministas que incitan la inclusión de dimensiones relacionadas con el derecho de las personas y en particular de las mujeres en torno a la toma de dediciones relacionadas con la fecundidad y las condiciones de vida y bienestar de la mujer y sus hijos/as, fueron plasmadas en los principios éticos considerados en La declaración “Voces de Mujeres” para la Conferencia de Población del Cairo en 1994:

- a) Las mujeres pueden y toman dediciones responsables por si mismas, sus familias, sus comunidades y, crecientemente, por el estado del mundo. Las mujeres debe ser sujetos, no objetos, de cualquier política de desarrollo, y especialmente de las políticas de población.
- b) Las mujeres tiene derecho de determinar cuándo, si desean o no, por qué, con quien y como expresar su sexualidad. Las políticas de población deben basarse en principios de respeto de la integridad sexual y de cuerpo de las niñas y mujeres.

- c) Las mujeres tiene el derecho individual y la responsabilidad social de decidir si desean o no, cómo y cuándo tener hijos y cuantos tener; ninguna mujer puede ser obligada a tener un hijo/a o prevenida a no tenerlo/a contra su voluntad. Todas las mujeres, independientemente de su edad, estado civil u otras condiciones sociales, tienen el derecho a la información y servicios necesarios para ejercer sus derechos y responsabilidades reproductivas.
- d) Los hombres también tiene una responsabilidad personal y social de su propio comportamiento sexual y su fertilidad así como de los efectos de ese comportamiento en la salud y bienestar de sus parejas e hijos/as.
- e) Las relaciones sexuales y sociales de mujeres y hombres deben ser gobernadas por principios de equidad, no-coerción, y respeto y responsabilidad mutua. La violencia contra las niñas y mujeres, su subyugación y explotación y otras prácticas dolorosas, tales como la mutilación genital o procedimientos médicos innecesarios, violan los Derechos Humanos básicos. Tales prácticas también exigen de programas de población efectivos orientados por criterios de salud y derechos reproductivos.
- f) Los derechos reproductivos y sexuales fundamentales de las mujeres no puede ser subordinados, contra la voluntad de las mujeres, a los intereses de sus parejas, miembros de sus familias, grupos étnicos, instituciones religiosas, proveedores de salud, investigadores, formuladores de políticas y programas, el Estado o cualquier otro actor.
- g) Las mujeres dedicadas a promover los derechos y salud reproductiva de las mujeres, y vinculadas a las mujeres a ser atendidas, deben ser incluidas como formuladoras de políticas y programas e implementadoras en todos los aspectos de la toma de dediciones, incluyendo la definición de estándares éticos, desarrollo y distribución de tecnología, servicios, y diseminación de información.

Dentro de este contexto se crea la necesidad de comprender los Derechos Reproductivos en el marco de los Derechos de la Mujer, así como la inclusión de ambos en los Derechos Humanos, teniendo presente que la salud reproductiva y los derechos reproductivos son conceptos en constante construcción.

Atendiendo a la necesidad antes planteada, en el Plan de Acción de la Conferencia sobre Población y el Desarrollo (CIPD/94), se leen las siguientes afirmaciones sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos:

Que son parte de los Derechos Humanos, en ellos se incluyen la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos y las hijas, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad y la eliminación de la violencia domestica y sexual. También se incluye el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud, independientemente del sexo, la edad, la

etnia, la clase, la orientación sexual o el estado civil de la persona y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital. Igualmente se establece que debe ser prioridad para los Estados dar protección a los derechos que son la base de los derechos reproductivos y están contenidos en los tratados internacionales, como el derecho a la integridad física, a estar libre de violencia, a la educación, a la igualdad y a la no discriminación. (CIPD/94)

Luego de estos eventos, en la plataforma de acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) se reafirma la importancia de asegurar la protección de los derechos de la mujer ligados a los derechos reproductivos, incluidos los derechos sexuales. Evidenciando como según Lerner y Szasz. (2001) aquellos eventos acogieron las demandas que grupos de mujeres venían planteando con anterioridad en relación con las condiciones de salud y bienestar de las mujeres, en la defensa de los derechos de las mismas cuestionando las disposiciones e implicaciones de los programas y acciones de las políticas de población, puestas en marcha desde los años cincuenta. Asunto que permitió una reorientación en la conceptualización de la problemática población-desarrollo y permitió la inclusión de aspectos como la sexualidad, la reproducción, la salud y los derechos, desde un enfoque un poco más contextualizado en donde se evidencian las diferentes dinámicas individuales que se construyen con base en las relaciones sociales.

De tal forma se resalta como el movimiento feminista junto con movimientos gays y lésbicos han encaminado una lucha a favor del reconocimiento, la defensa y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, evidenciando y denunciando la represión sexual que pretendía normar los cuerpos y las vidas, también han permitido una reivindicación frente al estigma social, político y cultural que se desarrolló para enfrentar toda conducta que se alejara del patrón heterosexual obligatorio y finalmente la denuncia de la discriminación y la violencia que como resultado de la desigualdad de las relaciones de poder entre hombres y mujeres se ha inscrito en el cuerpo de las mujeres.

Por lo tanto el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer CLADEM ha venido haciendo un llamado para que en toda América Latina y el Caribe, se continúen construyendo espacios de reflexión, de debate y de acción sobre los Derechos Humanos de las Mujeres, los Derechos Sexuales y Reproductivos. Y se habla de Derechos de las

Mujeres ya que a pesar de reconocer que la salud reproductiva es un componente importante de la salud de los Hombres y de las Mujeres; se resalta como esta es más crítica para las mujeres, ya que gran parte de la carga de enfermedades femeninas está relacionada con sus funciones y sus potenciales reproductivos, (Cook, Dickens y Fathalla 2003), en cuanto a ETS las mujeres tienen y han tenido mayores probabilidades de resultar infectadas, ya que el método disponible más efectivo para la protección contra estas ETS es el condón y es un método que en nuestra sociedad tradicional continua siendo controlado en su mayoría por los hombres.

Ahora bien se resalta como uno de los aspectos más inquietantes en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva, es la disminución de financiamiento internacional en materia de asistencia, asociada a un contexto de recursos gubernamentales limitado y en constante reducción, en especial en cuanto a las políticas sociales y entre ellas a la salud, que se requieren para la expansión de los servicios y actividades en salud reproductiva y sexualidad. Situación que se ve acompañada de un dramático y creciente empobrecimiento que se observa en la mayoría de los países en desarrollo. (Lerner y Szasz. 2001)

Así en el caso de Colombia, la situación de los derechos sexuales y reproductivos es todavía inconstante ya que las estadísticas y las investigaciones siguen demostrando lo poco que se ha avanzado en la materia generando, a veces, la imagen de un verdadero retroceso en el tema, afectando, como un constante, a la población más pobre y vulnerable. (Sánchez, 2003).

Por esta razón a pesar de las luchas emancipadoras de las mujeres colombianas las cuales han permitido obtener avances significativos en materia de legislación y políticas públicas, evidenciados en los consensos nacionales donde han exigido que el Estado cumpla con los compromisos, y favorezca el desarrollo legislativo en algunos temas de derechos sexuales y reproductivos, sobre todo aquellos relacionados con la violencia intrafamiliar, el abuso sexual a menores y el VIH-Sida, reconocidos como verdaderos problemas de salud pública; y a pesar de contar con garantías constitucionales y políticas en torno a los derechos sexuales y reproductivos, siguen existiendo grandes vacíos e

inconsistencias legales, pero sobre todo, insuficiencias en la implementación de aquellas políticas.

En este punto surge la pretensión de incidir en las dimensiones culturales y sociales, para garantizar los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos y así lograr el establecimiento de las conexiones y relaciones existentes entre las propuestas de desarrollo que se debaten y las que se aplican, y el modo cómo esta articulación entre las legislaciones y acciones político-sociales, y los derechos sexuales afectan las prácticas sexuales y elecciones reproductivas.

Así el UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, viene apoyando a Colombia en el cumplimiento de algunos objetivos que se establecieron a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en 1994 en El Cairo, que comprenden:

- Educación primaria universal para niños y niñas.
- Desarrollar planes y programas para mejorar las condiciones de vida de la mujer.
- Acceso a los servicios sociales, asesoría y orientación en salud sexual y reproductiva y en métodos de planificación familiar, especialmente en adolescentes.
- Empezar programas para disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil.
- Formular y ejecutar políticas y estrategias para reducir la propagación del VIH/SIDA, con énfasis en adolescentes y adultos jóvenes.
- Promover alianzas entre gobiernos, sociedad civil y ONG, para alcanzar las metas hacia el desarrollo humano sostenible.

A nivel local (Colombia) se realiza el lanzamiento por parte del Ministerio de la Protección Social en Febrero del 2003, de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva planteando como objetivo general:

Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. Los objetivos específicos tienen que ver con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con la ampliación de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiológica, con el impulso al Sistema Integral de Información en Salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes

actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas. Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.

(POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: República de Colombia - Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública. Bogotá, febrero de 2003)

En Colombia también, la cooperación técnica y financiera del UNFPA se ha concentrado en la promoción de los derechos humanos, en especial, de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), la igualdad de género y el fortalecimiento institucional del sector de la protección social, la educación, bienestar y justicia. Impulsando en la población colombiana medidas de promoción de salud y de prevención de enfermedades y estimulando la atención institucional de los temas prioritarios en SSR, que se resaltan en los diferentes proyectos que han venido gestionando en toda la región colombiana.

Así estos proyectos enmarcados hacia la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva en diferentes regiones del país han fortaleciendo los Derechos Sexuales y Reproductivos, para diferentes grupos poblacionales, se describen a continuación en la tabla 1. En donde su contenido fue extraído del UNFPA, (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008)

Tabla 1. Se presentan los proyectos que se han venido gestionando en Colombia en torno a los derechos sexuales y reproductivos (DSR), la igualdad de género y el fortalecimiento institucional del sector de la protección social, la educación, bienestar y justicia, por parte del UNFPA, (Fondo de Población de las Naciones Unidas)

Nombre del Proyecto	Fecha de Acción	Financiamiento	Objetivo
Apoyo a la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva	Enero 2003 a Enero 2004	Ministerio de Protección Social UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas	Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres afiliados/as al Sistema de Seguridad Social en Colombia, mediante la promoción y protección de los derechos sexuales y reproductivos.
Salud Sexual y Reproductiva en el Magdalena Medio	Agosto 2003 a Diciembre 2005	UNFPA, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y Laboratorio de Paz	<p>Impulsar en la población medidas de promoción de salud y de prevención de enfermedades y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en SSR.</p> <p>Ampliar la cobertura en el SGSSS de la población con factores de vulnerabilidad en SSR.</p> <p>Fortalecer la red de servicios del país, en relación con la oportunidad, calidad e integralidad de la atención en los eventos de SSR, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la capacidad y el compromiso del recurso humano y la implementación de los sistemas de información.</p> <p>Implementar acciones de vigilancia y control de la gestión en el nivel nacional y territorial.</p> <p>Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSR, como factor fundamental para la toma de decisiones.</p> <p>Fortalecer el Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) como herramienta que permita conocer la situación de la SSR.</p> <p>Promover la investigación en SSR como mecanismo de toma de decisiones políticas y técnicas.</p> <p>Desarrollar acciones que vinculen a diversos sectores e instituciones para impactar los problemas de la SSR.</p> <p>Aprovechar las redes sociales como escenario de intercambio de información y apoyo solidario en las áreas prioritarias de la política de SSR.</p> <p>Apoyar estrategias de movilización social y promoción de los derechos sexuales y reproductivos que faciliten la aplicación de los planes y programas que la Secretaría Distrital de salud ha diseñado, para responder a las necesidades y condiciones poblacionales en el ámbito de la sexualidad y el uso de los medios adecuados para su ejercicio seguro auto y hetero-protector, especialmente en adolescentes, jóvenes y otras poblaciones consideradas vulnerables.</p>
Movilización social para el sexo seguro en Bogotá D.C.	Agosto 2003 a Diciembre 2005	Gobierno colombiano UNFPA	<p>Apoyar estrategias de movilización social y promoción de los derechos sexuales y reproductivos que faciliten la aplicación de los planes y programas que la Secretaría Distrital de salud ha diseñado, para responder a las necesidades y condiciones poblacionales en el ámbito de la sexualidad y el uso de los medios adecuados para su ejercicio seguro auto y hetero-protector, especialmente en adolescentes, jóvenes y otras poblaciones consideradas vulnerables.</p>
Atención a las condiciones de género en salud sexual y reproductiva en la población desplazada con énfasis en adolescentes	Septiembre de 2000 a Diciembre 2005	Gobierno de Bélgica	Asegurar que los asuntos de salud reproductiva y género sean totalmente incorporados en los programas de ayuda humanitaria y que las necesidades específicas de los adolescentes desplazados sean satisfechas.

Salud Sexual y Reproductiva para la Fuerza Pública	Septiembre 2005 a Diciembre 2007	Ministerio de Defensa Nacional - UNFPA	Las acciones del presente Proyecto, a realizarse en el marco de un convenio entre el Ministerio de Defensa Nacional y el UNFPA , están diseñadas para complementar los avances logrados por las fuerzas públicas colombianas y hacerlos coherentes con la perspectiva de la Política Nacional de Salud de SSR, y se ajustan a lo aprobado en el Programa de Cooperación del UNFPA al Gobierno de Colombia, tercera fase 2003 -2007, en el Subprograma de Salud Sexual y Reproductiva.
Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía	Mayo 2005 a Noviembre 2007	Ministerio de Educación Nacional, UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas	Contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el establecimiento y sostenibilidad del Programa de Educación para la Sexualidad, desde un enfoque integral de construcción de ciudadanía y ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos.
Atención Integral a la Violencia Intrafamiliar y Sexual en las Casas de Justicia	Mayo 2005 a Mayo 2006	USAID, UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas	Incorporar y aplicar en las Casas de Justicia la “Metodología de Atención Integral a la Violencia Sexual”; y su adecuación y desarrollo para la “Atención integral de la violencia intrafamiliar”. Fortalecer el trabajo de las Casas de Justicia en materia de violencia de género y DSR para su interacción permanente con la comunidad educativa y con grupos de voluntarios.
Fortalecimiento de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos, para los programas de Desarrollo y Paz. (Primera Fase)	Septiembre 2005 a Mayo 2006	ASDI	Contribuir al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la población de los Espacios Humanitarios del Magdalena Medio, Montes de María y Oriente Antioqueño, como parte esencial del proceso de consolidación de la convivencia pacífica entre los colombianos y la promoción del desarrollo sostenible, la equidad social y de género.
Atención integral a la violencia de género por parte del ICBF *	Julio 2004 a Julio 2007	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar UNFPA	Contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención de la violencia de género: violencia intrafamiliar y violencia sexual y al restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas o sobrevivientes, desde el Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
Atención integral a la violencia intrafamiliar y sexual en las casas de justicia *	Junio 2004 a Junio 2005	UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas Ministerio del Interior y de Justicia Checchi and Company Consulting Colombia USAID	El propósito es desarrollar propuestas de atención integral a víctimas y sobrevivientes de violencia intrafamiliar y sexual, y garantizar desde el Estado respuestas adecuadas, oportunas y de calidad, en un esfuerzo conjunto y coordinado por el restablecimiento de sus derechos.

De tal forma se resalta cómo los proyectos encaminados a la promoción de la salud sexual y reproductiva dentro del marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), se ha divulgado desde diferentes fuentes emisoras como diversos medios de comunicación, la escuela y la medicina, destacando la intencionalidad de informar a la sociedad sobre el fenómeno de la salud sexual y reproductiva.

Así, a nivel local en Bogotá se han realizado diferentes proyectos encaminados a sensibilizar a la comunidad joven y adolescente entorno a las practicas sexuales, permitiendo la toma de decisiones que minimicen los factores de riesgo y de vulnerabilidad frente a la salud sexual y reproductiva, fomentando el ejercicio de la sexualidad de manera segura e informada, empoderando a los diferentes grupos poblacionales entorno a los derechos en salud sexual y reproductiva (Mi cuerpo es territorio seguro 2007). Y así mismo se resaltan campañas orientadas a reducir la mortalidad materna promoviendo la importancia de la atención oportuna y de calidad para la gestante y los recién nacidos por parte del servicio de salud. (Prevención de la mortalidad materna 2007).

De igual forma a nivel nacional se destacan campañas orientadas a la salud sexual y reproductiva, convocando a las mujeres y sus parejas a acudir oportunamente al servicio de salud a realizarse la citología, como una práctica que permite detectar cualquier alteración y, en tal caso, tomar medidas que protejan la salud y la vida. (Prevención de cáncer de cuello uterino 2004-2007)

Y finalmente se resaltan campañas que por medios masivos de comunicación buscan propiciar en jóvenes y adolescentes, más allá del uso del condón, la reflexión sobre la toma de decisiones frente a la vivencia de la sexualidad, y propone una mirada desde el afecto, la negociación con la pareja, la autoestima y la autonomía. (Sexualidad en adolescentes 2007)

Para el caso concreto de Isla Fuerte (Cartagena) se evidencia cómo estas campañas están siendo introducidas por estas mismas fuentes emisoras, pero sin embargo se resalta la falta de implementación de políticas adecuadas, enmarcadas en el contexto de esta cultura por parte del Estado, pues a pesar de que algunas de estas campañas logran introducirse en la comunidad, no

están acompañadas de una implementación de acciones de acompañamiento en el tema.

Respecto a la utilización de métodos anticonceptivos en la comunidad de Isla Fuerte, como lo mencionan Bueno, Gómez, Huertas, Muñoz y Rodríguez. (2006) “varias mujeres no tienen conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos y en ocasiones no le dan importancia al uso de estos, sin embargo cabe aclarar que puede haber un interés por parte de algunas mujeres, pero se destaca la irregularidad en la asistencia médica en Isla Fuerte así como la falta de manejo de una medicina comunitaria, en la que el médico haga convocatorias adecuadas a la comunidad que motiven a las personas a asistir” (p. 64), posibilitando así la orientación tanto a las mujeres como a los hombres de la importancia de la utilización de estos métodos.

En el trabajo de grado realizado por la estudiantes de la facultad de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana en el 2008 orientado a *Identificar los significados que tienen las mujeres afrodescendientes de Isla Fuerte, entorno a la sexualidad y el género* (Bueno, Gómez y Huertas (2008), se evidencia una preocupación por parte del estado hacia el control de la natalidad, sin tener en cuenta las creencias, valores y significados entorno a las prácticas reproductivas y las relaciones de género que tienen los isleños así:

En cuanto al uso de los métodos anticonceptivos es evidente que la mayoría de las mujeres no tienen claro el fin que cumple cada uno de los existentes, y mucho menos los varones quienes no los utilizan y aquellos pocos que utilizan el condón consideran que no se siente el mismo placer sexual por lo cual evitan su uso. Sin embargo algunas mujeres se han mandado a operar, después de tener alrededor de 3 hijos/as, esto debido a servicios gratuitos que ha ofrecido el centro de salud con el fin de disminuir la natalidad, ya que existe una preocupación externa de los “cachacos” quienes manejan contactos con el estado, lo cual nos lleva a decir que no es una decisión autónoma por parte de las mujeres (Bueno, Gómez y Huertas. 2008, p. 57)

De tal forma se resalta cómo en esta comunidad la salud sexual y reproductiva se ha venido condicionando por la instauración de controles externos que van orientados al cuerpo de la mujer, sin promover una responsabilidad por parte de los hombres en las decisiones reproductivas, que se refleja en el desinterés hacia el uso del condón como método de planificación por la sensación que este produce en el momento de tener relaciones sexuales, desde donde se resalta como lo afirma Cook, Dickens y

Fathalla. (2003) como las mujeres asumen una responsabilidad desproporcionada frente a la anticoncepción en comparación con los hombres.

Razón por la cual es importante aquella interiorización del discurso de Derechos Sexuales y Reproductivos que resalte la recuperación y reapropiación de los cuerpos y las vidas de las mujeres reconociéndolas desde su condición de sujetos libres, más no de objetos de control, otorgándoles nuevos significados a los principios de igualdad y equidad. Y así mismo una proliferación informativa entorno a la importancia de la salud sexual y reproductiva en las prácticas sexuales de la comunidad de Isla Fuerte dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos, donde se tengan en cuenta aspectos relacionados con las diferencias de género entorno a la sexualidad, entendiendo esta como una construcción que se da a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales, siendo su total desarrollo esencial para el bienestar individual, social e interpersonal (Ministerio de Educación Nacional - Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2006)

Desde donde se resalta la transformación del enfoque de la sexualidad considerándola ahora más como una cuestión de bienestar individual y social, y no como un problema moral. (Heilborn, 2006). Destacando así la forma en la que continuamente Hombres y Mujeres son moldeados socialmente de diferentes formas, mediando las representaciones, concepciones y prácticas sociales, que se establecen en torno al fenómeno de la sexualidad y la reproducción, a partir de donde es pertinente evidenciar como el hecho de generar mayor conocimiento de las dinámicas de las prácticas sexuales, comprendiendo como se perciben, se producen y significan, es de gran importancia en la medida en que incrementan las posibilidades de impacto de políticas públicas en torno a la SSR.

Por esto la importancia del anterior abordaje histórico, el cual permite evidenciar como la transformación del discurso de la Salud Reproductiva al discurso de la Salud Sexual y Reproductiva, ha determinado las diferentes lecturas que entorno a esta se han constituido, posibilitando alternativas que rescatan las experiencias subjetivas de la sexualidad, así como la construcción personal de esta, donde se incluyen aspectos relacionados con el vínculo

sexual, la corporalidad, el deseo, el placer, la proximidad con otro/a, los derechos, etc.

Objetivos

Objetivo General

Comprender la influencia en la comunidad de Isla Fuerte de los discursos institucionales y de las personas externas a la comunidad, en torno a la Salud Sexual y Reproductiva.

Objetivos Específicos

Identificar los discursos que tienen en torno a la Salud Sexual y Reproductiva los y las profesionales de salud, educación y funcionarios públicos de la comunidad de Isla Fuerte.

Identificar los discursos que tienen en torno a la Salud Sexual y Reproductiva las personas externas a la comunidad que tienen influencia en la misma, como son: los propietarios no nativos de fincas, negocios y casas, y las personas pertenecientes a organizaciones no gubernamentales que desarrollan diferentes proyectos en Isla Fuerte.

Identificar los discursos de las personas de la comunidad en torno a la Salud Sexual y Reproductiva.

Comparar los discursos institucionales y de personas externas con los significados y prácticas respecto a la Salud Sexual y Reproductiva de la comunidad de Isla Fuerte.

Analizar la influencia de estos discursos (institucionales y de personas externas a la comunidad) en la vivencia de la sexualidad de la comunidad de Isla Fuerte.

Categorías de análisis

Las categorías de análisis de esta investigación, se abordaran desde los discursos de tres grupos poblacionales:

- Discursos Institucionales que incluyen: los discursos de las/los profesionales de la salud, los discursos de las/los profesionales de educación y los discursos de las/los funcionarios públicos de Isla Fuerte (Cartagena).
- Discursos de personas externas a Isla Fuerte (Cartagena) que incluyen: personas encargadas del centro turístico, de locales comerciales, personas pertenecientes a organizaciones no gubernamentales que desarrollan diferentes proyectos en Isla Fuerte y personas interesadas en prestar servicios sociales a la comunidad de isla Fuerte.
- Discursos de personas pertenecientes a la comunidad de Isla Fuerte Cartagena

A continuación se describirán las tres categorías de análisis que se tendrán en cuenta para el desarrollo de esta investigación:

Salud Reproductiva:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces y asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los

embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.” (Cook, Dickens y Fathalla. 2003 p.10).

Sexualidad:

Se comprende como una realidad biológica, psicológica y cultural que nos refiere, no solo a los aspectos anatómicos y fisiológicos de la reproducción, sino también a sus consecuencias emocionales y psíquicas. (Castellanos, 2006 – ley de Educación Sexual, 2-julio-1993), Así, la cualidad sexuada del ser humano se entiende como una confluencia; donde se enlazan actos físicos y experiencias sensoriales con condiciones propias de cada individuo. Por lo tanto, es en la confluencia del carácter corpóreo, anímico, emocional, social, intelectual e incluso espiritual donde puede reconocerse la vida sexual, del ser humano. (Viveros, 2006).

Acciones en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en Isla Fuerte:

En esta categoría se inscribe un abordaje histórico de los proyectos o acciones desarrollados en la comunidad de Isla Fuerte Cartagena entorno a la Salud Sexual y Reproductiva.

Método

Diseño

La presente investigación es de corte cualitativo y de tipo descriptivo donde la investigadora estudió la realidad en su contexto natural, intentando interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas (Rodríguez, Gil y García. 1999). Esta investigación implicó la utilización y recogida de una gran variedad de herramientas entre las que se destacan la experiencia personal que describió la rutina, las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas, también fue fundamental la observación participativa, la revisión de textos históricos y la aplicación de entrevistas y talleres previamente diseñados.

Esta metodología se acercó a las narrativas de los y las profesionales de salud, educación, funcionarios públicos de la comunidad de Isla Fuerte y las personas externas a la comunidad que tienen influencia en la misma como son: los propietarios no nativos de fincas, negocios y casas, y las personas pertenecientes a organizaciones no gubernamentales y privadas que desarrollan diferentes proyectos en Isla Fuerte, donde su opinión con respecto a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se tuvo en cuenta, sin hacer uso de estadísticas o escalas numéricas que evaluaran la opinión de cada uno de los/las sujetos entrevistados.

Se realizó por lo tanto un análisis de los discursos a partir de la información recolectada por medio de los talleres y las entrevistas como medio para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales y la vida de la los nativo/as y personas externas a la comunidad de Isla Fuerte, articulando esta información a través de las categorías establecidas para la investigación, lo que posibilitó así la obtención de datos acerca de la sexualidad y la reproducción en el propio lenguaje de los sujetos entrevistados.

Para la realización del objetivo de esta investigación, se hizo una revisión documental para recolección de información en torno al discurso de la Salud Sexual y Reproductiva en las diferentes instituciones establecidas en la comunidad de Isla Fuerte, lo cual permitió conocer una dimensión histórica de

la Salud Sexual y Reproductiva en la población, y el análisis de datos que se presentaron en contextos naturales de interacción social en la comunidad.

Adicionalmente, se hizo uso de la observación participante, ya que ésta permite aproximarse a las expresiones corporales, las creencias y las formas de representar la sexualidad y la reproducción ubicando a la investigadora en las dinámicas sociales de la cotidianidad, facilitando así una mirada horizontal y no a través de la lente de un microscopio, de manera distante (Montero, 2006).

Participantes

Los/as participantes de la investigación son hombres y mujeres, profesionales de la salud, educación, funcionarios públicos de la comunidad de Isla Fuerte y personas externas a la comunidad que tienen influencia en la misma, como son: los propietarios no nativos de fincas, negocios y casas y las personas pertenecientes a organizaciones no gubernamentales y privadas que desarrollan diferentes proyectos en Isla Fuerte y algunos nativos/as de la comunidad especialmente aquellas mujeres cuya experiencia en las vivencias de la sexualidad se acercara más al interés de la investigación, distribuidos de la siguiente forma: diez (10) mujeres de la comunidad divididas en: siete (7) del área urbana y tres (3) del área rural; ocho (8) funcionarios públicos y cuatro (4) agentes externos a la comunidad. También se realizaron tres (3) talleres dirigidos a mujeres, jóvenes y niños/as respectivamente

Instrumento

Para la realización de la presente investigación se tuvo en cuenta una revisión investigativa, como método de recolección de datos que suele producirse en contextos naturales de interacción social y que da una dimensión histórica al análisis investigativo (Valles 1999), lo que posibilitó la obtención de información por medio de documentos institucionales de la comunidad de Isla

Fuerte acerca de las políticas implementadas en la Salud Sexual y Reproductiva, así como las prácticas en torno a esta.

Se utilizó la observación participante como método interactivo para la recolección de información que involucró a la observadora en la cotidianidad de la población, permitiendo una mayor comprensión de las concepciones de la Salud Sexual y Reproductiva existentes en la comunidad. Para la recolección de esta información se hizo uso de registros de forma escrita: diarios de campo como herramientas imprescindibles para la investigación social, que sirvieron para analizar la realidad, a partir de descripciones densas (Geertz, 1986).

Así mismo se tuvo en cuenta la entrevista estandarizada abierta, la cual es una técnica cualitativa de entrevista caracterizada por el empleo de un listado de preguntas ordenadas y redactadas por igual, para todos los entrevistados, pero de respuesta libre o abierta. (Patton, 1990. Citado por Valles, 1999), así fue un tipo de entrevista que combinó la flexibilidad de una entrevista abierta o en profundidad con la direccionalidad de una encuesta estructurada.

Procedimiento

Para la realización de esta investigación se hizo inicialmente una revisión de documentos institucionales (Centro de Salud, Institución Educativa de Isla Fuerte (INSTEDIF) y entidades gubernamentales) que dieron cuenta de acciones desarrolladas en torno a la Salud Sexual y Reproductiva, así mismo se revisó el proyecto de grado realizado en Isla Fuerte cuyo objetivo fue Identificar los significados que tienen las mujeres afrodescendientes de Isla Fuerte, en torno a la sexualidad y el género (Bueno, Gómez y Huertas 2008)., investigación realizada por estudiantes de último semestre de la Facultad de psicología de la Universidad Javeriana.

Así mismo se realizó un acercamiento a las principales instituciones de la comunidad de Isla Fuerte donde se incluyen: Centro de Salud, la Institución Educativa de Isla Fuerte (INSTEDIF) y entidades gubernamentales donde se realizó una reunión con el fin de explicar el propósito de la investigación y la metodología (aplicación de entrevistas y observación participante). Con el

mismo fin se contactó a las personas externas de la comunidad que tienen influencia en la misma. Adicionalmente se realizó una serie de entrevistas individuales a diferentes personas representativas de la comunidad que hayan nacido en dicho territorio y/o hayan vivido gran parte de sus vidas en éste, seleccionadas por la investigadora debido a la facilidad de acceso que se tenga a ellas.

Durante todo el proceso investigativo se tomaron notas de campo como un instrumento complementario que aportó elementos al análisis y que facilitaron la comprensión de la influencia que en esta comunidad tienen y han tenido los discursos en torno a la Salud Sexual y Reproductiva.

Posteriormente se realizó una transcripción de aquellas entrevistas aplicadas, con el fin de sistematizar la información obtenida. Más adelante se realizó un análisis de los resultados obtenidos de los discursos en torno a la Salud Sexual y Reproductiva a la luz de las categorías planteadas.

Finalmente se realizó una discusión basada en la fundamentación teórica y en el análisis de los resultados obtenidos, con el fin de dar cuenta de la influencia que en la comunidad de Isla Fuerte, tienen los discursos relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva que se han instaurado, por medio de las diferentes instituciones establecidas en la Isla, así como de agentes externos a la comunidad.

Análisis de resultados.

Al tomar como punto de partida el trabajo de campo realizado en la comunidad de Isla Fuerte (Cartagena) durante el primer periodo del año en curso, y teniendo en cuenta la correspondiente revisión teórica y los objetivos expuestos en la presente investigación, se logró una recopilación de resultados, los cuales serán presentados a continuación en categorías y categorías emergentes que posibilitarán el análisis de los discursos e influencias en torno a la salud sexual y reproductiva en esta comunidad.

Por consiguiente, se establecieron dos categorías: Sexualidad, y Acciones y Servicios presentes en la Salud Sexual y Reproductiva; anexo a esto, cada categoría consta de diferentes categorías de tipo emergente. El ámbito de *Sexualidad* contiene primero las relaciones de poder que se reflejan tanto en el género, en el que se identifican los roles de mujeres y hombres a la hora de expresar su sexualidad y los intercambios afectivos manifestados en ésta, como en la función que ejercen aquellas instituciones representadas en funcionarios públicos sobre las personas de la comunidad. Por otra parte, se resaltarán prácticas sexuales concebidas como las vivencias de las sexualidad de diferentes grupos poblacionales nativos de Isla Fuerte (niño/as, jóvenes y adultos), y las diferencias entre estos y las personas externas a la comunidad. Finalmente, el reconocimiento del cuerpo en torno a los cambios experimentados en la sexualidad.

En cuanto a la categoría *acciones y servicios*, se resaltan las instancias prestadoras de aquellos servicios de Salud Sexual y Reproductiva existentes en la comunidad de Isla Fuerte, así como la efectividad de estos evaluada a partir de las fortalezas y debilidades teniendo en cuenta la concepción, sugerencias e intereses de la comunidad misma. También se resalta el acceso a métodos de planificación, de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y de salud y bienestar de la mujer. Finalmente, una categoría que identifica las fuentes de información que tienen los miembros de la comunidad de Isla Fuerte acerca de la salud sexual y reproductiva.

La relación de las categorías expuestas anteriormente será anunciada en el siguiente cuadro:

Categorías		Subcategorías			
Salud Sexual y Reproductiva	Sexualidad	Relaciones de poder	Género	Mujeres	Intercambios afectivos
				Hombres	
			Función	Institución (Funcionarios públicos)	
				Personas (Comunidad)	
		Prácticas Sexuales	Nativos Isla Fuerte	Niños/as	
				Jóvenes	
				Adultos	
			Persona externas		
			Reconocimiento del cuerpo Cambios Experimentados		
	Acciones y Servicios	Servicios existentes			
		Prestación de servicios	Fortalezas		Intereses
			Debilidades		
		Acceso a Métodos	Planificación		Científicos
					No Científicos
Prevención ETS					
Salud					
Información Mujeres		Familia			
		Instituciones			
	Pares				
	Medios de Comunicación				

SEXUALIDAD

RELACIONES DE PODER

Género.

La forma en que las mujeres y hombres expresan su sexualidad, cómo, cuándo y con quién, refleja diferentes factores relacionados con la satisfacción de necesidades básicas que están ligadas al contacto corporal, la vinculación y la expresión de emociones de deseo y placer; condiciones que reflejan las dinámicas de interacción entre mujeres y hombres, y las diferencias en los roles de cada uno en determinados momentos y espacios socioculturales.

De tal forma, en Isla Fuerte se evidencian diferentes fenómenos en torno a la salud, la reproducción y la sexualidad que demuestran la desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

En la comunidad de Isla Fuerte se observa una tendencia a tener relaciones paralelas a las establecidas socialmente, tanto en mujeres como en hombres; sin embargo, las relaciones casuales paralelas que practican los hombres son concebidas como algo natural en ellos, y no es criticado ni mal visto como lo es en las mujeres “(...) *Con más de uno hombre jamás uno hace eso. Muy mal, pues en el hombre es normal... no tan mal.*” (Entrevista Mujer Urbana # 1) por lo contrario es una muestra de superioridad y de hombría. “*tu ves que aquí el hombre tiene dos, tres y hasta cuatro mujeres y es el hombre del pueblo, es el hombre de la isla. Mientras que, si una mujer tiene dos o tres ya es la menos, la perra, la puta, la vagabunda...*” (Entrevista Comerciante)

Este hecho, normaliza la búsqueda de placer por parte de los hombres en mujeres distintas a sus parejas. “*Ellos dicen que con la mujer de la casa no se sienten lo mismo, no se satisfacen como con la mujer de la calle. La mujer de la calle si quiere tener al hombre pa’ ella hace lo que el hombre pida, lo que él quiere... en cambio la mujer de la casa quiere tener sus relaciones normal... ajá yo eso creo, que ellos hacen eso por sentirse bien, por lo que le hace aquella otra mujer*” (Entrevista Mujer Rural # 2).

También se presenta el caso de detentar mayor libertad y permisividad en sus acciones por su condición de hombres “*Ellos tienen relaciones con dos o tres, ellas no, por ejemplo aquí se ven muchachitos que tienen dizque dos novias, tres novias y de pronto con todas ellas tiene relaciones, en cambio las*

peladas no, tratan de estar con uno no más, de pronto ellas respeten digo yo más... bueno y ellos no, los hombres casi siempre hacen lo que quieren con el cuento de que ellos son hombres” (Entrevista Madre Comunitaria # 2)

Igualmente, se argumenta el poco control que se tiene sobre sus impulsos sexuales *“sí hay diferencia porque los hombres se dejan llevar por la emociones y las mujeres no tanto”* (Entrevista Esposa del Pastor)

Este es un factor determinante a la hora de abordar los efectos que estas formas de relacionarse tienen en la salud sexual de la comunidad, debido a que estas prácticas generan problemáticas en cuanto a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) *“Para estar conmigo él no se cuida...Si él no se cuida con otra y aquella otra está enferma me la pega a mí”*. (Entrevista a Mujer Rural #1) Siguiendo este orden de ideas es relevante mencionar que el método disponible más efectivo para la protección contra estas enfermedades es el condón, y que es un método que en esta sociedad tradicional continua siendo controlado en su mayoría por los hombres. Además de ser un método que no es utilizado por ellos con frecuencia debido a que refieren no sentir el mismo placer con el uso de este. *“No, que se cuida el hombre con condón y eso, muy poco lo usan aquí, aquí son demasiado hiperactivos ellos no usan eso, y sin eso sienten más que con eso...”* (Entrevista Mujer Urbana #1). *“los condones se pierden, no les gustan, por cultura no usan ningún preservativo para evitar las enfermedades por transmisión sexual”* (Entrevista Agente externo #1) *“el cuidado...me parece que el hombre en cuanto a eso no piensa mucho ...el hombre no piensa en eso si no dar, échale y échale”*. (Entrevista Pastor).

Esta forma de expresar la sexualidad por parte de los hombres, involucra aspectos relacionados con el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos. En donde se resalta la subordinación de la mujer como un objeto sexual en donde no se tiene en cuenta sus intereses y sí los de sus parejas, donde es valorado el placer y la satisfacción sexual como algo importante para los hombres mas no para las mujeres *“para los hombres lo más importante es el placer sexual en cambio... uno siempre se entrega porque uno quiere al man o a uno le gusta el man... pero yo se que si tu le preguntas a una muchacha o a un muchacho o un señor, que cuando sabe él*

que la mujer ha tenido un orgasmo o cuando sabe la mujer que ha tenido un orgasmo, yo se que no te lo van a responder,” (Entrevista Comerciante)

“Para los hombres es importante que ellos quieren satisfacerse, ellos siempre quieren sentirse bien, ellos quieren que uno les haga las cosa bien en el sexo pa` ellos sentirse bien, o sea,, pero uno de mujer también quiere sentirse querida, de que ellos se lo hagan bien a uno, ellos por lo menos no saben hacer esas cosas o sea, nunca, a mi me he pasado” (madre comunitaria # 1).

De igual forma, las mujeres en el momento de expresar su sexualidad refieren diferentes problemáticas relacionadas con la violencia doméstica y sexual en donde las mujeres son maltratadas por no acceder a tener relaciones sexuales con sus parejas, especialmente porque ellos asumen que si no acceden es porque tienen una relación con otro hombre. *“El hombre aquí es machista... entonces o sea,, ellos deciden tener una, dos, tres, etc., etc. y donde o sea,, no permiten de que la mujer lo haga porque entonces ahí mismo le pega, la bota si es que están viviendo juntos en una casa” (Entrevista Mujer Urbana #4).* *“La situación es más grave en las mujeres que en los hombres... bueno porque los hombres son hombres... y eso pasa más...Es más normal verlo en los hombres que en las mujeres...a la mujer le va peor, porque imagínese, los hombres puede que ella lo estén haciendo pero si se enteran echan a la mujer de la casa ya no le quieren dar nada, como hay varios hombres que hasta le queman la ropa y todo y entonces muy terrible” (Entrevista Mujer Rural #2).* *“cuando ellos quieren, uno tiene que dárselo porque si no, es porque uno tiene otro marido. Si uno no está con ellos, ellos ponen cara de -tú estás con otro- o -tú estás pendiente de otro-. Si ellos no quieren, uno sólo se acuesta pa’ su almohada y ya na’ más, uno no piensa que está con otra... si hay diferencia y uno siempre lleva las de perder.” (Entrevista Mujer Urbana # 6).*

Otra forma en la que se reflejan las relaciones de poder con un claro sometimiento del hombre sobre la mujer, se expresa en el momento de asumir la responsabilidad en el uso de los métodos anticonceptivos y de prevención de ETS. Así, la toma de decisiones en el ejercicio de la sexualidad en la comunidad de Isla Fuerte es trasladada en su totalidad al interés de los hombres dejando a un lado la responsabilidad mutua por exclusión. *“si él no quiere se*

cuidar pues bueno... ya yo buscare la forma de cuidarme” (Entrevista Mujer Rural # 1). Y en ocasiones los hombres no permiten que las mujeres accedan a estos métodos “Aquí se ha visto que el hombre no deje que su mujer se haga la ligadura de trompas” (Entrevista Mujer Rural # 3)

Función instituciones y funcionarios públicos.

Por otro lado, la labor que ejercen aquellas instituciones representadas en funcionarios públicos sobre las personas de la comunidad, tomada como la interacción entre el individuo y las estructuras sociales existentes, es determinante a la hora de comprender las dinámicas sociales de la salud, la sexualidad y la reproducción en la comunidad de Isla Fuerte.

Las instituciones al tener una función indispensable en la comunidad, se establecen como agentes interventores de sus prácticas sexuales; es así como prestadores de servicio de salud a los que pueden acceder las mujeres, tienen la potestad de tomar decisiones por ellas, sin entender los deseos de ellas en torno a su cuerpo y su sexualidad. *“(...) allá los médicos me pusieron una inyección, por cinco años, pero ajá yo no sabía que era una inyección pa’ cuidarme ni nada, sino que le dijeron a mami que comprara una inyección que costaba ciento y pico... ya cuando el niño cumplió los cinco años yo quedé otra vez embarazada, y entonces yo caí en cuenta y dije esta es la inyección que le dijeron a mami que me pusiera. Ellos no me dijeron nada y pues como yo estaba inconciente. Si yo me hubiese enterado de que esa inyección era pa’ eso, yo en ese momento también me estaría cuidando”.* (Entrevista Mujer Rural # 2)

Así mismo, las prácticas de tradición cultural son criticadas y algunas veces ridiculizadas por los entes prestadores de servicio lo cual ha generado una brecha entre la comunidad y estos actores, lo que ha dificultado un acercamiento favorable para la población. *“A uno le da miedo acercarse al médico porque uno no sabe y no se sabe como explicarle y de pronto se puede molestar porque de pronto no le gusta como uno le dice las cosas.”* (Entrevista Mujer Rural # 3). *“(...) pasó una vez un caso con el doctor Eusebio: mandó a la nieta mía a que alumbrara de aquel lado, yo le dije –mamá, tú no estás para alumbrar, lo que tienes es una fuerte inflamación-, eran dolores de antes del*

parto. Bueno, después fue el médico y la regañó y le dijo: -¿por que tú no has ido al médico? porque tienes una abuela... ¿que dizque atiende partos?- luego, me encontré con él en la playa y le dije: - ella no está ahora para parir, ella no tenía problemas y ¿por qué la iba a mandar de aquel lado?, no se equivoque conmigo, yo sé que no he estudiado, porque yo lo sé... pero el don que me dio Dios y la inteligencia, que es natural, pocos la tienen. Porque yo estoy hablando con usted de algo que yo sé y que usted sabe (...) (Entrevista Partera)

Igualmente, las relaciones entre estos agentes prestadores de servicios se caracterizan por una tensión constante. Esta tensión es producto de la suplencia de funciones médicas por métodos tradicionales ante las condiciones de vida de los pobladores: *“(...) pero no me diga “dizque”, porque yo le di fue un consejo- porque a todas las que iban, las mandaba de aquel lado. Yo atiendo un parto que se complica, pero dime tú: si una mujer no tiene cómo salir, tiene que parir el hijo en su casa y si yo lo puedo recibir porque viene bien, ¿por qué no hacerlo?”* (Entrevista Partera)

Cuando no se presentan los casos de crítica y hay un acercamiento por parte de la población, en algunas oportunidades las dificultades en el suministro de recursos médicos son evidentes, asunto que se refleja en un diálogo entre la enfermera y una de sus pacientes: *“Estas pastillas aquí la estaban tomando todas las niñas que estaban planificando, cuando les pudo venir la pastillas, como se acabaron las de la empresa que se estaban dando gratis, para que las niñas que se estaban tomando las pastillas no salieran embarazadas, yo compré unas pastillas para yo dárselas. Resulta que ninguna niña de las que estaban tomando las pastillas me salieron embarazadas, ninguna. Eres la única que dejó de comprarme las pastillas, me preocupa, me estresa, me incomoda, porque ajá ¿cuantos hijos tienes ya tú?... siete, la que se te murió ocho y con este nueve. Ajá, es que si tu vienes a mí y me dices: seño es que no tengo para la pastilla, fíeme, yo se la fío, así pasó un día, tu me diste la mitad... y es que eso es duro, tener otro bebe (...)* (Diario de campo centro de salud).

Del mismo modo, los conflictos que se experimentan son causadas por las limitaciones impuestas por los funcionarios en el acceso y prestación de los

servicios *“-Yo suturo aquí porque yo quiero hacerlo, porque yo sé, pero eso no es conveniente- me dijo la enfermera, -de ahora en adelante todo el que esté de sutura hay que mandarlo para la costa-, imagínate la plata que se gasta...pero bueno me pongo yo a ver, igual que lo haga ella así cobre (...)*” (Entrevista Esposa del Pastor)

Otras dificultades relacionadas con el distanciamiento entre los pobladores y los funcionarios públicos del área de salud es el uso equívoco de información, factor que a la vez evidencia las dinámicas de poder entre estos agentes y la comunidad: primero, se presenta la carencia de filtros de información lo que desemboca en la falta de confidencialidad médico-paciente. *“(...) Pero Vilma después de todo a mi no me ha gustado... ella habla cositas de uno y a mí me lo han dicho” (Entrevista Partera) “(...) O sea,, porque digamos aquí si yo voy y le comento a la enfermera, esa señora no se lo toma como un secreto, sino que va y se lo cuenta a la otra, la otra a la otra y entonces ya saben todos” (Entrevista Mujer Urbana # 5).* La segunda dificultad es la monopolización de la información por parte de los funcionarios públicos: *“pero Vilma, cómo hace uno pa’ inscribirse a eso... a mi no me han dicho nada (programa de salud en casa para todos) – yo le digo a la gente que ha ido al centro de salud, porque no puedo salir de casa en casa porque tampoco puedo hacerlo todo, yo he comentado y la gente pasa la bola” (Diario de Campo Centro de Salud).*

Existen también altos grados de influencia por parte de los funcionarios; ésta no sólo se evidencia en la institución de salud sino que es un factor presente en las instituciones más cercanas a la comunidad, como la Institución Educativa de Isla Fuerte (INSTEDIF), única institución educativa de la zona. En esta se han presentado casos de abuso de poder de parte de los profesores, tal y como se denota en el testimonio de una de las mujeres entrevistadas en el área urbana: *“A veces, muchos profesores han molestado a las niñas y se han quedado con varias niñas de aquí ya”.* (Entrevista Mujer Rural # 2). *“(...) Allá por el monte en paseos con los del colegio y profesores... ya yo una vez vi a una niña con un profesor y los profesores salen enamorándose de las niñas, demasiados casos, imagina están dando un ejemplo cruel los profesores.*

O sea, eso se veía el año pasado, todos esos profesores listos, pasados de listos, pasados de más...” (Entrevista Mujer Urbana # 1)

PRÁCTICAS SEXUALES (vivencias de la sexualidad)

Nativos de Isla Fuerte

Para este caso, es relevante aclarar que para la comunidad de Isla Fuerte, el término niño/a es utilizado para denominar tantos a los niños como a los preadolescentes, adolescentes y jóvenes; sin embargo, para efectos de este estudio se hace una distinción basada en la etapa de desarrollo, para facilitar la categorización de la población y por lo tanto de sus prácticas.

- Niños y niñas

Los niños/as tienen prácticas sexuales que según los miembros de la comunidad de Isla Fuerte, son modeladas y aprendidas por medio de la observación de personas de la comunidad especialmente sus padres y/o externos. *“(...) y el niño mío que es mas arrebatado y sobresaltado con las niñas que se la pasa haciendo relaciones, yo lo he encontrado a mi niño con otra niña vecinita de aquí del barrio. Más que todo, las niñas convidan a los niños... o sea, ya la niña la vi acostada y él tenía el cosito paradito y la niña le decía -móntate arriba-... y eso se da porque ellos se dan de cuenta de muchas cosas. Yo me he tratado de cuidar de que ellos no me vean a mí nunca haciendo esas cosas con mi marido, pero ellos tienen mucha malicia porque a veces cuando él llega de la calle pues me acaricia y me besa y ellos ya – ah! Papá está besando a mamá!- dice ella, y le dice a un niño chiquito que está por ahí: - mi amor ven y te doy un besito -, porque ella tiene más mundo... no, eso lo ha visto es por aquí, porque los niños de aquí a veces comienzan a decir dame un besito y se me ven a mí con Àlex que llega me besa y me abraza y entonces a ella se le graba y sale y busca a un niño que se llama el Samoyito y le dice “ven y me das un besito”... el niño mío ve mucho eso con los jóvenes es que él no para aquí, él se me escapa de la casa y se vá pa’ la calle y el como distingue a todo el mundo aquí, entonces él llega y me dice “-mira mamá yo vi a fulana besándose con fulano y mamá, la tenía en cuera dándole-” (Entrevista Mujer Urbana # 1)*

Así mismo, las prácticas sexuales que tienen las personas de la comunidad posibilitan el acercamiento a estos comportamientos por parte de

los niños y las niñas. De forma tal que se presentan otras vivencias, como el aprendizaje por observación que establecen comportamientos y prácticas culturales propias de la comunidad, estas prácticas van desde la iniciación de las relaciones sexuales con animales, *“En los niños la falta de respeto, el caso que teníamos ahora de cómo se dice vulgarmente la zunguadera, que es en los niños tener relaciones sexuales o sea, puede que no tengan penetración, el hecho es que como tu estas creciendo tu te tienes que desarrollar, tu te tienes que ir a cazar burra... pero qué pasa con esos niños que se quedan con eso, y como se cansaron de zunguiar burra, ahora se zunguean a las peladitas”* (Entrevista Comerciante); hasta prácticas que ponen en riesgo la integridad propia y la de sus pares: *“El niño, el mayorcito de cinco años que tengo acá, en estos días tiene una repelencia a estar zunguiando y zunguiando paredes, si sabes que el pene se lo peló con la pared, lo tenía hinchado, yo le dije: - se te va a podrir, se te va a caer- ”* (Entrevista Mujer Urbana # 6). *“(...) asistí a una reunión del curso de segundo que había una niña que la encueraron toda y se la iban a violar los niños”* (Entrevista Mujer Urbana # 1).

De igual forma, la falta de servicios básicos como la luz eléctrica y la escasez de recursos económicos propician la aglomeración de personas en una vivienda, lo cual posibilita el modelamiento de las prácticas sexuales debido a que los niños tienen contacto visual constante con lo que personas de la comunidad experimentan: *“Es lo que ven los niños en su casa, aquí se ve mucho hacinamiento. Por ejemplo, hay niños que los papás viven en el mismo cuarto y ellos ven cuando ellos están haciendo el amor. Yo digo que el problema aquí es eso... que los niños pequeños ven cuando sus papás están en el acto”* (Entrevista Coordinador INSTEDIF).

- Jóvenes

En los jóvenes se destacan diferentes problemáticas ligadas a su sexualidad, como embarazos a temprana edad lo que lleva a la deserción escolar especialmente en las mujeres. Así mismo, cuando las mujeres tienen sus hijos a temprana edad, se resalta un respaldo por parte de la familia de las jóvenes en medida que reciben un apoyo en el cuidado de sus hijos: *“Aquí en la institución por lo menos una niña de 14 o 15 años nunca planea tener hijos,*

sino que queda embarazada y ya, ya después de los 3 meses cuando ya no puede ocultar la barriga dice cuál es el papá” (Entrevista Coordinador INSTEDIF). *“(...) mis hijas hicieron lo que hicieron porque quisieron, por lo menos Jorshy está dejada con el marido, y ahora está castigada yo no la quiero aquí en la casa porque yo la acepté con Carola cuando ella quedó embarazada, ella estaba haciendo once y cogió y se fue de la casa, sí, yo la tuve, y ella me dijo -que no voy a seguir más en el colegio-”* (Entrevista Mujer Urbana # 6).

Lo anterior, como consecuencia directa de la repetición de comportamientos de los adultos y el consumo de sustancias adictivas (alcohol cigarrillos y drogas) factor que fomenta las prácticas sexuales de manera irresponsable, sumado a la libertad excesiva experimentada por la falta de acompañamiento de sus padres. *“con jóvenes por ejemplo en el caso de la droga, que todavía están estudiando y por ejemplo llegan enguayabados al colegio”* (Entrevista Inspectora). *“(...) más que todo a los jóvenes invitarlos, aquí estamos fallando nosotras como madres y como profesores también, por ejemplo aquí en la institución hay niñas que todavía no son señoritas y ya tienen relaciones y ellas no, o sea, no. Y hay niñas que han abortado, los otros días allá en el estadio encontraron un niño y en la playita del norte uno recién nacido, y acá encontraron dos mellitos, y eso ¿de quién es? De la juventud de Isla Fuerte, dime tu si no tenemos una inquietud nosotros grande aquí y hay que orientar a la juventud, a que no tengan relaciones y si la tienen que se cuiden”* (Entrevista Madre Comunitaria # 1). *“(...) a las niñas, sino que les dan demasiada libertad, que yo voy a tal parte, que voy a hacer tal cosa y ella sólo dice ve, entonces dejan de saber qué es lo que hacen y ellas ven lo que las otras niñas hacen. Por ejemplo, aquí hay muchas niñas que fuman a escondidas de la mamá, ellas se van pa'l monte y las amigas -que fumes, que bebete un traguito- y ahí empiezan que las cosas, que los novios y ya cuando ve uno están embarazadas”* (Entrevista Mujer Urbana # 1).

Otro factor sujeto a la permisividad de algunos padres es el comercio sexual al que se enfrentan las jóvenes. Este es justificado, según los pobladores, por la escasez de recursos económicos. Este tipo de justificaciones desembocan en prácticas irregulares en las que las adolescentes accedan a

tener relaciones con hombres a cambio de dinero o de favores económicos. *“(...) pero si tu vas con una persona que te da a ti cualquier dos mil o tres mil pesos que es lo que dan aquí, tu tienes que aguantarte lo que te él te haga, te vas a reprimir tu misma y tu nunca vas a saber que es sentirse satisfecha en cuanto a una relación sexual, acá las peladas se venden hasta por dos mil mamita eso se ve. (...) acá las madres venden sus hijas y que se espera...- porque tu me vendiste- entonces se les salen de las manos... las mismas madres hablan mal de sus hijas”* (Entrevista Comerciante)

- Adultos

En los adultos se observa las relaciones afectivas paralelas tanto en las mujeres como en los hombres como se había mencionado anteriormente. Estas prácticas o factores culturales propios de la región, se caracterizan por la falta de protección a la hora de tener relaciones sexuales. *“La mujer es cachona y cuando el hombre lo hace es cachón y eso es lo mismo”* (Entrevista Mujer Urbana # 3). *“Rufino, él cada quince días te dice: -“no me has traído mis pastillas”- las pastillas son viagra, y tiene 80 años, tiene como 8 hijos de dos señoras”* (Entrevista Agente Externo # 1). *“(...) la mayoría de hombres de la costa no se protegen, ellos siempre quieren palo a palo”* (Entrevista Mujer Urbana # 6)

En el caso particular de las mujeres, se considera que ellas tienen muchos hijos, incluso cuando es evidente y se tiene pleno conocimiento de la escasez de recursos para su manutención. Empero, se evidencia el desconocimiento de las consecuencias que esto puede traer a su vida y a la de sus hijos: *“Bueno porque yo también tengo hijos y a mi me da lastima, hay una mujer que tiene como cinco hijos y sigue pariendo y ¿usted no cree que a esa muchacha hay que orientarla de eso?, porque ella cree que nada mas es parir y parir, y no sabiendo ella que los perjudicados van a ser sus hijos, ¿por qué? Porque esos niños... de pronto ella llega a fallecer a quien le va a dejar esos niños... se desnutren esos pelados”* (Entrevista Madre Comunitaria # 1).

El consumo de alcohol y drogas son claramente usados por los adultos como un estímulo que permite la desinhibición de sus comportamientos, lo cual fomenta el aumento de las prácticas sexuales y en algunos casos la

vulneración de derechos incluso al interior del hogar: *“otra problemática es que no hay dineros de entrada y la mayoría de los hombres, por decirlo así, aunque también hay mujeres, que dependen mucho del trago. Tú ves que cada ocho días tiene que ser que no tengan un peso pa` no salir a tomar, pero prefieren tomar que comer o prefieren tomar que vestir a sus hijos bien”* (Entrevista Comerciante). *“De pronto sabes qué cosa que sí hacen los hombres que las mujeres no: la violación. Bueno, yo pienso que eso se da por en parte las drogas que toman hoy en día, los ponen así, con esos apetitos sexuales. Otra parte, de pronto que se dejan llevar por emociones que de pronto el papá ve a su hija bien bonifica, bien curiosa, ya le llama la atención siendo que es hija suya y se deja llevar y hoy en día se ve que hasta los mismo padres lo hacen, porque de pronto el padrastro o el vecino porque, imagínate, si lo hace el propio padre, qué culpa le pueden echar al vecino o al padrastro”* (Entrevista Esposa del Pastor)

Los comportamientos que eran seguidos y experimentados durante la etapa de niñez y adolescencia, son prácticas que en el caso de los adultos son reprochadas por sus pares. Algunos de estos comportamientos son las prácticas sexuales con animales en adultos que ya han conformado un hogar y que en la mayoría de los casos tienen una compañera sexual estable: *“(...) hay hombres que llegan a grandes, que se ven por ahí con mujer y todo y cazan burra; eso son dependencia que se crean o sea, yo no le veo lógica a eso”* (Entrevista Comerciante).

Personas externas

Al tener en cuenta que Isla Fuerte es un lugar que continuamente es visitado por personas externas a la comunidad, como turistas y funcionarios públicos pertenecientes al área de salud (médicos y enfermeras de las brigadas que cada año prestan su servicio), y pertenecientes al área de la educación como profesores que prestan su servicio en a institución educativa (INTEDIF); así como la continua presencia de comerciantes y estudiantes de diferentes instituciones, colegios y universidades, que acuden a Isla Fuerte con fines investigativos y de intercambio cultural; es relevante señalar que todas las

prácticas que estas personas realizan cuando se encuentran en la Isla, se convierten en un modelo y patrón de comportamiento a seguir por los nativos.

Lo cual indica necesariamente una observación de sus comportamientos, para así lograr un análisis más acertado de todos los factores que desarrollan las prácticas sexuales y vivencias de la sexualidad de los miembros de la comunidad de Isla Fuerte.

La afirmación anterior es sustentada con algunos testimonios que demuestran la existencia de comportamientos que son rechazados y en parte anhelados por los miembros de la comunidad. Esto, se denota en las diversas prácticas que son ajenas a la comunidad y que se observan constantemente con la presencia de las personas externas, comportamiento como los encuentros sexuales en lugares públicos (playas y senderos) o como la exposición pública de una manera ajena a las costumbres de los isleños. *“Uno sale a la playa y ve un par de cachacos bañándose con su mujer, bien sea su amiga o su esposa; y uno los ve besándose delante de todo el mundo, y eso no es común de uno salir con su esposo en la calle. A nosotros nos da vergüenza ver a unos cachacos besándose, o sea, hemos aprendido con los paisas o los extranjeros que llegan, hemos aprendido hacer esas cosas que ellos hacen”* (Entrevista Mujer Urbana # 2). *“(…) Mira yo una vez hice salir como a cinco parejas de una playa, yo cuidaba en los corales, trabajábamos allá, y Norma mi cuñada me dijo -María ve a ver lo que tienes allá en la playa-. Había cinco parejas desnudas, hombres y mujeres desnudos, y estaban obligando a la niña que estaba con ellos a que se desnudara. Era una niña de acá, ella se llama Amelia; en ese entonces era una niña, y yo vine le dije: “mire Amelia donde usted se encuere, yo le pego” y a ellos les dije: “¡ustedes se van de aquí!” “¿Cuál es la inmoralidad y el irrespeto cuando aquí hay niños?” Mis niñas pequeñas estaban ahí y estaban viendo, porque eso fue un domingo y me estaban visitando...ellos dijeron:- “ah! es que nosotros nos bañamos así en la India...” “ah! ustedes en la India? no joda aquí estamos en Isla Fuerte” Así que se me van de aquí no joda, y los eché... ellos no eran de afuera eran de Antioquia, pero dizque en la India se bañan desnudos”. “Diferencias si hay bastante... por que acá es uno como más reservado, por lo menos uno no se ve a poner a hacer el amor en una playa donde pueda pasar alguien y uno*

sabe que lo pueden ver... acá uno si uno, tiene un vestido de baño, uno debe de llevar un short o una falda y una camiseta. Te la quitas al tiempo de que entras al mar y apenas sales debes de colocártela, y por lo menos ustedes no ustedes hasta se bañan en bola” (Entrevista Mujer Urbana # 6). “(...) o sea, como decirte ella, la paisa, es toda alocada, y se mete con el uno y con el otro. Ella quería estarse trompeando o sea, besándose con el ahí al frente mío y eso no... difícil, aquí una mujer acá no es así, o sea, uno se pone se esconde en lo oscuro para que nadie lo vea a uno, pero no, la paisa no es así, ella quiere besarse delante del que pueda, es muy provocativa, se quita la ropa y se quedaba en brasier o con el vestido de baño y le coqueteaba mucho” (Entrevista Mujer Urbana # 1).

El consumo de drogas y alcohol ha aumentado, ya que estas conductas son imitadas por los miembros de la comunidad de Isla Fuerte. Los espacios creados por los externos, entiéndase como fiestas en cabañas y yates, generan un aumento de las expectativas de los nativos, así como la necesidad de recrear y fomentar estos comportamientos y espacios: *“(...) si alguien viene de afuera, al encontrarse con las personas de aquí les dan ideas. Principalmente esas personas que se endrogan y personas así” (Entrevista Esposa del Pastor). “Eso es como todo, aquí vienen mucho marigüanero y vicioso, tu los ves untado con los que aquí y después fuman vicio y eso” (Entrevista Madre Comunitaria # 2). “Sí influye, porque por ejemplo, llega un yate lleno de cachacas de Medellín y ellas están aquí, toman ron, se emborrachan y tu sabes que el ron da para todo; de pronto llega una mujer, se le acerca a un muchacho, se van con él, hacen lo que tienen que hacer, duran 15 días y se van, y entonces de pronto ellos, que de pronto hay muchos, que les gusta mucho el sexo (...)” (Entrevista Coordinador INSTEDIF).*

Los intercambios afectivos y prácticas sexuales entre personas de la comunidad con personas externas en temporadas de vacaciones se convierte en una influencia negativa para los nativos a tal medida que desestabiliza la vida familiar y produce descontento generalmente en las mujeres de Isla Fuerte: *“(...) Los hombres que tienen mujeres y que le llega su enamorada para diciembre, ella en su casa se pone a sufrir porque ya sabe q le viene la mala vida, y entonces cada vez que vienen las vacaciones de diciembre viene la*

pelotera porque ya se sabe que viene la otra... claro, porque ya se sabe que él está con otra persona, aquí hay muchas personas que sufren en las vacaciones escolares...y saben que deben estar pilas. Así, yo le di mucha confianza y él se fue con ella y yo lo aborrecía a él, yo no quería saber nada de él y él se fue para Medellín, y todos los diciembres lo hacía por eso yo le hice el paro a la cachaca, y a el también porque estaban todos alocados” (Entrevista Mujer Urbana # 1. *“Elizabeth Sandarriaga tiene toda una historia loca, es la cachaca loca, la dueña la discoteca, los amantes eran de la isla, ella dejó de ir porque un día casi la matan, porque ella es muy violenta con la gente, allá la isla no son más de tres golpes y ya”* (Entrevista Agente Externo # 1). *“Por ejemplo, hay muchas cachacas, que vienen de Medellín y vienen buscando sexo, vienen buscando un tipo negro que las ponga bien. Están con los nativos de aquí y están bien, eso influye en los adolescentes. Me han contado muchas cosas, en general en diciembre o en enero muchas cachacas vienen buscando sexo, digamos que como aquí hay bastante moreno, eso es algo que nos hemos ganado nosotros los costeños”* (Entrevista Coordinador INSTEDIF)

El comercio sexual también es una práctica que se generaliza con los extranjeros, quienes al tener mayores recursos económicos logran acceder con más facilidad a estos “servicios”: *“Acá vienen cachacos que quieren estar con las de acá; de más que sí las hay o sea, de que las hay, porque para mi eso es como prostitución, y prostitución en toda parte la hay dicen que por necesidad, eso no; pero sí hay muchas cosas que hacer, pero porque por necesidad que no tengo que comer entonces –“ay quieres estar conmigo”-, que si yo puedo hacer otras cosas (...) pues los que le den, se van acostando con las personas los pesqueros, los de los barcos, le tienen a las peladas o les dan plata o así y eso se ve en peladas muy jóvenes de 13 a 15 y así, hay mamás que hasta las venden”* (Entrevista Comerciante) *“Si, puede haber influencia en ese cambio, porque deja de ser una función naturalmente social y orgánica, para ser una función más maquillada, con más placer, con retribución económica, retribución de bienestar, con nivel social, con nivel social (...)”* (Entrevista Agente Externo # 1).

Las personas de la comunidad relatan algunos comportamientos que los externos tienen en el trato con sus parejas. Este trato, se convierte en un

anhelo o deseo por parte de las nativas, quienes al ver cómo los hombres se relacionan con las mujeres tienden a relacionarse con los externos o de exigir este tipo de trato por parte de sus parejas. *“Diferencias, Sí hay porque acá comúnmente nosotros creemos que la sexualidad es no más tener sexo y ya...A menos siempre y cuando, cuando viene alguien de afuera y se acepta en la sexualidad la amistad de hablar con otra persona y de saludarse, de tratarse de relacionarse con las otra personas y eso es otra forma de relacionarse que la gente acá no sabe”.* (Entrevista Mujer Urbana # 5). *“Si, o sea, porque yo digo que el paisa, lleva la sexualidad como un... no como un machismo como los hombres de aquí de la isla, porque los hombres de la Isla son muy machistas, en cambio los paisas tratan muy bien a sus compañeras, claro y entonces hay mas unión (...)”* (Entrevista Mujer Urbana # 4). *“(...) claro, si, porque hay muchas personas aquí, por lo menos muchas peladas aquí que ven como el paisa trata a su compañera y entonces a ella también se le da por buscar un paisa a ver si la trata lo mismo, porque aquí no lo tratan, los hombres no tratan aquí como tratan los paisas”* (Entrevista Madre Comunitaria # 3). *“Un impacto psicosocial...sí, de vivirla y asimilarla, yo digo que sí hay porque cuando vienen la personas son más cariñosos, son amables entre parejas. Entonces ellos dicen pero es que esta gente que viene de afuera lo que está es... vulgarmente, lo que dicen es que esos cachacos son unos alborotados porque ellos vienen y no les importa besarse frente a los niños, o sea, yo digo que ellos lo perciben mal porque no están acostumbrados y ya te digo son culturas completamente diferentes ellos no están acostumbrados a darse un beso en público, a que el novio abrace a la novia, a que “mira mi amor”, a que tengan un trato más amable que el que ellos se dan aquí (...)”* (Entrevista Agente Externo # 2)

Por otro lado, se observa cómo la presencia de colegios y de universidades en Isla Fuerte ha sido un factor determinante en la comprensión que las personas de la comunidad tienen de la salud, la sexualidad y la reproducción, afirmando que por medio de la información que han recibido por parte de estos agentes externos, ellos han aprendido sobre sexualidad. *“Claro porque nos hemos dado cuenta que cuando vienen Juan Carlos que vienen con colegios de Bogotá, de Medellín; los de los colegios interactúan con los*

muchachos y ellos vienen a traen programas de sexualidad y les enseñan y le preguntan y conviven, y ellos por ejemplo esperan para tener un hijo hasta los cuarenta, en cambio aquí hay muchachos que tienen 18 años y ya tienen hijos tienen mujeres ni estudian, y tu te das cuenta que el paisa el cachaco, lo que primero quiere es ser profesional tener que su independencia y luego es que se casan y tienen la novia y eso, y eso ellos tratan de enseñarles a ellos, de inculcarles de que primero tienen que prepararse, y les dicta charlas, y confluye mucho y la gente escucha mucho eso” (Entrevista Madre Comunitaria # 2). “Si hay influencia porque hay conocimientos mejores y mas avanzados, yo ya no... influencia, si por que si usted trae una idea y eso es bueno, si yo no se y usted me dice pues esa ya es un sobre aviso; porque si usted tiene la idea y uno no la sabe pues uno tiene que aprender” (Entrevista Partera)

Así mismo estos visitantes, sólo por ser foráneos, son respetados y recibidos como entes portadores de superioridad, conocimientos y experiencias inexistentes en la comunidad. Aspecto que en ocasiones puede llegara ser contraproducente para los mismos pobladores, “(...) no se si ha oído hablar de una Cristina ella según aquí es la que manda, entonces si hay cierta influencia, sobretudo si la persona tiene algún mando, influye mucho influye su pensamiento influye su autoridad todo, la persona, los nativos se dejan sobrellevar, sobretudo si tu le demuestras poder o algo, o un pequeño poder como por ejemplo si le demuestras que eres de aquí del colegio, si eres de aquí del colegio hay mucha influencia, positiva en gran parte, pero se ve mucha influencia por parte de Cristina, por que ella les da cosas ropa, zapatos”. (Entrevista Coordinador INSTEDIF) “(...) esa información es María Cristina Echeverri, el problema que yo le veo, es que el concepto que ella tiene de desarrollo y que ella quiere que llegue a tener la comunidad es el concepto de desarrollo que tenemos todos nosotros, que se vuelvan como nosotros , y yo no estoy de acuerdo con eso, porque nosotros llegamos allá y encontramos a la población feliz, sin agua, sin luz, sin nada, y era una comunidad feliz, entonces porque la vamos a cambiar si para nosotros la felicidad es otra cosa” (Entrevista Agente Externo # 1)

RECONOCIMIENTO DEL CUERPO

En esta categoría, se toma el reconocimiento del cuerpo como el auto descubrimiento que parte de los cambios físicos y de conducta. Muchas mujeres afirman no haber tenido conocimiento previo de los cambios que su cuerpo iba a experimentar en el momento del desarrollo, cambios que convergieron en sensaciones de incomodidad y miedo en el momento de la menarquia.

Las consecuencias inmediatas de la menarquia en las mujeres son: la modificación de sus comportamientos para ser más atractivas frente al sexo opuesto, la modificación de sus ritmos y costumbres con fines como el desarrollo de roles reproductivos propios de la concepción de la mujer, la concepción de inferioridad de la mujer y la sumisión como mecanismo de control paternal y social, y la reducción del ámbito de participación de la mujer trasladado de lo público a lo privado. Esto se evidencia en los testimonios presentados a continuación:

- Cambios físicos: *“La diferencia existe en que en las mujeres existen pechos, a los hombres les salen pelos, las mujeres se anchan de cadera y los hombres se abren de acá de la espalda, el cambio de la voz, las mujeres se habla más delgadito y los hombres a medida de que van creciendo se le pone la voz demasiado gruesa.... Otra cosa es el desarrollo, que las mujeres menstruamos y los hombres no (...)”* (Entrevista Mujer Urbana # 5) *“Aquí por lo menos dicen que cuando las niñas se desarrollan que se ponen que mas lindas, que empieza a cambiarle el cuerpo”* (Entrevista Madre Comunitaria # 2) *“Mira en la mujer, digamos en mi hija que es delgadita, siempre se dice que cuando tienen relaciones su cuerpo empieza a cambiar, le crecen los senos, este, se engordan hay unas que están gorditas y se enflaquece, dicen que se le anchan las caderas”*.

-Modificación de comportamiento: *“O sea, ya, ya es más... como se dice la palabra... por lo menos cuando ya yo me desarrollé yo por lo menos ya tenía como más juicio ya no era esa que pasaba con el desorden y toda, andaba peinadita, más cambiadita... Yo digo que porque, ya el cambio es más, es*

diferente a cuando éramos señoritas, a cuando éramos niñas (...) (Entrevista Mujer Urbana # 4). *“(...) ya uno no juegan con chocoritos, ni esos juegos que antes jugaba cuando niñitos... ya uno empieza a ponerse que los mochitos, que las blusitas, que los areticos para verse uno mas bonito, porque uno ya es mujercita y no se puede andar en los juegos de antes, ya a uno lo miran de otras formas, ya uno es una señorita”* (Taller Jóvenes de la Institución Educativa INSTEDIF de 9º 10º y 11º)

-Testimonios de desarrollo de roles reproductivos exclusivos de la mujer, impulsados desde el hogar en el momento de la menarquia, sumisión de las mujeres reforzada por los padres y concepción de inferioridad femenina: *“Me parece que es diferente el niño a la niña, por el sexo en que son varones y hembras son diferentes por que yo tengo un hijo que en la parte física es mas inteligente que la niña... porque ellas son así. Él le presta más atención al estudio, ella le presta mas atención al atletismo, pero como para mi el estudio es mas importante, igual ella ya debe estar es en la casa”* (Entrevista Mujer Rural # 1 – Intervención de su Esposo). *“Las niñas cuando les llega la regla ya son para estar es en la casa, aprendiendo lo que tiene que hacer porque ya son mujeres, y si no saben después el marido las echa”* (Taller de Mujeres).

Las explicaciones y creencias que se tienen en la isla sobre los cambios del cuerpo en las diferentes etapas del desarrollo, las funciones y las diferencias existentes en los órganos sexuales de mujer y hombre, así como la forma en la que se conciben los hijos están sustentadas de forma cultural por medio de instrucciones tradicionales propias de la región. Donde sostienen que los hijos “salen” debajo de brazo, en la axila. *“(...) que no encuentran con que palabras o le disfrazan las cosas para decirles que la niña es diferente al niño, que tienen órganos diferentes por lo menos que cuando preguntan que de donde nace el niño, sobretodo en los pueblos o municipios en donde la educación es baja entonces le dicen a los niños que los niños salen de aquí de debajo del brazo, eso es lo mas común en sitios así”* (Entrevista Agente Externo # 2). *“(...) a uno le decían que uno había nacido por aquí, debajo de la axila.”* (Entrevista Mujer Urbana # 6)

Así mismo, se resalta la forma en la que se le explica a las niñas las funciones de aparato reproductor femenino y los cambios que se experimentan en la iniciación de las relaciones sexuales, narraciones que intervienen en el auto conocimiento del cuerpo y por ende de las vivencias sexuales. *“yo a ella le explico, la mujer tiene un candado, bueno que la mujer cuando nace, nace cerrada por eso se le llama señorita por eso uno no debe dar su señoritismo, y que no creas cuando el hombre te pide una prueba que te dice que te vas a volver a cerrar, eso es mentira, y no te puedes acostar con cualquiera por que ya no te vuelves a ser señorita y no te vuelves a cerrar... tú tienes que cuidar tu virginidad hasta cuando te cases o encuentres a tu pareja que va estar contigo siempre”* (Entrevista Esposa del Pastor). *“Pero es que tú le puedes preguntar a cualquier persona que órganos tiene la mujer, te dicen culo, hopo y ya de allí no pasa, o sea, no saben ni los labios menores, ni los mayores, ni la vagina... ya eso no eso no lo saben... es que cuando uno sabe y uno sabe como es lo del contacto con el hombre es ahí donde viene lo divertido, lo chévere (...)”* (Entrevista Comerciante).

ACCIONES Y SERVICIOS

SERVICIOS EXISTENTES

Según las afirmaciones de los pobladores Isla Fuerte, se pueden identificar los siguientes servicios: Primero en el área de salud el servicio médico y odontológico, la enfermera y las brigadas de salud provenientes del hospital local de Cartagena de indias, y a nivel local la partera; segundo, en el área de educación se pueden identificar la institución educativa, las campañas desarrolladas por el colegio alemán de Medellín y de Bogota, y el proyecto aula para padres; tercero, en el área social se resalta la presencia del ICBF que proporciona el servicio de hogares comunitarios y comedores infantiles; cuarto, en cuanto a las asociaciones de la comunidad se presentan los comités con fines político-social conformados por los pobladores, como lo son la junta de acción comunal y la inspección. Después de identificar los servicios que se prestan en la comunidad, se da paso a la recopilación de información con base en la concepción que tienen los pobladores sobre la eficiencia de la prestación de estos, lo anterior dentro de un marco de debilidades y fortalezas.

Prestación de servicios

Fortalezas

Dentro de los servicios de atención se destacan el médico, la enfermera y las brigadas anuales que asisten con un médico, un odontólogo y un auxiliar de enfermería los cuales realizan exámenes de rutina y control. Estos agentes son reconocidos y valorados en la comunidad por los conocimientos que poseen y por el servicio que prestan. *“(...) bueno y la enfermera también por que ella es una enfermera que sabe bastante, ella es una comadrona que sabe bastante, ella esta capacitada para eso”* (Entrevista Esposa del Pastor)

Los servicios que son reconocidos por la población en el ámbito de la salud sexual, se centran en el suministro de métodos de anticoncepción (pastillas) y prevención de ETS (preservativo). Como complemento a este suministro, es relevante mencionar que la información acerca de los usos de estos métodos y de las consecuencias negativas de las prácticas sexuales

irresponsables, es proveída por medio de charlas dadas por las enfermeras, que han hecho su año rural en la comunidad, y otros funcionarios públicos (representante de la junta de acción comunal). *“Acá comúnmente, uno se va para el centro de salud allá mensual le entregan una cajita con unos cartoncitos que le duran a uno un mes, cada mes uno vuelve allá y se lo entregan”* (Entrevista Mujer Urbana # 5). *“(...) lo único que hace es entregar a las pastillas a las personas pa’ que se cuide”*. (Entrevista Madre Comunitaria # 1). *La enfermera, ella se llamaba Mary, ella trabajaba aquí en centro de salud hace como dos años... ella hablaba pleno que gonorrea, que chancro, de todo lo que provenía de la mujer que no estaba con su marido o del hombre que no estaba con su mujer, ella hablaba de todo eso... hablaba también del cáncer cuando le dolían los ovarios cuando la hinchazón, que uno tenía que acudir al médico (...)*” (Entrevista Mujer Urbana # 3). *“Hay un muchacho aquí que las da, me imagino que lo debes conocer... Justino, el cuando estaba en embarazo o sea, el si nos dictó una charla... y nos regaló unos libritos, o sea, que era como un mandado, unas instrucciones que yo debía tomar durante el embarazo y después del embarazo”* (Entrevista Mujer Urbana # 4).

La salud materno-infantil es otro servicio reconocido por la población, en medida que los prestadores del servicio de salud facilitan el acceso a un control pre materno incluso cuando no es posible realizarlo de la manera adecuada en las instalaciones existentes en la isla. Esto, se demuestra en las remisiones a otras instituciones cercanas, que hacen los miembros de las instituciones de salud, con el fin de proveer el servicio requerido entorno al cuidado prenatal (ecografías) y controles post parto. *“Aquí había un medico cuando el que me miro a mi el embarazo, cuando yo iba al control. El era de Cartagena y se llamaba Jhon, el sí lo miraba a uno, lo revisaba, lo pesaba, ya le daba todos los conocimientos de la barriguita y de cómo llevar el embarazo. El control ahora lo hace es una muchacha, una señora porque el ya no está aquí, lo hace una señora ahí, una enfermera”* (Entrevista Mujer Urbana # 4)

Por otro lado, las tendencias organizativas de la sociedad son recompensadas a través de beneficios en el acceso a servicios de salud (SALUDCOP). Este caso, se presenta en la facilidad que tienen las madres comunitarias para suplir sus necesidades de salud con un régimen de salud

distinto al existente en Isla Fuerte, este régimen incluye una cobertura de salud completa. *“(...) todas las madres comunitarias estamos afiliadas de aquel lado a una cosa que se llama SALUDCOP San Bernando, y allá es donde me he enterado de todo esto, allá es donde lo atienden a uno para todo, le hacen exámenes y esas cosas de muy buena manera.* (Entrevista Madre Comunitaria # 2).

Estas mismas tendencias, en otros ámbitos, benefician a la comunidad en cuanto a la búsqueda de alternativas prácticas y efectivas para solucionar la escasez de recursos en el área de salud, carencias que se presentan por el abandono estatal. Es así como, se forman comités encargados de recolección de recursos económicos de manera voluntaria con el fin de crear un fondo común destinado a la suplencia de insumos médicos, *“(...) Entonces hemos tratado de que con la ayuda de la acción comunal, de organizar un grupo de vendedores, que con actividades se pueda un sitio donde la gente pueda conseguir insumos en caso de emergencia. Hemos conseguido en calidad de préstamo con las cooperativas conseguir los insumos, por que lo importante es que la gente consiga los insumos para que no haya necesidad de que viajen a otro lado.* (Entrevista Inspectora)

Otra fortaleza identificada por la población, denota la instauración de la institución educativa (INTEDIF) como un mecanismo responsable de algunas transformaciones en la vivencia de la sexualidad. Lo que ha generado el interés de la población en la obtención de una formación tanto académica como personal. Así, en el momento en el que hay orientación, hay una evolución en la concepción de la sexualidad, lo que determina la concientización en la población. *“En el colegio si tengo entendido que sí pasan videos, charlas, regalan folletos cosas ajá de orientación”* (Entrevista Mujer Urbana # 4). *“Yo creo que si les estarán dando esas charlas en el colegio, antes no se las daban a uno, ahora mismo se las estarán dando los profesores, y bueno, les dan una charla”* (Entrevista Mujer Rural # 1)

El desarrollo de proyectos y programas que fomentan el progreso social, por parte de las instancias tanto privadas como públicas, ha sido indispensable en la comunidad. Estos avances, determinan el mejoramiento del nivel de vida de la comunidad. Ejemplos de esto son: el proyecto de implantación y

distribución de las redes de luz eléctrica en Isla Fuerte y el programa “salud en casa para todos” proveniente de la gobernación de Cartagena y que se desarrollaría en la Isla. *“(...) Ahora con la visita de la alcaldesa ha implementado un programa de salud en casa de todos, y se va casa por casa preguntando las necesidades. Ahora se están capacitando para esto”* (Entrevista Inspectora)

Debilidades

En cuanto a las debilidades, la deficiencia que es mencionada de manera reiterativa por la comunidad es la ausencia de enfermera y médico. Esto, no por la no delegación de estos al cargo sino por la no permanencia, ya que regularmente abandonan temporalmente su cargo. Así, en repetidas ocasiones, cuando se presentan casos de necesidad de atención médica, la población se encuentra vulnerable. *“(...) mira aquí estamos muy apurados con lo del medico, antes el médico venía y estaba estable aquí y bueno habían épocas en las que él se iba e iba pues por que claro tenia que visitar a sus familiares en Cartagena de pronto se iba un fin de semana, y bueno al mes se iba unos 5 o 6 días hasta 10 días, pero ahora hace ya como dos años para acá , el medico esta 15 días acá y 15 en el Islote, entonces se van y ellos se duran como un mes y hasta mas de un mes. Desde enero no han regresado, luego que pasa 31 ellos se demoran y vienen duran una semana y vuelven y se van... ya tres meses sin medico”* (Entrevista Esposa del Pastor).

La vulnerabilidad de la población se representa también en el mal servicio por limitación e incumplimiento de funciones institucionales. Así es como los intereses personales tienen primacía sobre las funciones institucionales. *“(...) mira el otro día mi niño, el sábado pasado le cogieron seis puntos, iba corriendo y se cayó y se corto con un vidrio, una cortada honda y a donde había nada, y el carné de Confamiliar cubre pero me dijo la doctora que tenía que pagar porque esa no era hora, eran como las siete, y me dijo que tenía que pagar porque eso no era hora, -como le explico- o sea, que ya se paso la hora y que si hubiera sido a las 6 o 5 el carné cubría pero a esa hora no... así mismo ese mal con esa señora, esa señora ese día me cobro 15mil pesos para las medicinas que porque el carné a esa hora no cubría porque la*

hora de laborar de ella había terminado y que a esa hora era particular” (Entrevista Mujer Urbana # 1).

“(...) le voy a hacer la credencial, tendrías que hablar con Justino que es el que lleva las muestras al laboratorio y tendrías que pagarle particular porque tu no tienes el carné de CONFAMILIAR para ayudas del pasaje tu sabes... las pastillas, como se acabaron en la empresa las que se estaban dando gratis, para que las niñas que se estaban tomando las pastillas no salieran embarazadas yo compré unas pastillas para yo dárselas, para que las compraras” (Conversación de la enfermera con una paciente).

Las instalaciones médicas no son adecuadas para cumplir con las necesidades de la población, tampoco hay existencias suficientes y en algunos casos nulas de los insumos médicos, aspecto que dificulta la atención y provoca disgusto y frustración en la población de Isla Fuerte: *“Yo creo que debería ser mejor que el centro de salud, porque ahora no hay ni gasa pa’ coger un punto, tiene uno que salirla a compra a otro lado, imagínese, que estuvieran las cosas adecuadas para atender un parto de emergencia o atender a un cortado”* (Entrevista Mujer Urbana # 3). *“(...) se tienen un centro de salud muy bonito pero de que sirve...bueno antes uno iba al centro de salud y se veían que una cura, la gasa, y bueno que no tenía su carné, se le decía bueno que te vale tanto, la persona podía refunfuñar que estaba caro pero bueno se encontraba el servicio, ahora usted va y no se encuentra una gasa que un hilo, que un mercurio, cromo, ahí no se encuentra un esparadrapo, no se encuentra nada”* (Entrevista Esposa del Pastor).

Otro asunto que se destaca es el mal manejo de los diagnósticos y la violación a los códigos de confidencialidad de los pacientes. Así, se crea una brecha entre la comunidad y la institución, por el miedo de verse expuestos ante sus pares y recibir represalias o discriminación por sus condiciones médicas. *“(...) mira, las mujeres aquí no gustan de hacer citologías en el centro de salud con los que están encargados, por ejemplo la enfermera de aquí le han encontrado muchas anomalías, de que ella es muy con la lengua... a mi personalmente no me ha pasado, pero oído el caso de personas que han alumbrado con ella o se han hecho citologías y ella se ha puesto a decir:- de la*

que tienen el chocho grande de la que lo tiene chiquito, de la que lo tenía no se que-. Eso ha hecho que muchas personas ya no se quieran hacer aquí las citologías (...) (Entrevista Esposa del Pastor). *“Si uno va al médico o a Vilma por cuestiones de esas, ellos no deben de publicar eso al público ellos no deben decir eso. Eso no, eso es lo privado, y por eso es mejor que no vayan a ninguna parte y que hagan sus disparates, acá hay muchas niñas que toman cosas para que le venga el periodo...”* (Entrevista Mujer Urbana # 6)

Quando se presentan casos de asistencia a los exámenes generalmente estos terminan en la inasistencia posterior, dado que hay un inconformismo creciente porque la no continuidad del proceso médico. Es decir, cuando hay un interés en asistir a los controles médicos o exámenes, este interés se pierde por la falta de retroalimentación de los resultados y por la imposibilidad de continuar con el tratamiento médico correspondiente, o por las limitaciones de tiempo frente a las necesidades de la población en el caso particular de las brigadas de salud. *“(...) Yo a veces que no voy, por que eso vienen como muy rápido... tu crees que en esos tres días ellos van a así a reconocer a una persona bien... yo nunca me los he hecho”* (Entrevista Madre Comunitaria # 1) *“(...)Sólo las hacen las brigadas pero vienen como cada dos años pero con ellos no me la hago porque nunca mandan resultados y después uno pierde su tiempo y nunca sabe que es lo que tiene o que hay que hacer después”* (Entrevista Mujer Urbana # 2). *“(...) lo malo es que los resultados no los traen, ni los mandan (...)* (Entrevista Mujer Urbana # 4).

Hay carencia en la promoción y prevención de la salud, este punto es principalmente demostrado con el suministro de métodos de anticoncepción y de prevención en ETS sin dar orientación o información previa. Por lo cual, es evidente que no se genera conocimiento o educación en salud sexual y reproductiva. *“(...) ahorita Vilma es la que esta, o sea, na' mas lo único que hace es entregar a las pastillas a las personas pa que se cuiden, o sea, ella no hace una charla a las personas sobre las pastillas esa me entiendes, como ellas también tienen control, entonces a cada quien le entregan su cartón de pastillas, si es donde ella van donde el medico pero ahorita no hay médico... no hay nada aquí ahora.* (Entrevista Madre Comunitaria # 1). *“El centro de salud nunca ha funcionado en la parte de prevención ni promoción en ningún tipo de*

salud, es decir allá no hacen ningún tipo de campañas preventivas en nada, cuando el centro de salud funciona mandan un médico dos o tres días, pero como ese médico no tiene un jefe o un patrón que lo mande ahí, entonces ese médico no se preocupa por hacer nada” (Agente Externo # 1).

Según las afirmaciones de la comunidad, hay poca orientación en todo lo referente al cuidado y atención pre y post materna. Esto, por la falta de presencia de los médicos y porque las condiciones necesarias para este tipo de atención no existen en el centro de salud. Así, cuando se requiere de orientación o atención es indispensable la remisión a otros centros cercanos, asunto que se dificulta por la falta de recursos económicos y movilidad. Como consecuencia de esto, se retoman las prácticas tradicionales como opción en el momento del parto y de los cuidados pre y post parto. *“A veces la persona no tiene plata y el toca donde la partera porque no la atienden”* (Entrevista Mujer Urbana # 4). *“Yo ahora tendría que coger una lancha y salir corriendo haya a alumbrar al otro lado...me parece que eso no esta bien... pienso de que debería hacer un medico permanente o una enfermera aquí... por que bueno esta Vilma y pa que ella es responsable pa atender un parto pero cerraron la sala de partos... bueno ya uno de mujer ya sabe que va hacer uno en cuestión de un parto pero una niña que va sabe”* (Entrevista Mujer Urbana # 3).

Además de no existir los servicios adecuados, cuando estos se presentan, como en el caso de las brigadas, hay poca propagación y acceso a la información: *“Debería haber un sitio por lo menos donde pusieran unos letreros en la puerta, acerca de lo que se trata allí, buscando también un espacio este privado donde esta persona pueda comentar los problemas que están pasando”* (Entrevista Madre Comunitaria # 2).

Otro punto respecto a la divulgación de información de la asistencia de brigadas y demás instituciones prestadoras del servicio de salud sexual y reproductiva esta restringida al área urbana, lo que deja sin cobertura y relegada a la población del área rural. *“Si, están haciendo algo, la verdad es que yo por allá casi no voy... entonces no se”* (Entrevista Mujer Rural # 3). *“Cuando vienen hay veces que tienen las charlas, pero como yo estoy allá en el monte, ni me entero cuando son ni nada.”* (Entrevista Mujer Rural # 2)

En la Institución educativa se presenta negligencia en la retroalimentación de información pertinente para los padres en torno a la salud sexual y reproductiva de sus hijos, *“Si uno va y habla con los profesores, ellos no se van a quedar con la incógnita, va y le dice a la rectora y ella le dice a los papas pero después eso se vuelve una asunto publico... ahí es cuando uno mejor no dice nada, ni pregunta, ni nada porque después no lo dicen de buena manera.”* (Entrevista Mujer Urbana # 5)

Además de la carencia de orientación de forma regular, al igual que la institución de salud, existe la planeación de proyectos que no son desarrollados como el aula para padres y los talleres sobre sexualidad, *“Aquí hay un proyecto que se llama aula para padres, que se tratan mucho esos temas, pero el año pasado no se hizo nada, no se hizo ninguna reunión, y este año tampoco, pero el proyecto esta vivo esta aquí,”* (Entrevista Coordinador INSTEDIF). *“No hay educación sexual en el colegio, dicen que van a hacer talleres pero no los hacen nunca.”* (Representante del Consejo Estudiantil)

También hay un incumplimiento de las funciones institucionales por parte de los profesores y en especial de la rectora del INSTEDIF por factores de ubicación geográfica, cuando estos (profesores y rectora) no son miembros de la comunidad sino que están radicados en zonas aledañas a Isla Fuerte, así los procesos de control y seguimiento de las problemáticas carecen de efectividad. *“Una problemática, es que la rectora esta muy desconectada de la escuela, ella casi no vive aquí ella esta buscando para vivir en Cartagena, entonces no sabe las dificultades, por que venir por tres días y volver a Cartagena pues no se da cuenta de los problemas que hay (...) ni siquiera los profesores quieren venir a la isla por que es muy retirado”* (Entrevista Inspectora)

En el ámbito de las instituciones de control político y social, hay una presencia escasa, lo cual ha dificultado el proceso de desarrollo social de la comunidad de Isla Fuerte. *“La última iniciativa del centro de salud, hubo una médica muy buena que llegó, organizó unas cositas, pidió plata y se robo 12 millones a la comunidad, y después la médica no existía, no era médica y eso es desamparo del gobierno y desamparo por alguien que cuide y de interés de la junta de acción comunal, porque si viene un médico ¿usted quién es? ¿Quién lo mando?, falta de gobernabilidad. Eso que implica que la junta de*

acción comunal tampoco tiene ningún poder, porque se le mete cualquier fulano, entonces tampoco va a tener iniciativa para hacer campañas educativas. (Entrevista Agente Externo # 1)

Además de esto, las garantías de seguridad social y protección de la comunidad son aparentes dado que el estado alega una presencia continua en todos sus territorios y este, como en muchos casos, es un territorio que ha estado expuesto a consecuencias negativas por el abandono estatal. *“Por ejemplo en el caso del ICBF, necesita que se lleven censos para que se vea la necesidad, y en este caso hemos solicitado el programa pero nosotros tenemos un gran problema con ICBF y es que pertenecemos a Cartagena y ICBF Cartagena no hace presencia en Isla Fuerte porque es muy lejos entonces ellos le han delegado a ICBF de Córdoba para que los administren porque deben llevar acá en la isla, entonces resulta que Córdoba como es un departamento realmente pobre, cuando hay posibilidad de cobertura para sus programas tiene prioridad para sus veredas y nunca incluyen a Isla Fuerte, entonces lo que nosotros tenemos hasta el momento, es porque se dieron antes de que Cartagena pasara a Córdoba, se supone que al darle la potestad al Córdoba, el presupuesto de Córdoba aumenta, pero ellos lo utilizan para Córdoba”.* (Entrevista Inspectora)

La búsqueda de interés de la comunidad en los proyectos y programas de salud sexual y reproductiva han estado ligados al intercambio de bienes como herramienta de atracción, factor que se convierte en un inconveniente cuando se buscan acercamientos de concientización no utilitarista. *“Pues influiría siempre y cuando las personas asistieran a esas charlas pero quienes asisten son muy pocos de un 100% asistirá si mucho un 20%, es muy poca la asistencia porque dicen: ¡ah! eso ¿pa’ qué?, o si es para charlas o talleres eso ¿pa’ qué?, pero diga usted que va a repartir mercado y que va a dar esto y ahí si van porque acá la gente o sea, no es instruida, o sea, no les presta atención a la salud”* (Entrevista Comerciante).

ACCESO A METODOS

Planificación

En cuanto a los métodos médico-científicos de planificación conocidos por la población de Isla Fuerte se reconocen las pastillas anticonceptivas y los condones, *“(...) Como ellas también tienen control, entonces a cada quien le entregan su cartón de pastillas”* (Entrevista Madre Comunitaria # 2)

“(...) También le daba a los muchachos condones y a las mujeres les daba pastillas y les regalaba y les explicaba algunos se ponían el gorrito, otros no... pero entre mas grandes ya no les gusta. Ellos dicen que con eso no se siente igual pero si hay unos que lo usan pa no dejar embarazadas a las niñas” (Entrevista Mujer Urbana # 3). Y en menor medida hay algunos pobladores que conocen la ligadura de trompas y las inyecciones, pobladores que han distribuido la información del uso de estos métodos entre sus pares más cercanos ya que la información la han adquirido fuera de Isla Fuerte. *“Yo me la hice porque no quería tener mas hijos y fui donde el medico y me dijo que lo mejor era hacerse la ligadura... yo desde eso le he contado a mis amigas, pa’ que no tengan ese montón de niñitos”* (Entrevista Mujer Urbana # 2). *“Desde que yo empecé mi vida sexual, yo fui donde el medico y le dije mira esto y esto, yo quiero planificar y el me dijo que con ampolletas... yo misma me las ponía mensual porque mi mamá no sabía.”* (Entrevista Comerciante)

También existe el uso, más frecuente, de los métodos domésticos o rústicos *“(...)de pronto también aquí hay varias prácticas caseras para no tener hijos, que fulana me dice que cuando eso, no se veían casi las pastillas, ella comenta que cuando terminaba de estar con el hombre se agacha como si fuera a orinar y se espicha el ombligo y lo que produce el hombre el espera eso lo expulsa ya, ajá eso son forma que las personas practican acá, también hay una que decía que cuando uno termina de alumbrar si uno no quería tener mas hijos, no tenia necesidad de operar sino que se acostaba boca abajo y luego boca arriba, bueno son cosas que se hacían,* (Entrevista Esposa del Pastor) *“La regla de... son 15 días dos pa tras dos pa alante, son 15 días de fertilidad, yo no sé si la gente sepa aquí de eso, ese es el método del ritmo , pero tiene que ser que uno sea, puntual en la regla para saber los días.”* (Entrevista

Comerciante). *“si usted tiene un atraso de un mes, no deje esperar los dos meses, tome cualquier cosa o hierba que acá hay mucha hierba que sirve para eso, para que le venga el periodo (...) Yo me imagino que sólo sabían lo de lactar, o sea, que cuando estaban lactando, que uno le daba seno al niño no salía embarazado, eso como una forma de cuidarse, tenían relaciones pero no salían embarazadas”* (Entrevista Mujer Urbana # 6). *Mientras yo estaba con mi hijo, yo duraba hasta dos meses de no verme con mi esposo, y hoy en día eso me ha servido mucho.* (Entrevista Partera)

Prevención de ETS

Hay poco uso de métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual, esto se presenta por dos razones: primero por aversión por las sensaciones experimentadas *“No, que se cuida el hombre con condón y eso, muy poco lo usan aquí, aquí son demasiado hiperactivos ellos no usan so, y sin eso sienten mas que con eso”* (Entrevista Mujer Urbana # 1). Y segundo por factores culturales y costumbres: *“(…) que pilas con las enfermedades de salud, que ahí están los condones, los condones se pierden, no les gustan, por cultura no usan ningún preservativo para evitar las enfermedades por transmisión sexual”* (Entrevista Agente Externo # 1)

Como se había mencionado, hay escasez en la orientación y educación en torno a la salud sexual y reproductiva. Y cuando esta se presenta, es por parte de actores externos que no pueden mantener una comunicación continua en caso que se presenten dudas o inquietudes respecto al tema. *“Pues acá he escuchado sobre ETS en una clase cuando vino el Colegio Alemán de Medellín en el 2003, trabajaron con los de 7mo, nos decían que para prevenir tener una ETS debíamos prevenir tener contactos con un hombre, utilizar preservativos, y otros métodos para prevenir enfermedades (...)”* (Entrevista Mujer Urbana # 5) *“Cuando venían la brigadas ellos les regalaban a uno unos libritos, o a veces en el diccionario también, o si no con los amigos uno buscaba que era que gonorrea y todas esas cosas, o sea, cuando yo estudiaba no, no sé ahora con la hija mía que... y bueno unos lo comentábamos, se ponía a decir, uno tiene*

que educar el sexo, más que todo de no tener relaciones para evitarse uno de una enfermedad, bueno y uno lo comentaba entre nosotros pero no se lo decíamos a nuestros padres nada.” (Entrevista Madre Comunitaria # 2)

Cuando se presentan enfermedades, no hay una tendencia clara a la abstención en el ejercicio de la sexualidad por parte de los hombres. Esta carencia de abstención se desarrolla por motivos como la opinión de terceros (rechazo y crítica), y por el desconocimiento de la adquisición de las ETS. Es así como la proliferación de enfermedades es una constante y se convierte en una preocupación y problemática para los miembros de la comunidad. *“O sea, aquí he escuchado que por lo menos los hombres... digamos una enfermedad común la gonococo entonces optan es por inyectarse con gentamicina y tomar o sea, antibiótico, y en muchos casos por el que dirá la gente sabiendo de que están enfermos y se quedan con la enfermedad, luego de pronto van y peor aún, pueden pegársela a otra persona” (Entrevista Mujer Urbana # 4) “Por aquí dicen que hay mucha mujer que no sabe y puede ser el hombre y se enferma y enferma a la mujer (...)” (Entrevista Mujer Rural # 2).*

A pesar de lo anterior, los casos conocidos de SIDA o de otras ETS son pocos. *“Aquí en la isla, yo creo que debe haber porque hasta sida hay acá, se han muerto dos ya, hace como 5 años, y tu sabes que cuando se destape un poquitico más la olla sale el resto, porque acá uno escucha... que fulanito no esta con zutanita, ah pero esa no estaba con zutanito, no si ese esta con... bueno y eso se riega, por que una cosa es un saber con quien esta uno en la cama mas que uno no sabe con quien se ha acostado el, ni los que se han acostado con lo que el se ha acostado, bueno uno se pone a pensar en eso y da mucha rabia, pero a veces uno en el momento no se pone a pensar en eso y se le olvida y luego uno recapacita y ya pa’ que” (Entrevista Comerciante).*
“No allá, la gente no se muere porque no haya atención, ese caso allá no existe, no hay estadística, pero la tradición oral si sirve mucho, pero nadie se ha muerto porque haya tenido un mal parto, tal vez hubo uno o dos casos, de personas nacidas e Isla Fuerte, que tenían sida, pero nunca se ha podido saber si el sida se lo prendieron en Isla Fuerte o en Cartagena, no se ha podido saber, (Entrevista Agente Externo # 1)

Salud

Se observan cuatro prácticas en las mujeres respecto a los exámenes que permiten el diagnóstico de enfermedades o infecciones en el aparato reproductor femenino, entendiéndose como citología, auto examen y mamografía.

La primera práctica es la no realización de los exámenes por ignorancia es decir por falta de información: *“Si he escuchado; no, no sé cómo hacerme el auto examen”* (Entrevista Mujer Urbana # 2). *“De la importancia de una citología, no las mujeres no saben la importancia de eso”* (Entrevista Madre Comunitaria # 1). *“(…) ellas no saben de eso, por ejemplo aquí hay mujeres que no saben pa que es una citología”* (Entrevista Mujer Urbana # 6).

La segunda práctica, es la no realización de los exámenes médicos destinados a la identificación de enfermedades o infecciones en el aparato reproductor femenino, por negligencia cuando se presentan las oportunidades destinadas a la realización de estos: *“¿Citología?, Yo no me la he hecho. Si, a veces aquí hay brigadas que la hacen porque cuando uno está en la costa, en Cartagena pues uno aprovecha y se la hace. Nada, pero no se, no me la he hecho. Ó cuando llega el poco de gene acá pues yo no voy y no me la he hecho y en Cartagena se me ha olvidado. No, no me da miedo, solo que no me la he hecho”* (Entrevista Mujer Urbana # 4). *“Aquí se tomaba la citología por sí por ejemplo cuando el medico llegaba pero resulta que pocas se la hacían, no le ponían cuidado”* (Entrevista Enfermera). *“Eso para no ir porque ellas ya saben que se debe hacer la citología cada seis meses, que máximo un año, que cualquier anomalía deben ir al médico, que todo cáncer pélvico se puede evitar, y todos tienen bastante conocimiento pero el conocimiento no se pone en práctica por todo lo que te decía antes de que hay que ir hasta allá”* (Entrevista Madre Comunitaria # 2).

La tercera práctica, es la no realización de estos exámenes por la carencia de condiciones favorables en cuanto a la ineficacia médica *“Si, aquí este pueblo es difícil, muy difícil, son pueblos que tienen creencias raras. Aquí el médico hace citologías, yo no hago citologías, es mas porque eso lo debe hacer la enfermera, pero yo no la hago y me abstengo... no porque no la sepa hacer, si la sé hacer y muy bien... pero me abstengo a hacerla porque algunas*

personas, es más nunca la he hecho, cuando hacemos citas para citología – medico hágala, medico hágala- que la enfermera haga la citología pero no, porque esta es una comunidad es muy difícil” (Entrevista Enfermera). Esta condición obliga a la población a buscar alternativas de atención fuera de la Isla. Así, se presenta un escaso porcentaje de mujeres con suficientes recursos para realizarse los exámenes fuera de la isla. *“Citología, sí claro, yo la hago cuando me voy a aquel lado porque aquí no las hacen”* (Entrevista Mujer Urbana # 2) *“Si, citología, claro, cuando estuve durante....yo me la hago allá en la clínica de Confamiliar en Cartagena”* (Entrevista Mujer Urbana # 4) *“Yo todos los años me hago la citología por que el médico de aquel lado le dice a uno”* (Entrevista Madre Comunitaria # 2) *“Yo me he hecho mamografías, y eso es un aparato que da miedo pero no pasa nada, yo le digo eso a mis hijas. Cuando yo iba a la guajira me hacia los chequeos”* (Entrevista Partera) Sin embargo, la mayoría de la población no cuenta con los recursos económicos suficientes lo cual limita las posibilidades y alternativas de acceso a atención médica en zonas aledañas *“¿Yo? ¿pa’ que me hago la citología? si aquí nunca traen los resultado y plata no hay pa cruzar de aquel lado”* (Entrevista Mujer Rural # 2). *“(...) Ahora no hay plata para ir a San Bernardo, ya no me hago ningún examen porque aquí no los hacen”* (Entrevista Partera)

Finalmente, la cuarta práctica que se presenta es la no realización de los exámenes por factores relacionados a las costumbres y a la cultura. *“Aquí las mujeres no se la hacen (citología), no, mi mamá por ejemplo decía que a mi me gustaba ponerle el culo a los médicos...”* (Entrevista Mujer Urbana # 6) *“La citología, acá no se hacen citologías a niñas que tienen relaciones y mira yo se que eso da pena, porque da pena”* (Entrevista Comerciante)

Otro fenómeno recurrente es la automedicación por inasistencia médica *“Bueno por lo menos en mi caso, cuando me han tocado dolores pues tomar una pasta o un calmante... cualquier cosa que yo crea que me quita el dolor y así mientras tanto. Porque aquí no había médico”* (Entrevista Mujer Urbana # 4).

Así mismo, la comunidad opta por alternativas no médicas, ante a falta de orientación y por la no prestación de servicios. La mayoría de estas alternativas están determinadas por enseñanzas tradicionales o creencias

personales. *“La mujer tiene que cuidarse, hay que hacer remedios para parar la sangrecita planta. Yo claro porque como no hay médicos aquí... yo compraba que la ratanina, los cloruros de hieno, las flores de vianmistad, y lengua de nada. Y eso en un frasco y se les paraba la sangre. La mancha se les limpiaba por dentro. Para la mujer que no le venia el desarrollo también, el pelo de maíz con la panela y más matas de esto. Hay plantas para cuidarse de todo (...) Luego yo empecé a pedirle a Dios y a un santo que velaba. Y yo no se, una revelación me dijo que usara el aceite de yare, y yo misma cogía y me ponía en el piquito del pezón”.* (Entrevista Partera)

En ocasiones, las alternativas no médicas son tomadas como la primera opción en el momento de tener alguna enfermedad o urgencia médica, esto es consecuencia de que estos recursos regularmente son más cercanos que la institución de salud. *“Yo iría a donde un médico, pero lo primero que haría sería ir a donde un curioso (brujo) pa’ ver que paso.”* (Entrevista Mujer Rural # 2). *“A mí me vinieron a buscar, ella vino a que yo la revisara, yo le dije a ti ese niño no te viene bien, tu tienes que ir a algún lado. Yo le dije –tú te hiciste la ecografía – y me dijo que sí. –Qué bueno que te hayas hecho eso- tú tienes que ir a parir al otro lado... A los 5 días volvió a venir esa niña aquí y yo le dije - nena pero si tu tienes ese hijo ven, nena no procures alumbrar en el monte... el médico no te dijo que tenías que alumbrar de aquel lado... Bueno ellos vinieron a la madrugada a buscarme, yo estaba bien apretada pero esa muchachita no se hubiera muerto, si me hubieran buscado con tiempo. Peor es que eso fue a la madrugada y yo le dije – mira mijo, yo lo siento mucho pero no puedo... ve y buscas a la enfermera. Y traigan a esa mujer acá al centro de salud y no esperes a que sea peor, si hubieran ido allá no se hubiera muerto, la gente confía mas en mi que en los médicos... pero no debe ser así por que no confían nada, yo dijo algo si el confía en mi porque no oyó, si yo le digo papa no dejes que la niña alumbre en el monte, tráigasela y hable con la enfermera que estaba aquí en el centro de salud y ella ahí te la atiende, y eso fue a la madrugada... la niña murió en la madrugada ya tarde. Yo dije- llévensela, llévensela porque la niña no debe alumbrar aquí antes yo lo hacia, pero ahora hay un medico y una enfermera, y para que la gente no obedece, yo cuando ellos vienen aquí yo les digo - ¡vallen donde Vilma!”* (Entrevista Partera).

Información

La información que reciben las mujeres en la comunidad respecto a la salud sexual y reproductiva, provienen principalmente de cuatro fuentes: Familia Pares, Instituciones de su entorno y finalmente los medios de comunicación

Familia

La información que se recibe por parte de la familia esta claramente matizada por factores culturales y costumbre propias de la comunidad, así esta información esta determinada por influencias generacionales que se han mantenido por tradición oral. *“Mi mamá me dijo, ella nos explicaba cuan uno se desarrollaba que nos asustáramos que era normal, ella nos decía que estar con los hombres es malo porque cuando ellos están con las mujeres las embarazan.”* (Entrevista Mujer Rural # 1). *“Mi mamá me decía que cuando uno estaba con el período cuando salía a los cinco días uno no podía tener relaciones con los hombres por que quedaba embarazada.”* (Entrevista Mujer Rural # 2)

A pesar de lo anterior, se presenta un flujo de información interfamiliar que tiende a ser casi nulo. Esto, cuando se presentan casos relacionados con las vivencias de la sexualidad y debido a la falta de confianza que las mujeres afirman tener con sus familiares; el rechazo, la critica, la ridiculización y demás consecuencias que determinan la ruptura de los lazos familiares son producto de esta desconfianza. *“Si no le llega el periodo a una niña que esta pasando por virgen en su casa, no va a decir nada. ¿Para qué? para que la tiren a la calle apenas lo sepan sus papás, hablan, o sea, empiezan a hablar que dizque señorita en su casa y mire tiene tanto tiempo, entonces no dicen y se espera el tiempo hasta que eso pasa a ser asunto público, ahí es cuando las niñas tienen los problemas...”* (Entrevista Mujer Urbana # 6).

Institución

Las instituciones que proporcionan información a la población son: El Centro de Salud, la Institución Educativa de Isla Fuerte acompañada de

proyectos desarrollados por colegios de Bogotá y Medellín *“Claro porque nos hemos dado cuenta que cuando vienen Juan Carlos, que vienen con colegios de Bogotá y de Medellín, los de los colegios interactúan con los muchachos y ellos vienen a traen programas de sexualidad y les enseñan y le preguntan y conviven (Entrevista Madre Comunitaria # 2). ; Y las brigadas provenientes del Hospital local de Cartagena de Indias.*

La información recibida por parte de la institución esta directamente relacionada a la cercanía que se tenga con las mismas de tal forma que, en el caso del centro de salud, si no hay asistencia por eventualidades referentes a la enfermedad no se generan otros espacios que permitan el acercamiento a la población. *“El centro de salud, el colegio, no sólo esas dos partes. Si, están haciendo algo, la verdad es que yo por allá casi no voy... entonces no se.” (Entrevista Mujer Rural # 3). “(...) aquí yo les hago charlas a las personas pero lo hago acá, porque como yo estoy sola no puedo salir a dejar esto sólo para dar información. Me toca acá entonces, yo aprovecho... porque no puedo salir de casa en casa porque tampoco puedo hacerlo todo” (Entrevista Enfermera)*

La divulgación de información indispensable para la correcta vivencia de la sexualidad se convierte un rumor fomentado por los mismos agentes prestadores de servicio. Sin embargo, en la mayoría de los casos la información proporcionada por las instituciones es escasa con relación a las demandas de la población. *“exactamente yo he comentado y la gente pasa la bola” (Entrevista Enfermera)*

Pares

Para los miembros de la comunidad, los amigos son la principal fuente de información, principalmente para las adolescentes. *“O sea, pues a veces hablamos.... Es que ahora si es diferente porque ahora hay muchas... entonces uno dice no que mira vamos a decirle a las otras que tengan cuidado, que se cuiden para que no hagan... yo siempre hablaba con una amiga que yo tenía, ella si sabe, y me decía más o menos lo que yo debía hacer y lo que no debía hacer” (Entrevista Mujer Urbana # 5)*

Así mismo, las personas externas a la comunidad son una fuente de información que tiene gran valor para las personas de la comunidad dado que

ellos consideran que esta es novedosa, una alternativa a la información que reciben. *“Porque si usted trae una idea y eso es bueno, si yo no se y usted me dice pues esa ya es un sobre aviso; porque si usted tiene la idea y uno no la sabe pues uno tiene que aprender, porque en cambio ustedes que estudian, ya ustedes tienen una biología mejor”* (Entrevista Partera)

Medios de comunicación

En esta última fuente de información se destacan la televisión como principal medio *“de pronto lo que ha influido ha sido como la televisión, por que ellos ven o lo que en encuentren en el colegio o un libro que les llame la atención y comiencen a leer sobre eso.”* (Entrevista Inspectora) *“Yo he escuchado sobre el cáncer en la televisión, en las propagandas(...)”* (Entrevista Mujer Urbana # 4) y otros secundarios como el Internet. *“Digamos que no por que en la institución esos temas no los manejan, digamos que uno acá lo sabe por que acá hay Internet y uno se mete a lo que es la parte sexualidad, la parte de pornografía, entonces ya uno se va ahí, enterando y va comprendiendo, pero no hay una persona que nos hable. (Entrevista Mujer Urbana # 5)*

Finalmente, gracias al procesamiento de la información recolectada y a la sistematización de la misma, se permitió revelar no sólo la influencia de los actores institucionales y externos, sino también la existencia de tensiones en las dinámicas de estos con la población; así como, la necesidad de un acompañamiento contextualizado para la reapropiación y reconocimiento de las prácticas en torno a la sexualidad, y la proliferación de información pertinente relacionada con la Salud Sexual y Reproductiva en esta población. A continuación se expondrá como se llegó a estas afirmaciones por medio de a discusión.

Discusión

Para desarrollar la pregunta de investigación planteada en el presente estudio, es decir, comprender cuál es la influencia de los discursos institucionales y de las personas externas en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en la comunidad de Isla Fuerte. Se realizó una investigación que inició con una revisión teórica orientada hacia los conceptos de Sexualidad, y de la Salud Sexual y Reproductiva con un enfoque de Derechos.

Posteriormente, hubo un acercamiento a la comunidad con el fin de identificar sus ritmos y costumbres a través de la observación participante y las narrativas de los agentes mencionados, esto, para lograr la aproximación a las vivencias y significados de la *sexualidad* en la población, al reconocimiento de los *servicios y acciones* relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, y la relación entre estos bajo la influencia institucional y de factores externos.

Surgieron particularidades en las vivencias de la sexualidad que son indispensables para argumentar lo anteriormente afirmado. Así, se visibilizan las relaciones de poder que evidencian la inequidad existente en la sexualidad, en donde se presenta desigualdad entre las vivencias de hombres y mujeres ligada a las relaciones de subordinación femenina, la cual es fomentada desde el hogar materno, como resultado de las dinámicas relacionales establecidas social y culturalmente por la población. La mujer debe asumir un rol casi destinado únicamente a la esfera de lo privado, al ser formada para ejercer roles orientados a las labores reproductivas, como funciones dirigidas al cuidado y mantenimiento del hogar; mientras que el hombre asume un rol destinado a las labores públicas así: *“la importancia del espacio en el cual se desarrollan unos y otras, permite evidenciar como se resaltan las labores productivas de los varones y como a las mujeres se les atribuye directamente la responsabilidad de criar a los hijos/as, por el hecho mismo de que están en la casa todo el tiempo. Igualmente el espacio que ocupan los niños y las niñas, también es marcado desde su corta edad, desde el hecho mismo de que las niñas deben quedarse más en la casa colaborándoles a sus madres, mientras que el hijo varón sale con su padre a colaborarle en lo público”* (Bueno, Gómez y Huertas. 2006. Pág. 68)

Este es un factor que enmarcado en las vivencias de la sexualidad, se caracteriza por reducir el espectro de posibilidades en los procesos de toma de decisión, dado que los hombres tienden a vulnerar la voluntad de las mujeres por la prevaencia de sus intereses personales.

El caso anterior se traslada al ámbito de las instituciones en el momento en el que los funcionarios constriñen las decisiones de las mujeres y toman su cuerpo como un objeto. Este caso se presenta cuando se ejercen disposiciones de responsabilidad sobre la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer sin su debida autorización, allí se refleja un carácter instrumental del cuerpo de la mujer convirtiéndola en objeto, mas no sujeto de las políticas de desarrollo y población.

De igual modo, existe una fijación exclusiva de Programas de Planificación Familiar hacia el cuerpo y las vivencias de la mujer. Al presentarse esta exclusividad, no sólo se enfatiza su carácter reproductivo y de mantenimiento del hogar, sino que también se relega la participación del hombre y se refuerza su papel en el ámbito publico. Lo que provoca, el distanciamiento de este en la responsabilidad de las prácticas sexuales y en la vivencia de la sexualidad, y una disminución de la imagen paterna en el hogar aislando la responsabilidad personal y social de los hombres de su propio comportamiento sexual y su fertilidad así como de los efectos de ese comportamiento en la salud y bienestar de sus parejas e hijos/as (Declaración "Voces de Mujeres" para la Conferencia de Población del Cairo en 1994 en Gysling, 1994)

Además de enfatizar la diferencia entre lo público y lo privado, y los roles de cada esfera determinados por el género, se reconoce el enfoque medicalizado de la sexualidad. Puesto que, estos Programas de Planificación Familiar son controlados específicamente por las instituciones prestadoras de servicio de salud, las cuales no han tenido en cuenta factores culturales de gran relevancia para esta población. Así, se refleja la dificultad de develar e incorporar, acciones orientadas a la salud sexual y reproductiva; ya que un sistema de registro de modelo universal como el que se suele aplicar, basado en criterios técnico-médicos y determinados por políticas de salud pública de enfoque estadístico, en que la mujer es vista como un categoría biológica y en

función de otros (Lozano, 1989 citado por Gysling, J. 1994), fomentará el desarrollo de problemáticas socio-culturales.

Por otro lado como se mencionó anteriormente, se resalta una constante influencia de los actores externos sobre los pobladores de Isla Fuerte. Así, un aspecto en el que se evidencia este factor es en el desarrollo de las prácticas sexuales de la población, dado que las prácticas de los agentes externos han permeado en la sociedad de manera abrupta. Debido a esto los pobladores indistintamente reciben información, conocimiento y experiencia al relacionarse con los externos bien sean turistas, funcionarios públicos, comerciantes o estudiantes que realizan intercambios culturales. Esta receptividad se presenta por la idealización de los agentes externos especialmente provenientes de Bogotá y Medellín, cuyos comportamientos son anhelados por la población, debido a los discursos relacionados con la libertad en la experimentación y práctica de la sexualidad y que *en el imaginario de gran parte de la sociedad Colombia, la cultura antioqueña es percibida generalmente como pujante, andariega y comerciante* (Viveros M. 2002). Así, niños, jóvenes y adultos se ven expuestos a la influencia de sus pares y de externos, lo que provoca una disyuntiva entre lo tradicional y las costumbres y lo novedoso. Los agentes del comercio también desempeñan una labor constituyente en la idiosincrasia, en tanto que, al tener una educación y formación diferente a los miembros de la comunidad, poseen y proveen diferentes significados de la sexualidad y de las acciones y servicios prestados en la comunidad

En este caso, las prácticas sexuales de la población tienen características específicas que se reflejan en los diferentes grupos poblacionales. Así, los niños y niñas tienen unas prácticas particulares que se han visto influenciadas tanto por las observadas al interior del hogar como por las prácticas de los demás pobladores y externos. Aquellas que se observan en zonas públicas de Isla Fuerte, bien sea por actos de miembros de la comunidad o de externos, son las prácticas que generan mayor influencia, al ser un choque directo con la transmutación de lo privado.

Por su parte, los jóvenes tienen unas prácticas específicas que de igual forma han sido influenciadas por agentes externos. Lo anterior, porque ellos tienden a imitar los comportamientos de los adultos, lo que los lleva a asumir

roles ajenos a su edad. Roles como lo son la procreación y conformación de hogar sin planificación, o las relaciones alternas a la conformada y aceptada socialmente como un comportamiento modelado y moldeado por las consecuencias sociales que tiene, tanto positivas y de aceptación para el hombre, como negativas y de resignación (por temor al abandono) para las mujeres.

Así mismo, se observa la presión de los padres sobre los jóvenes en el ámbito del ejercicio de las prácticas sexuales; primero, como un problema que recae en el rechazo cuando hay embarazos a temprana edad e incluso cuando sus familias llegan a conocer, por terceros, la pérdida del “señoritismo” de sus hijas, este asunto genera dificultad en la comunicación intrafamiliar, rechazo que es señalado por Londoño, M. (1991) en *Prácticas de Libertad en Sexualidad y Derechos Reproductivos*, donde afirma que *“ciertas autoridades no suelen hablar de sexualidad, ignoran lo que ocurre en la vida de las y los jóvenes, y cuando las reacciones sexuales de estas son evidentes por el embarazo no planeado, entran a condenarlas sin permitirles ninguna apelación y sin que ellas puedan encontrar apoyo afectivo”* (p. 37). En segunda medida, existe una presión que se presenta al fomentar el inicio de las prácticas sexuales por intercambios y favores; ésta, desemboca en prácticas ajenas a los intereses de los y las jóvenes limitando las decisiones autónomas de estos.

En último lugar, el consumo de sustancias adictivas, se ha aumentado considerablemente en los y las jóvenes, no sólo por la influencia de adultos sino por la influencia directa de los pares y los externos (turistas); esta afirmación se hace por la observación directa realizada durante la experiencia vivida en Isla Fuerte en dos periodos de tiempo no secuenciales; así, se pudo observar personalmente el aumento del consumo y la normalización de los intercambios de bienes y servicios por sustancias adictivas, sobretodo ilegales, entre la población y los turistas.

En cuanto al análisis de las vivencias de los adultos se observan prácticas caracterizadas por la preponderancia cultural, un caso específico donde se evidencia esto son las relaciones alternas y casuales mientras se tiene una pareja estable. Estas, son efectuadas por el significado que determina para quien la ejerza, así, los hombres que realizan estas prácticas

adquieren un status de superioridad en la comunidad sobretodo con sus iguales, convirtiéndose este en un rasgo de identificación sobre los otros hombres. La mujer en cambio no ejerce estas prácticas, empero se han presentado casos de infidelidad en la que las consecuencias son opuestas a las experimentadas por el hombre, ya que la crítica que la mujer recibe por el incumplimiento de sus deberes y rol como ente base de la familia (y por lo tanto como eje estructural de la sociedad), desemboca en el rechazo y algunas veces en la violencia intrafamiliar. Aun así, el aumento en la natalidad a pesar de las limitaciones económicas, el rompimiento del núcleo familiar y de los conocimientos que tienen sobre métodos de planificación, es una constante en la población.

Igualmente, hay un creciente y constante consumo de alcohol por parte de los adultos. Esta, es una práctica instaurada socialmente y que se destaca en mayor medida en los hombres “*La masculinidad se asocia constantemente al machismo y se caracteriza en el hecho de tomar y realizar actividades en espacios públicos (...)*” (Bueno, Gómez y Huertas. 2006). Este consumo reiterado y continuo posibilita el incremento de prácticas sexuales al ser un estímulo que permite la desinhibición de sus comportamientos

El reconocimiento del cuerpo a partir de los cambios y diferencias físicas experimentadas en comunidad de Isla Fuerte son producto de construcciones de significados que parten de las costumbres y narrativas tradicionales de la comunidad, lo que genera una interiorización y constitución de las nociones establecidas y los conocimientos por la tradición oral. Así, se constituyen imaginarios en torno a los diferentes fenómenos de la reproducción y la sexualidad como lo son la aprobación de prácticas discriminativas por género, la pérdida de la virginidad, “señoritismo”, como rasgo negativo en medida que la himenolatría sigue dándose y las madres, especialmente, transmiten a sus hijas normas de pretender formarlas, haciéndolas ver lo peligroso de iniciar lo que llaman *tempranamente*, la vida sexual; argumento que transmite un mensaje muy claro relacionado con la falta de madurez, así como la pérdida de oportunidades sociales (Londoño, M. 1991), y la utilización de mitos para explicar los fenómenos naturales de la sexualidad como “nacer por debajo de la axila”. Todo esto establece significados específicos que en contacto con los

discursos institucionales y de personas externas generan tensiones que agudizan la problemática.

Al hacer referencia a las *acciones y servicios* reconocidos y dispuestos en torno a la Salud Sexual y Reproductiva en la comunidad de Isla Fuerte, se evidencia la inclusión de instituciones que prestan servicios relacionados con la promoción y prevención en Salud Sexual y Reproductiva. Este factor es importante a la hora de comprender las dinámicas de instituciones y personas externas con los nativos. Ya que estos, como funcionarios públicos, son los encargados de transmitir la información que orienta las acciones de los y las pobladoras. Lo anterior sustentado en que la mayoría de las instituciones, están conformadas por un mayor porcentaje de personas externas. Así, el centro de salud está a cargo de la enfermera quien es nativa, sin embargo, cuando llegan los médicos, provenientes de Cartagena, son ellos los que prestan la atención en el centro de salud; las brigadas, así mismo, provienen del Hospital Local de Cartagena. Esto, evita un control afín a las prácticas de los nativos por desconocimiento, así como un rechazo a los servicios por parte de la población quienes no sólo tienen una visión contraria a la indispensabilidad de estos servicios, sino que prefieren acceder a métodos tradicionales.

Por su parte, la institución educativa está a cargo de una persona que no tiene permanencia en la Isla. Así, además de no tener un conocimiento de las dinámicas de la población, su visión está permeada por factores externos, lo que lleva a un manejo fuera del contexto de la población y en casos inexistente (al delegar sus funciones al coordinador de la institución) de las problemáticas que se presentan. En este punto, es relevante mencionar que tanto el coordinador como los demás docentes pertenecientes a la institución provienen de Cartagena, lo que establece el mismo efecto de descontextualización, antes mencionado, en la resolución de controversias en el plantel.

De acuerdo con las opiniones en cuanto a la eficiencia de la prestación de servicios hay una mayor denuncia de las debilidades. Estas, relacionadas en su mayoría con la ausencia de personas encargadas de las instituciones como el centro de salud (médicos y enfermera) y la institución educativa (rectora y profesores). La ausencia de estos agentes es evidente, puesto que

son agentes indispensables en la orientación de las acciones de la comunidad por ser, el primero, un servicio básico necesario y el segundo una instancia reguladora de los comportamientos sociales. Por otro lado, cuando hay prestación de los servicios hay dificultades en el acceso; especialmente en cuanto a la adquisición de métodos de planificación y prevención de ETS y la respectiva orientación en el uso y acercamiento a los mismos.

La problemática más notoria entre las opiniones de los miembros de la comunidad y las declaraciones de los entes prestadores de servicios es la incoherencia en la información y testimonios, ya que los primeros denuncian deficiencias que los segundos describen como fortalezas. Un caso de estas discrepancias se observó en las declaraciones de los miembros de la institución educativa ISTEDIF, quienes afirmaban la existencia de charlas y programas educativos en torno a la educación sexual con el fin de otorgar acompañamiento a los padres y alumnos, mientras que estos últimos afirmaban no haber recibido tales servicios de orientación. Otro caso de la incompatibilidad de información entre agentes y pobladores, se evidencia en la mención de atención constante y proyectos desarrollados por parte de la enfermera, asuntos que según la experiencia, no se prestaban y más allá de esto, los pobladores la mencionaban como una de las mayores problemáticas de la comunidad.

Por último, es relevante hacer mención a la forma en que la población recibe la información relacionada a la Salud Sexual y Reproductiva. Cuando esta proviene de las instituciones generalmente es parcializada y no tiene continuidad, pero la población tampoco facilita el acercamiento a estas entidades para adquirir la información. Esto generalmente se presenta como resultado de experiencias negativas o rumores relacionados con la divulgación de información, lo cual ha estigmatizado a los agentes de estas instituciones. En este mismo aspecto, las visiones de medicina tradicional están en constante choque y pugna con los métodos científicos, sin embargo, no se realiza el acompañamiento necesario para lograr la transición entre estos métodos.

Por otro lado, cuando la información proviene de actores externos no médicos, está cargada de matices sociales relacionados con la libertad que

desemboca en algunas ocasiones en libertinaje ante las opiniones de los miembros de la comunidad, factor que se había mencionado con anterioridad.

De igual forma, la información recibida por los medios de comunicación es incompleta, ya que no hay continuidad en el desarrollo de la misma. Un ejemplo de este factor es cuando se suministra información de ciertos temas relacionados con la salud sexual y reproductiva (auto examen y citología), pero con la información no se genera interiorización de la misma, por ende no hay una modificación de las conductas relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva.

El análisis de la información anteriormente expuesta, llevó a resaltar la agudización de las problemáticas en la comunidad como resultado de la influencia de actores e instancias externas. Asunto que demostró la existencia de tensiones entre los entes tanto internos como ajenos a la comunidad. Estos últimos, contrario a ejercer una influencia positiva para la población y en pro del mejoramiento de las condiciones de vida, principalmente en lo referente a la salud sexual y reproductiva, provocan pugnas y resistencias que imposibilitan el acercamiento a los beneficios básicos de atención en salud, así como la orientación de sus vivencias sexuales. Se hace pertinente un acompañamiento constante que determine acciones encaminadas hacia el cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos, fomentándolo desde las costumbres y ritmos de vida de esta comunidad, así como el contexto geográfico, político y sociocultural en el que se encuentran inmersos.

Referencias Bibliográficas

- Bozon, M. (2006) *La Nueva Normatividad De La Sexualidad En La Época Contemporánea. En Construyendo una agenda temática en sexualidad.* (Barrientos, J. 2006) Ediciones Universidad Católica del Norte: Chile.
- Bueno, Gómez y Huertas (2008) *Significados entorno a la sexualidad y el género de las mujeres afrodescendientes de Isla Fuerte – Cartagena.* Pontificia Universidad Javeriana: Bogota.
- Bueno, Gómez, Huertas, Muñoz y Rodríguez (2006) *Caracterización Comunidad Isla Fuerte (Cartagena).* Pontificia Universidad Javeriana: Bogota.
- Bustos, R. (1994) *Cuerpo medicina y enfermedad: Genealogía de una representación hegemónica de la medicina.* En *Sexualidad y reproducción, hacia la construcción de derechos.* (Valdés, T y Busto, M. 1994) Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS. Chile.
- Castellanos, G. (2006) *Sexo, género y feminismo: tres categorías en pugna.* Manzana de la discordia. Cali, Colombia
- Cook. R, Dickens. B y Fathalla. M (2003) *Salud reproductiva y Derechos Humanos.* OXFORT, Profamilia: Colombia
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas.* Editorial Gedisa S. A. Barcelona, España
- Gysling, J. (1994) *Salud y Derechos Reproductivos: Conceptos en acción.* En *Sexualidad y reproducción, hacia la construcción de derechos.* (Valdés, T y Busto, M. 1994) Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS. Chile

Heilborn, M. (2006) *Cultura y comportamientos sexuales: construcción del mito del erotismo Brasileño*. En Construyendo una agenda temática en sexualidad. (Barrientos, J. 2006) Ediciones Universidad Católica del Norte: Chile.

Lamas, M. (2000). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Universidad Nacional. Bogotá, Colombia.

Lerner, S y Szasz, I. (2001) *La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias*. El cotidiano, mayo-junio, año/vol. 17, número 107, Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco, Distrito Federal, México. Pp. 53-65g
Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Londoño, M. (1991) *Prácticas de libertad en sexualidad y derechos reproductivos*. Talleres Gráficos de Impresora Feriva Ltda. Cali, Colombia.

Mejía, M. (2003) *Aproximación a los derechos sexuales y reproductivos*. En Otras Palabras N° 12: Bogota. Colombia.

Ministerio de Educación Nacional - Fondo de Población de las Naciones Unidas (2006) *PROYECTO PILOTO DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA: HACIA LA FORMACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA*: Bogotá. Colombia.

República de Colombia - Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública. (2003) *POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*: Bogotá. Colombia.

Rodo, A y Rivera, D. (1994) *La mujer y su cuerpo: Disociación y conflicto*. En *Sexualidad y reproducción, hacia la construcción de derechos*. (Valdés,

T y Busto, M. 1994) Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS. Chile.

Rodríguez. G, Gil. J y García. E (1999) Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe: Málaga.

Sánchez, O. (2003) *Situación de los derechos sexuales y reproductivos. Colombia 1995 – 2000*. En Otras Palabras Nº 12: Bogota. Colombia.

Thomas, F. (2006) *Conversaciones con Violeta*. Aguilar. Colombia

Tovar, P. (2003). *Familia, Género y Antropología: desafíos y transformaciones*. Instituto Colombiano de Antropología e Historia- ICANH. Bogotá, Colombia.

Valdés, T y Busto, M. (1994) Sexualidad y reproducción, hacia la construcción de derechos. Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS. Chile.

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis. S.A. Madrid, España.

Viveros, M (2002). *De quebradores y cumplidores*. Universidad Nacional de Colombia, facultad de ciencias humanas centro de estudios sociales. Bogotá: Colombia.

Viveros, M. (2006) *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Tercer Mundo Editores. Bogotá, Colombia.

Anexos

Entrevista

Salud Sexual y Reproductiva: Discursos en las mujeres de la comunidad de Isla Fuerte - Cartagena

1. Cuando a usted le mencionan la palabra sexualidad, usted ¿en que piensa?

¿Cuales serian los aspectos físicos que usted considera importantes en su vivencia de la sexualidad?
Usted cree que hay diferencia en los cambios físicos que tienen los hombres y las mujeres. (Como lo ha visto en personas cercanas – hijos, sobrinos, conocidos, etc.)
¿Cuales serian los aspectos emocionales que usted considera importantes en su vivencia de la sexualidad?
2. ¿Cómo cree usted que vivencia la sexualidad las mujeres y los hombres de isla fuerte?

(Cree usted que es diferente o es igual – que cree que hacen las mujeres que los hombres no, que hacen los hombres que las mujeres no)
3. ¿Qué cree usted que es lo más importante para las mujeres y los hombres de la comunidad de isla fuerte en el ejercicio de la sexualidad?
4. Considera usted que los discursos externos (las cosas que personas externas a la comunidad dicen o hacen*) (turistas, profesionales de la educación, salud y funcionarios públicos, etc.) sobre la sexualidad ¿han influido en la comunidad?

¿Cómo?
5. Ha escuchado usted hablar sobre SSR?

Si: ¿A que cree usted que esto hace referencia?
No: ¿En que espacios ha escuchado usted hablar sobre sexualidad?
Cuando ha escuchado hablar usted sobre sexualidad, ¿qué cosas hablan?
6. De (todo) lo que se habla, ¿cuáles son los temas que usted considera más importantes y útiles para: usted como mujer, otras mujeres de la comunidad y la comunidad en general (hijas/os y hombres)?
7. Hay algo de lo que no sea, hablado que le gustaría que se hablara (algo que usted siente que hace falta hablar – inquietudes) ¿Qué?
8. ¿Cuando y como se comenzó a hablar de SSR en Isla Fuerte?
9. ¿Como se trataban los temas relacionados con la SSR en la comunidad de Isla fuerte, antes de que se empezara a hablar de esta?

10. ¿Que diferencias cree que existen entre lo que las personas de las instituciones dicen sobre la SSR y lo que las personas de la comunidad Hace o Viven con respecto a su propia SSR (sexualidad)?
11. Cuales diría usted que son las instancias y personas encargadas en isla fuerte de orientar y/o prestar servicios de atención en SSR?
12. Además de los servicios (instancias, personas, lugares..) que menciona hay otras personas o lugares (no necesariamente medic@s o enfermer@s) a los que acude usted o las demás mujeres cuando requieren de estos servicios?

Cuando usted necesita de una atención con respecto a su sexualidad, usted ¿Que hace? ¿A donde va?

13. Imagínese un servicio que supla las necesidades de las mujeres de Isla Fuerte... describa como le gustaría que fuera.
14. Porque ha sido importante que en Isla Fuerte se hayan desarrollado proyectos o acciones en torno a la SSR.

Salud Sexual y Reproductiva: Discursos en Funcionarios Públicos de la comunidad de Isla Fuerte y Personas Externas

1. Cuando a usted le mencionan la palabra sexualidad, usted ¿en que piensa?

¿Cuales serian los aspectos físicos que usted considera importantes en la vivencia de la sexualidad en la comunidad de Isla Fuerte?
¿Cuales serian los aspectos emocionales que usted considera importantes en la vivencia de la sexualidad en la comunidad de Isla Fuerte?
2. ¿Cómo cree usted que vivencia la sexualidad las mujeres y los hombres de Isla Fuerte?
3. ¿Qué cree usted que es lo más importante para las mujeres y los hombres de la comunidad de Isla Fuerte en el ejercicio de la sexualidad?
4. Considera usted que los discursos externos (las cosas que personas externas a la comunidad dicen o hacen*) (turistas, profesionales de la educación, salud y funcionarios públicos, etc.) sobre la sexualidad ¿han influido en la comunidad?

¿Cómo?
5. Ha escuchado usted hablar sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ?
6. De (todo) lo que se habla, ¿cuáles son los temas que usted considera más importantes y útiles para: usted como mujer, otras mujeres de la comunidad y la comunidad en general (hijas/os y hombres)?
7. Hay algo de lo que no sea, hablado que le gustaría que se hablara (algo que usted siente que hace falta hablar – inquietudes) ¿Qué?
8. ¿Cuándo y como se comenzó a hablar de SSR en Isla Fuerte?
9. ¿Como se trataban los temas relacionados con la SSR en la comunidad de Isla fuerte, antes de que se empezara a hablar de esta?
10. ¿Que diferencias cree que existen entre lo que las personas de las instituciones dicen sobre la SSR y lo que las personas de la comunidad Hace o Viven con respecto a su propia SSR (sexualidad)?
11. ¿Cuales diría usted que son las instancias y personas encargadas en isla fuerte de orientar y/o prestar servicios de atención en SSR?
12. Cuando la comunidad de Isla Fuerte necesita de una atención en servicios de SSR, usted que cree que ellos o ellas hacen o a donde se dirigen?

13. ¿Es importante para Isla Fuerte un servicio de atención en SSR? Usted
¿Cómo cree que este debería ser?
14. ¿Cuales actividades o proyectos entorno a la SSR se han desarrollado
en la comunidad de Isla Fuerte?
15. Porque ha sido importante que en Isla Fuerte se hayan desarrollado
proyectos o acciones en torno a la SSR

Talleres.

- Viviendo nuestra Sexualidad

Objetivo

Identificar los cambios físicos y emocionales que cada una de las participantes ha experimentado en su etapa de desarrollo.

Identificar: Sensaciones – Acciones

Metodología

Dividir al grupo de mujeres en grupos pequeños, solicitando que cada grupo realice un dibujo de una MUJER *Antes* y *Después* de su desarrollo (menarquía), a partir de las diferentes experiencias que cada una tuvo.

Pedir a cada grupo que elija una persona que narre los cambios que en cada uno de sus grupos consideraron importantes al realizar su figura.

-La diferencia entre los Hombres y las Mujeres

Objetivo

Identificar las diferencias entre hombres y mujeres que cada una de las mujeres percibe en la vivencia de la sexualidad.

Metodología

Dividir al grupo en dos, pedir al grupo 1. Inventar la historia de vida (sexualidad) de un *hombre* y al grupo 2. Inventar la historia de vida (sexualidad) de una *mujer* y que en una cartelera donde se hará una línea de la vida ubique las diferentes vivencias que consideran para cada cual de los personajes. (Hijos/as, prácticas sexuales, desarrollo, anticoncepción, ETS, etc...)

Al finalizar se sugerirá a cada grupo que realice una exposición de cada uno de los personajes.

- Rutas de Acción

Objetivo

Identificar cuáles son las rutas de acción que cada una de las participantes elige en el momento en que requiere de un servicio de SSR.

Metodología

En un espacio abierto ubicar diferentes lugares y personas a las cuales podrían acudir las mujeres en el momento de requerir un servicio de SSR: Centro de Salud, Partera, Familia, Amigos, Pareja, Iglesia, Medico, Enfermera, Hogar, Realizar diferentes suposiciones de situaciones que se relacionan con vivencias en torno a la SSR y de forma dinámica realizar un juego que sugiera a cada una de ellas dirigirse a cada uno de los lugares o personas, luego realizar una retroalimentación que indique porque razón escogieron ese lugar y no otro.