
FUERA DE TEMA



- Pensar la SSR en el Pacífico: Reflexiones desde la literatura.
- Political Risk in Latin America.

Pensar la SSR en el Pacífico: reflexiones desde la literatura

Neider Alegría¹
neideralegria@gmail.com

Recibido el 23/10/2022
Aprobado el 16/06/2023

Cómo citar este artículo:
Alegría, N. (2022). Pensar la SSR en el Pacífico:
Reflexiones desde la literatura. *Trans-Pasando
Fronteras*, (20).
<https://doi.org/10.18046/retf.i20.5764>

¹Estudiante de noveno (9) semestre Derecho y séptimo (7) de Licenciatura en Ciencias Sociales de la universidad Icesi. Joven Investigador de Minciencias (2021-2022). Enlace de incidencia política del Observatorio para la Equidad de las Mujeres (OEM) con los municipios de Yumbo, Guapi, Buenaventura y Quibdó.

Abstract

Thinking about Sexual and Reproductive Health (SRH) in the Pacific region implies great research challenges. The lack of statistics and research in this regard doubles the challenges to understand the phenomenon in these territories. However, this article proposes that the literature on the development of international and national policies on SRH can serve to guide research in this regard in the Colombian Pacific. In this way, it explores the normative development on SRH at the international level, hand in hand with feminist and academic criticism in this regard. Then, it describes the national progress in policies on SRH, so that it points out the academic criticism of these advances at the international level and shows the dialogues of this national regulation with the international advances in the matter. Likewise, it locates the main criticisms of the literature on the development and implementation of normative policies on SRH, so that it shows how the main studies on the subject in Guapi and Buenaventura are inserted in these criticisms.

Resumen

Pensar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la región pacífica implica grandes retos investigativos. La carencia de estadísticas e investigaciones al respecto duplican los mismos, así que es más complejo entender cómo funciona el fenómeno en dichos territorios. Sin embargo, este artículo propone que la literatura sobre el desarrollo de las políticas internacionales y nacionales en materia de SSR puede servir para orientar las investigaciones al respecto. Lo hace explorando el desarrollo normativo sobre SSR a nivel internacional, de la mano de las críticas feministas y académicas al respecto. Luego, describe el avance nacional en las políticas sobre SSR, mostrando los diálogos entre esta normatividad nacional y los avances internacionales en la materia. Así mismo, ubica las principales críticas de la literatura sobre el desarrollo e implementación de las políticas y normas en SSR, de modo que muestra cómo muchos estudios sobre la temática en Guapi y Buenaventura, dos municipios del Pacífico se circunscriben en los argumentos que componen dichas críticas.

Palabras claves: Salud sexual y reproductiva, poblaciones racializadas (afrodescendientes, negras, indígenas), Buenaventura, Guapi, región pacífica, ruralidad.

INTRODUCCIÓN

La región pacífica colombiana se caracteriza por tener una baja densidad poblacional, alta ruralidad —como la forma esencial de su geografía— y una importante riqueza en términos de biodiversidad caracterizada por la presencia del océano Pacífico en sus costas e innumerables ríos que hacen de la pesca y la agricultura las actividades más importantes de su economía. Además, por esa misma razón —la ubicación marítima y fluvial de sus territorios— su característica más sobresaliente es el aislamiento geográfico-social y, consecuentemente, la dificultad para el acceso a ella (Romero, 2009). Así mismo, según el DANE, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) para el 2020 de la región fue del 30,9%.

El Observatorio para la Equidad de las Mujeres (en adelante, OEM) ha realizado desde 2019 una encuesta anual para producir indicadores relacionados con la autonomía de las mujeres en los municipios de Yumbo, Cali, Palmira y Buenaventura. La medición de 2019 mostró que algunos de sus resultados, en especial aquellos relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres de Buenaventura, eran diferentes a los reportados a nivel Nacional. Además, en 2020 y 2021 el OEM realizó dos mediciones sobre la vida de las mujeres y trabajo cualitativo acerca de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Guapi. En un análisis de los datos encontrados en ambas mediciones (Buenaventura 2019 y Guapi 2020) el equipo OEM consideró necesario crear un énfasis de observación y análisis crítico de la situación de Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres del pacífico.

Dos de los argumentos que sustentan la necesidad de profundización son que (i) existe una falta de estadísticas

nacionales y subnacionales en el tema y, especialmente, en poblaciones de la ruralidad dispersa como las presentes en regiones como el pacífico. Este aspecto es fundamental, porque al no reconocerse las particularidades etnicoterritoriales de dichos lugares, muchas veces se plantean políticas públicas que no son eficientes ni eficaces, precisamente por no ser pertinentes. (ii) En esa misma línea, encontramos que existe poca literatura actualizada sobre la situación de Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en el pacífico colombiano.

En el marco de esta profundización sobre SSR en el pacífico colombiano nace el proyecto de caracterización de la SSR de las mujeres en Buenaventura y Guapi. En el desarrollo de este proyecto se propone crear un estado del arte de la cuestión al respecto. Dicho esto, se debe aclarar que el objetivo de este escrito es, fundamentalmente, pedagógico. El mismo se realizó pensando en proponer relaciones posibles entre la literatura que estudia el desarrollo e implementación de las políticas de SSR a nivel nacional, con aquellos estudios que analizan y dan cuenta del fenómeno en estos dos municipios del pacífico colombiano. De este modo, se muestra que las críticas de la literatura existente en términos de la Salud Sexual y Reproductiva pueden ser útiles para dimensionar —de mejor manera— algunas categorías y conceptos que son relevantes a la hora de pensar una investigación al respecto en regiones como el Pacífico colombiano. Para ello, se toma como punto de partida la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre la Salud Sexual y Reproductiva (en adelante SSR) y se verifican las fuentes internacionales de los derechos asociados a ella, así como las principales apuestas latinoamericanas al respecto. A la par, se muestran algunas críticas feministas y de disciplinas sociales sobre el desarrollo de la SSR a nivel internacional, problematizando este asunto. Posteriormente,

explora la literatura respecto al desarrollo de las políticas de SSR en Colombia para mostrar los caminos y modelos que han acogido las políticas públicas de SSR en Colombia. Al llegar a ese momento, se revisan los impactos de las dinámicas de poder supranacionales a nivel nacional, pues pretende mostrar las implicaciones de los acuerdos y compromisos internacionales en el diseño y aplicación de políticas públicas nacionales en SSR.

SSR como un Derecho Humano: la construcción del campo en el marco internacional y algunas críticas feministas al enfoque de las políticas de Salud Sexual y Reproductiva en Latinoamérica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Salud Reproductiva en 1987 como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no una mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Consecuentemente, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria, sin riesgos para procrear, y con la libertad para poder escoger entre hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia” (Cepeda, 2008, pág. 27). Sin embargo, esta definición es producto de consensos y discusiones internacionales que no han sido procesos del todo pacíficos. La literatura al respecto muestra diferencias fuertemente marcadas entre antes y después de 1994, cuando se dio la Conferencia Internacional de Poblaciones y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo (Damian, 2004; Mazarrasa y Gil, 2013; Galdos, 2013; Austveg, 2013, 2011; Boccardi, 2020; Díaz, 2018). Por ello, reconstruir los sentidos y alcances que ha tenido la SSR como campo internacional es importante para la comprensión contemporánea de dicho fenómeno.

El avance en la construcción del campo de la SSR tiene como

fundamento la declaración de Derechos Humanos de 1948. Esto fue producto de las luchas del movimiento feminista para generar directrices internacionales sobre la SSR. Posteriormente, en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de la ONU realizada en 1968, se agregó el primer tema a la agenda en construcción de la Salud Sexual y Reproductiva al consagrar “el número y el momento de las procreaciones (como) derechos de las personas” (CIDH, 1968). Bajo este argumento se generalizó, en los países que asistieron a dicha conferencia, que toda la población (y sobre todo la femenina) debería tener acceso a la información y servicios de salud necesarios para tomar decisiones respecto a la reproducción.

Según Mateo (2017) la historiografía del desarrollo de la SSR plantea que la Conferencia Internacional de Población de Bucarest 1974, es el siguiente espacio internacional de discusión sobre la temática que es relevante estudiar. Lo es, porque ahí se ratificó “la procreación o no”, como derecho de todas las personas y parejas y se aprobó un Plan de Acción Mundial que debía ser ejecutado por los países, en aras de garantizar este derecho. Frente a ello, autoras como Morlchetti (2007) afirman que, para ese momento histórico, las discusiones internacionales se orientaban a limitar el crecimiento demográfico (el boom demográfico latinoamericano) con la finalidad de reducir la pobreza.

Luego, con la creación de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres (CEDAW) en 1979, se reconoció el derecho de las mujeres a (i) contar con servicios de PF (Planificación Familiar) a (ii) la educación, (iii) recibir información en la materia (De Barbieri, 2000). Frente a ello, autoras como Felitti (2008) plantean que bajo las directrices de organismos internacionales -preocupados por el desarrollo

poblacional de los países pobres del Tercer Mundo²- se crearon en Latinoamérica una gran cantidad de programas de promoción de la Planificación Familiar (PF) como forma de encubrir políticas imperialistas de control geopolítico en la región (pág. 518).

Así mismo, las Estrategias de Nairobi de 1985 y la Conferencia Internacional de Población de 1984 (México) abrieron el debate internacional sobre la necesidad de reconocer la agencia de las mujeres para tomar decisiones respecto a su fecundidad, cuestión que es enunciada en tales instrumentos internacionales como base fundamental para el despliegue y goce de otros derechos (Therborn, 2004). Después, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena 1993, se reconoció “la importancia del disfrute de la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida (...), la igualdad de condición y los Derechos Humanos de la mujer” (Viena, 1993; Peláez, 2008; Morlachetti, 2007). Esto quedó fuertemente fundamentado en el punto de discusión número 41 de dicha declaración que expresa “el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar...” (Morlachetti, 2007, pág. 7). Posterior a estos espacios, se dio el giro internacional respecto a la materia.

Ello ocurrió en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (en adelante CIPD) del Cairo 1994. Tal espacio internacional cambió el paradigma de SSR que se venía implementando hasta ese momento a nivel global. Se pasó de “programas verticales de control de la población a una amplia promoción de la salud sexual y reproductiva como parte de los Derechos Humanos, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud y el abordaje de los determinantes sociales subyacentes de este” (Austveg, 2013, pág. 12). En esta conferencia se sustentó, sólidamente, lo imperioso de situar la Salud Sexual y Reproductiva

como un componente indispensable y central de la salud en sentido amplio. De esta forma, las políticas y programas de SSR se extendieron a todo el ciclo vital de las personas (Guzman, 2001). Esto contribuyó a que la SSR fuera catalogada como un asunto de salud pública y, por tanto, a que la agencia principal y tanto ambiente de desarrollo como el de pensamiento de la misma estuviesen centrados y orientados por la medicina. Además, este instrumento internacional marcó la pauta para considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos” (Morlachetti, 2007, pág. 7).

La Conferencia de El Cairo creó y adoptó un programa de acción con duración de 20 años. En este programa se introdujeron contenidos como el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad e información confiable sobre planificación familiar. En la CIPD se debatió el asunto de la SSR y se catalogó como un Derecho Humano (Salazar y Luna, 2013; Marlochetti, 2007). Bajo este nuevo paradigma (i) se sitúa a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción y (ii) se reconoce que la SSR cabe dentro de los derechos humanos, pues desempeña un papel fundamental para el goce de otros derechos y en especial del derecho a la salud. En ese sentido, la atención de la Salud Sexual y Reproductiva se define como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva (que) incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (CIPD, 1994, párr. 7.2).

Al a postre, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de

Copenhague en 1995 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995 ratificaron el compromiso de asegurar la igualdad entre mujeres y hombres, así como la urgencia de tomar medidas que garanticen el acceso universal al más amplio espectro de servicios de salud, incluidos aquellos vinculados a la salud reproductiva (Copenhague, 1995, Compromiso 5.d). Por otro lado, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2000 relativos a la salud materna enfocan la necesidad de redireccionar recursos y esfuerzos sobre SSR hacia adolescentes y jóvenes. Dichos encuentros se enfocaron, principalmente, en “la necesidad de incrementar la difusión de información y educación en materia de salud sexual y reproductiva desde edades muy tempranas, así como de ampliar los servicios para adolescentes y jóvenes a fin de garantizarles el acceso a una salud integral, a una educación de calidad, oportuna y pertinente, y a una vida digna, fomentando sus posibilidades de convertirse en actores estratégicos de su propio desarrollo” (Morlachetti, 2007, pág. 69).

Posteriormente, se crearon otras fuentes internacionales sobre SSR como la recomendación 28 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 2003, la estrategia mundial de salud reproductiva aprobada en la 57^a Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en 2004 y realizada con el fin de acelerar el logro de los ODM y los objetivos de salud reproductiva planteados en la CIPD y la Cumbre del Milenio de 2005. (UNFPA, 2004). Todas ellas postulan que la mayoría de los problemas de SSR en América Latina y el Caribe se relacionan con aspectos como la pobreza y la exclusión, de ciertos grupos, fundamentalmente, porque dichas condiciones se traducen en desigualdades para el acceso a servicios sanitarios. Además, reconocen que las diferencias de clase, raza y orientación sexual hacen que mujeres y hombres

tengan trayectorias de emancipación diferentes y muchas veces esta emancipación o acceso a la ciudadanía plena está relacionada con aspectos de SSR.

Hemos identificado -hasta ahora- el cambio de paradigma en la concepción de la SSR y, en consecuencia, del diseño de programas, planes y proyectos que desplieguen su efectivo goce como derecho. Sin embargo, existen ciertas críticas feministas respecto del desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva en América latina que son importantes considerar. La primera de ellas tiene que ver con el impacto de las políticas supranacionales en los enfoques estatales sobre SSR, debido a que estos consensos entre Estados (representados en convenciones, tratados, pactos, conferencias, recomendaciones, entre otros) han sido adoptados mediante las legislaciones de cada país como fundamentos y deber ser de la SSR. En ese sentido, condicionan las posibilidades de orientación de las políticas públicas, porque se imponen como un marco imperativo de acción. Un marco de orientación respaldado por la legitimidad de los Derechos Humanos, además. Una legitimidad que, por aludir a Derechos Humanos, precisamente, es poco cuestionada. Esto ha sido problematizado por varios teóricos que desde campos como la sociología, economía y ciencia política han planteado diversas formas de entender estas relaciones de poder supranacionales y sus efectos en los Estados. Un efecto importante que menciona la literatura es la alineación ideológica³, aquella en la que las representaciones e imaginarios respecto a una cosa están marcadas por un marco fijo de entendimiento (Cardenas, 2014). Y desde ese punto de vista, se plantea que estos consensos sobre SSR han condicionado el entendimiento de los países sobre el fenómeno, pues delimitan los temas a priorizar, los planes y acciones a ejecutar, entre otros.

³Tomo este concepto de van Dijk (2009) quien observa que las formas de discurso público como lo son las políticas internacionales controladas o producidas por ciertos actores están atravesadas por ideologías particulares, en consecuencia, construyen, perpetúan y legitiman muchas formas de desigualdad social basadas en lo simbólico.

Otra crítica, tal vez la de más largo aliento, tiene que ver con que, desde sus inicios, las reglamentaciones internacionales sobre SSR se centran casi que exclusivamente en la mujer. La crítica no cuestiona el reconocimiento de los derechos de las mujeres para decidir en cuanto al sexo, la sexualidad y la reproducción, sino que hace hincapié en que los acuerdos internacionales sobre SSR, al poner la responsabilidad reproductiva, principalmente, sobre las mujeres desconocen y perpetúan algunas desigualdades que impiden el despliegue efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de las mismas.

Autoras como Boccardi (2020), Barrancos (2011) y Brown (2014) señalan que las feministas latinoamericanas han dado la batalla dentro de sus países y a nivel internacional para que reconozcan que para que las políticas de SSR sean efectivas, la responsabilidad sobre asuntos inherentes a la misma debe ser compartida entre mujeres y hombres. Esto porque en la realidad se contrasta la sexualidad y la reproducción en el sentido de que las expectativas sociales en Latinoamérica expresan un doble rasero moral que es permisivo con los hombres y restrictivo con las mujeres (Herrera y Rodríguez, 2001). Además, Según Population Reports (1998) “desconocer el rol de los hombres en el proceso reproductivo (se traduce en) una pérdida para intervenciones eficaces, sobre todo, porque investigaciones indican que en muchas culturas (latinoamericanas), los hombres (son quienes) toman decisiones sobre la reproducción familiar e inciden en las decisiones de las mujeres” (pág. 3).

Una crítica reciente a las políticas internacionales sobre SSR consiste en que dentro de los países latinoamericanos “las políticas públicas devenidas de este concepto se enfocan en mujeres adultas, heterosexuales, preferentemente con pareja y

en edad de procrear. Además, en temas como la prevención de ITS, el control genito-mamario, la atención antes, durante y después del embarazo. Por tanto, , los varones, las personas no heterosexuales, los niños y niñas, los y las adolescentes, los adultos mayores, tienen muchas más dificultades de ser considerados en el marco de estas políticas” (Brown, 2014, en Mateo, 2019, pág. 6). Lo que se traduce en la negación de un derecho humano, y a la vez fundamental, como la salud -en su esfera del SSR- pero también se expresa en la ineficacia de las medidas sobre SSR en Latinoamérica.

Tendencias de la SSR en Colombia: Análisis y críticas.

La literatura sobre el desarrollo de las políticas públicas de SSR en Colombia es particularmente rica. Ella muestra aspectos que son muy importantes para cualquier investigación sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Es así como dicha bibliografía reseña cuestiones como (i) la construcción de imaginarios respecto a la responsabilidad de mujeres y hombres en los procesos asociados a la SSR, (ii) el rezago en el cumplimiento de objetivos de las políticas sobre SSR en territorios rurales y racializados del país, (iii) las dinámicas socioculturales que permiten dicho rezago y (iv) la responsabilidad estatal, frente al mismo, que parte incluso desde el diseño de la política pública misma. Dichos asuntos son claves para comprender una problemática tan importante para la vida social y política del país. En ese sentido, este apartado pretende hacer tres cosas: en primer lugar, mostrar la forma y el avance de las políticas públicas sobre Salud Sexual y Reproductiva en el país. En segundo lugar, enunciar algunas de las críticas académicas más frecuentes al respecto. Por último y en tercer lugar, exponer cómo algunas de las investigaciones que se han realizado en Guapi y Buenaventura sobre SSR siguen las líneas gruesas de estas críticas al desarrollo de la SSR en Colombia.

La bibliografía señala que entrado el siglo XX y hasta la década de los sesenta, se fomentaban en el país las ideas que predominaban en ese momento en el área internacional. De modo que se impulsó el control de natalidad. Una de las principales acciones de esta política estatal estuvo enfocada en la educación, donde a través de los temas incluidos ocasionalmente en las cátedras de Ciencias Naturales y Salud o de Comportamiento y Salud dictadas en las escuelas la enseñanza se centraba en la

abstinencia (Arévalo y Suárez, 2012; Barrantes y Reyes, 2016).

Así mismo, los autores que han estudiado la SSR en el país señalan que las políticas al respecto sufrieron un cambio en la época de los 90. El giro constitucional de 1991 y la creación de la Corte Constitucional son consideradas una fuente importante de la transformación, pues a partir de ahí se articulan derechos y consideraciones internacionales como la inclusión de las convenciones feministas CEDAW y BELÉM DO PARÁ a las políticas estatales sobre SSR. Además, se marca un hito en términos de educación sexual, ya que se contemplan los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) como derechos fundamentales y derechos sociales, económicos y culturales (DESC), lo que hizo imperativo para el Estado dar acceso a la información al respecto, y qué mejor forma de canalizarlo que a través de la enseñanza. Así, muchos de los Derechos Sexuales y Reproductivos propuestos por la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, /1994, fueron recogidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional (Arévalo y Suárez, 2012; Díaz, 2018).

A partir de 1990⁴, el Estado colombiano impulsó varios esfuerzos para la atención de factores relacionados con la SSR. Esto sucedió luego de la implementación de las primeras Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS), que se desarrollaron como parte de los compromisos de los países latinoamericanos con la medición del crecimiento demográfico de la región. Para ese entonces las cifras mostraban índices preocupantes asociados al fenómeno del embarazo adolescente. Es así como la literatura muestra que existió “un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que (fueron) madres (17% en 1995 y 19% en el 2000), porcentaje que es considerablemente superior entre las adolescentes de las zonas rurales (26%) y aún mayor entre las

adolescentes en situación de desplazamiento (30%)” (Paredes et al, 2000, pág 6). Al respecto, Prieto (2012) señala que el indicador de fecundidad adolescente calculado con respecto a las seis Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) hechas entre 1986 y 2010, evidencian un aumento respecto a la fecundidad adolescente en esas décadas. Desde entonces, el embarazo adolescente se problematiza como un aspecto fundamental a tratar en las políticas estatales sobre SSR.

Para el 1992, autores como Londoño y Arango (1992) afirman que el Ministerio de Salud lanzó la política de salud para las Mujeres **“Mujeres para la salud”**. Este esfuerzo buscó dar un nuevo enfoque al rol de la mujer, ubicándola en el centro de las decisiones reproductivas y poniendo mayor énfasis en la responsabilidad de estas respecto a la procreación. Esto hace eco de la crítica planteada por Boccardi (2020), Barrancos (2011) y Brown (2014) al desarrollo de la SSR en el plano internacional, toda vez que se observa cómo en el nivel nacional se reproducen estas mismas orientaciones sobre políticas en SSR que vuelven la responsabilidad sobre la reproducción exclusivamente en las mujeres.

Así mismo, la bibliografía señala que para 1993 el Ministerio de Educación Nacional (MEN) clasificó como obligatoria la educación sexual en las instituciones educativas a través de la Resolución 335. Ello fue importante, porque constituyó un hito en términos de acceso a la información sobre sexualidad y reproducción de los NNAJ. Esta norma se convirtió, a su vez, en la fundamentación del Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES) del mismo año, que permitió que se incorporaran de manera transversal los conocimientos sobre SSR en los currículos escolares del país. Cuestión que fue reforzada por la Ley general de

Educación y el Decreto Reglamentario 1860 de 1994 posibilitan la enseñanza de la educación sexual a través de proyectos pedagógicos transversales.

En Colombia, el gobierno nacional -a través del Ministerio de la Protección Social- hizo pública la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el año 2003. Dicha política es considerada en la literatura como la reglamentación de la CIPD 1994 en Colombia, dado que traslapa los enfoques de dicha conferencia a las políticas públicas colombianas. Estos enfoques fueron: la maternidad segura, la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes, el asunto del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS y el SIDA, además de la prevención de la violencia doméstica y sexual (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2003). “Otros aspectos de la política incluyen la no prohibición de relaciones sexuales para los mayores de 14 años siempre y cuando sean relaciones establecidas libremente” (Ríos, 2008, pág. 15). Además, se menciona que los servicios de SSR dirigidos a los adolescentes deben contar con unas características mínimas como son: acceso a información, servicios y suministros, privacidad, confidencialidad, elección informada, autodeterminación, igualdad y no discriminación (Arévalo y Suárez, 2012). Y, según afirma la mayor parte de la literatura sobre SSR, en Colombia hay un enfoque que privilegia las acciones con respecto a la procreación sobre otros factores de la Salud Sexual y Reproductiva.

Posteriormente, en el 2012, se diseñó y creó el documento del Consejo Nacional de Política Pública (CONPES Social) 147 de 2012 que recoge los lineamientos para desarrollar una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes

en edades entre 6 y 19 años. Dicho instrumento se centra en estrategias educativas que permitan la enseñanza de la sexualidad como un factor fundamental y de incidencia positiva en la prevención-reducción de embarazos adolescentes.

Luego, en 2014 el gobierno nacional lanzó la Política Nacional De Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014 -2021, como respuesta a los postulados que el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021. Dicha norma incluye la generación de política pública con enfoque diferencial y de género que promueve la participación de organizaciones de la sociedad civil en su formulación (Castro, 2019).

Ahora bien, existen críticas en la literatura que son concernientes al desarrollo de la SSR en Colombia que vale la pena explorar. Autores como Murillo (2015) señalan que para analizar las políticas de SSR en Colombia es importante entender al Estado y el despliegue de su poder desde un enfoque cultural. Es decir, que el análisis de las políticas públicas sobre el tema debe pasar por verificar los sentidos y significancias que adquiere la SSR desde el diseño de dichos instrumentos legales. Pero también, que debe pasar por verificar el accionar humano a la hora de la implementación de la misma, así como las cuestiones operativas y la eficacia o ineficacia de dichas políticas públicas.

En el desarrollo de este trabajo se identificaron cuatro grandes metadiscursos académicos que se constituyen como críticas fundamentales al desarrollo de las políticas sobre SSR en el país. A continuación, se hará una descripción de los argumentos que los componen, la enunciación de los diferentes autores que han seguido estas líneas y sus aportes al campo de la investigación en SSR. Finalmente, para aterrizar esto a lo que es de interés para

este escrito, analizaremos su aplicación en contextos como el pacífico, vinculando algunas de las investigaciones realizadas sobre la SSR en Guapi y Buenaventura. Ello se hará mostrando cómo estas investigaciones en territorio se circunscriben en estas críticas toda vez que utilizan categorías analíticas, lugares de enunciación y demás que permiten posicionar fenómenos y aristas del asunto como cuestiones de interés a la hora de investigar sobre la SSR en el Pacífico Colombiano.

El primer meta discurso que se encuentra al revisar la literatura sobre la efectividad de la PNSSR de 2003, el PDSP y la PNSDSDR es una reflexión relacionada con las disimilitudes entre los centros urbanos y la ruralidad respecto a la garantía, acceso y disfrute efectivo de DSYR y la SSR. Así, por ejemplo, hay estudios que muestran que el porcentaje de mujeres madres adolescentes y adolescentes en estado de embarazo en la ruralidad dispersa de Colombia es mucho mayor en comparación con el de la zona urbana. Algunos autores afirman que esta disparidad obedece a que la política de SSR de 2003 y 2012 se concentra particularmente en los centros urbanos y que existe una carencia de acciones/propuestas que comprendan las disimilitudes de la ruralidad. Una ruralidad que es a la vez, en muchos casos, racializada y donde hay mayores dificultades para el acceso a los servicios, como es el caso de “las mujeres deben trasladarse hasta los municipios para la entrega de los métodos anticonceptivos y donde la cobertura de proyectos de educación sexual en los colegios es más deficiente en comparación con las zonas urbanas” (Prieto, 2012, pág 54).

Esta crítica se fundamenta esencialmente en un llamado de atención por la reflexión sobre las dinámicas territoriales y regionales. Y es que pensar en la SSR de las mujeres del pacífico

colombiano implica aproximarse a lo regional, lo territorial para algunos autores. Un submundo diferente del ámbito nacional e internacional. Lo es, porque tanto la geografía como los procesos históricos, sociales y culturales de las regiones les confieren características disímiles de comparar con otros territorios y poblaciones. Ello hace que los retos y posibilidades sean diversos y en muchos casos bastante particulares.

Dicha categoría nos obliga a mirar los procesos regionales desde una perspectiva crítica. Para el caso de la región pacífica, la literatura refiere que -como otras regiones- se ha visto atravesada por la exclusión de la Nación y la presencia diferenciada o ausencia del Estado. Así, algunos autores han señalado las condiciones de abandono estatal en esta región y han concluido -algunas veces- que se trata de la manifestación del racismo sistemático o incluso de la expresión clasista y racista de una Nación que no acoge a todos sus ciudadanos (Martínez et al, 2021; Hernan, 2015; Melo, 2021; Cetré, 2018; Vergara, 2016; Wills, 2015).

Otros autores como Gutiérrez (2015), González (2015) y Blanco (2019) hablan de una presencia escasa o diferenciada del Estado en regiones como el pacífico. El argumento principal de estas posturas se elabora a partir de dos aspectos puntuales que muestran que el Estado está presente en el pacífico colombiano, aunque de forma incipiente. El primero de ellos tiene que ver con que existe un reconocimiento de la división territorial, que comprende el reconocimiento de los departamentos y municipios de la región y la adjudicación de presupuesto a las dependencias estatales en el territorio. El segundo, que se desprende de esta cuestión, es la presencia de las entidades mínimas que representan el poder del Estado distribuidas en las ramas tradicionales (Judicial, legislativo, ejecutivo), que se encuentran de

forma desconcentrada y/o descentralizada en los municipios. Sin embargo, reconocen que los procesos socioculturales que han atravesado la historia de estos territorios han implicado efectos particulares en relación con el funcionamiento de estas entidades. Ahí cobran relevancia aspectos como la menor asignación presupuestal y la poca inversión social que se traducen, por ejemplo, en que los índices de satisfacción de vida digna en esta región sean de los más bajos de todo el país⁵.

En ese sentido, la perspectiva territorial nos obliga a pensar que si bien los territorios que conforman la región pacífica comparten ciertas características (como el patrón de población racializada más grande del país, una alta biodiversidad, asentamientos altamente rurales, el desarrollo de actividades económicas ligadas a la tierra y a los cuerpos de agua) además, que ha sufrido las consecuencias de fenómenos sociales como el conflicto armado y un rezago por la presencia diferenciada del Estado, los mismos territorios son disímiles entre sí. Es decir, no obedecen a las mismas lógicas sociales, producto de sus procesos de desarrollo histórico y sociales propios. De forma que pensar el desarrollo de la SSR en el pacífico significa distinguir esta región del resto del país, por sus múltiples características y fenómenos comunes, pero amerita guardar la debida prudencia a la hora de extrapolar percepciones o ideas sobre la homogeneidad de la región, en obediencia a las diferencias entre sus mismos territorios

Así, señalar las diferencias entre un territorio y otro es importantísimo para ponderar los procesos investigativos en lugares del pacífico. Por ejemplo, en términos administrativos del Estado, existe una diferencia sustancial entre Buenaventura y Guapi, ya que el primero es un distrito especial, lo que le permite

⁵Ambas posturas giran alrededor de una percepción sobre el Estado que es generalizada en el pacífico y en otras regiones y territorios colombianos. Además, apelan a la sensación de orfandad frente a un Estado/Nación que no cobija a sus ciudadanos y territorios. Esta noción explorada por múltiples autores entre los cuales se encuentran Buchely (2013) y Alegría (2017) es particularmente importante para los estudios en ciencias sociales. Y se refuerza cada vez que las políticas públicas nacionales e incluso las locales no responden a las necesidades propias de su población.

una mayor autonomía presupuestal y de gobernanza, frente al segundo, que es un municipio de sexta categoría, lo que se traduce en márgenes menores de adjudicación de presupuesto nacional y de autonomía sobre las decisiones presupuestales y administrativas. Otro factor para considerar es la geografía, que influye en las dinámicas transaccionales entre estos territorios y los gobiernos centrales. En ese sentido, es observable cómo Buenaventura tiene entradas desde el mar y conexión hacia el interior del país por vía carretable, mientras que Guapi solo a través de transporte aéreo o conexiones fluviales. Así mismo, Buenaventura es reconocida como una ciudad-puerto, el puerto más importante de Colombia —además—, mientras que Guapi es el segundo municipio más importante del Cauca, pero no representa en términos económicos lo mismo que Buenaventura, ni en su departamento, ni para el país.

La segunda crítica se relaciona con las significancias culturales que producen las políticas públicas de SSR sobre categorías como sexualidad juvenil, sexo, aborto, embarazos deseados o no (Suárez, 2007; Aponte y Monroy 2008; y Noguera, 2012). Ello se fundamenta en dos cuestiones. En primer lugar, en que el lenguaje -aunque técnico- produce o esconde “estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, de forma que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida de las personas” (Tejedor y Rodríguez, 2019, pág 54). En segundo lugar, porque este lenguaje se universaliza aun cuando es resultado de las interlocuciones entre burócratas del Estado y personas de la clase media y alta de las urbes colombianas. En ese sentido, la voz que se manifiesta en las políticas públicas de SSR es la voz de mujeres y hombres, muchos de ellos profesionales de salud, blancos,

heterosexuales y de clase media, ubicadas en las grandes ciudades. Estos puntos muestran un reclamo que surge desde el campo de los estudios culturales y que rechaza la universalización como única salida de las formas del Estado, modelo que es, por supuesto, el utilizado para el diseño y aplicación de las políticas públicas y en el derecho en general.

En ese sentido, Tovar (2019) hace una crítica a la poca pertinencia étnica y generacional de los programas y políticas nacionales sobre SSR. Para hacerlo se enfoca en visibilizar la voz de las y los jóvenes y adolescentes de Guapi, sobre sus percepciones, sentires y pensamientos respecto a qué deberían responder dichos programas. La autora en este trabajo muestra al menos dos cosas imprescindibles: que en temas de sexualidad en Guapi deben tenerse en cuenta la fuerte carga que los roles de género y a las ideas sobre el amor, bien sea romántico o no, tienen sobre la misma y que en términos investigativos la SSR en este territorio se circunscribe a las relaciones sexuales y sus consecuencias (embarazo/anticoncepción, ITS).

Así mismo, autores como Oliveros (2013), Carvajal, Valencia y Rodríguez (2017) proponen la voz de la juventud en los territorios como un lugar de enunciación válido, que necesita ser escuchado para comprender las dinámicas de la SSR en Buenaventura. Lo hacen mostrando que los factores asociados al aumento de los embarazos adolescentes en Buenaventura son esencialmente: (i) el inicio temprano de relaciones sexuales, (ii) el no uso de métodos anticonceptivos al iniciar la vida sexual, (iii) el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas en las experiencias sexuales. Adicionalmente, Quintero y Valencia (2014) dicen que hay una predisposición al contacto sexual temprano entre los jóvenes del puerto. También que los grupos de amigxs y compañerxs se

presentan como espacios de socialización propicios para el intercambio de ideas y acciones sobre la sexualidad y que tienen una fuerte influencia en dinámicas que la juventud asume sobre su salud sexual y reproductiva. Del mismo modo, muestran que el acceso a medios y el nivel académico, en sí mismo, constituyen un factor importante en la transformación de dichas dinámicas de sexualidad juvenil.

La tercera, pero no menos importante, está ligada con el ejercicio de la biopolítica. Autoras como Murillo (2015), Muñoz (2020), Pedraza (2014) Viveros (2004) y autores como Cancino (2020) y Melo (2013) cuestionan las políticas de SSR a través investigaciones que ponen el foco sobre procedimientos de biopolítica que se ejercen a través de dichos instrumentos jurídico-políticos. Es decir, muestran por medio de casos concretos y diversos como las políticas públicas sobre SSR (que cargan un alto componente de incidencia sobre la procreación o no) terminan traducándose en instrumentos de homogeneización de las prácticas y creencias sobre los cuerpos, la maternidad, la población entre otros aspectos que se relacionan con la SSR. Cuestiones que se traducen en formas de control de poblaciones específicas (a saber: poblaciones racializadas, pobres, rurales).

Bajo esta mirada, Posso (2010) analiza cómo la construcción de la maternidad en Colombia ha seguido la tradición de las construcciones sociales de occidente, de este modo, muestra que la biología, el psicoanálisis y la medicina han sido las principales ramas del conocimiento que han influenciado las lecturas y discursos oficiales o estatales sobre asuntos de la SSR como la maternidad y la sexualidad. Así mismo, plantea que, sumado a estos discursos biologicistas, las políticas de SSR en Colombia solo han reconocido el locus narrativo (la voz) de las mujeres blancas,

heterosexuales de clase media. Lo que termina traduciéndose en políticas públicas que parten desde una concepción mayoritariamente científica y que reconocen sólo los factores sociales de una población muy específica. Con esos argumentos, ubica las voces de las mujeres negras del pacífico (Buenaventura, Guapi, Tumaco, entre otras) para mostrar cómo la SSR se vive de manera diferente en el pacífico, tanto así que las preocupaciones estatales al respecto, devenidas de lo internacional, no son siquiera las mismas preocupaciones de estas comunidades. Las mujeres en Guapi y Buenaventura resisten a través de las familias extensas, tener una familia numerosa es luchar por la vida en territorios marcados por el conflicto armado (Posso, 2010). Las mujeres de estos territorios piden a gritos “que las dejen parir en paz”. Una cuestión que entra en coalición con los planes y programas que rigen la Nación colombiana en términos de SSR.

En último lugar, está una crítica a las políticas de SSR en Colombia que se relaciona con el desconocimiento del funcionamiento multidimensional de los determinantes socioeconómicos de la salud. Es así como la bibliografía señala que “los indicadores relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva reflejan que la población vulnerable es la más afectada por bajo nivel de escolaridad, la pobreza y la ubicación en zonas marginales rurales y urbanas, el desplazamiento forzado y la residencia en lugares de conflicto, la baja cobertura del Sistema General Seguridad Social en Salud (SGSSS)” (Prieto, 2012, pág. 16), y que de ellos, la educación de la mujeres es la variable con más efectos sobre el hecho de quedar o no en embarazo, dado que afecta la posibilidad del ascenso social a través del trabaja cualificado, pero también limita las ideas que puedan tener las mujeres sobre la maternidad y la fecundidad (Flórez, 1994). Por eso, autores como Marrugo et al (2004), Morales (2010), Flórez (2005) y Flórez et al

(2004) insisten en que los determinantes sociales que inciden en la Salud Sexual y Reproductiva son focalizados, es decir, que no se presenta de la misma manera e intensidad en los diversos lugares del territorio nacional. En ese sentido, la falla de las políticas públicas nacionales reside en que no han estado focalizadas ni han entendido las diferencias contextuales de un país pluriétnico y multicultural.

En esta línea se inscribe Soto (2016), quien -describiendo un trabajo de campo de 2010-2012- muestra que la razón de mortalidad materna en Buenaventura duplica y hasta triplica el indicador nacional de esas fechas. Explica, además, que asuntos como la distribución geográfica de la violencia ejemplificada en las fronteras invisibles o los toques de queda ilegales marginaliza a las personas y se postula como un obstáculo para el ejercicio de derechos como la libre locomoción y por ende al ejercicio de los DSyR. Dicha situación se constituye en un impedimento social que imposibilita el acceso de las mujeres gestantes al servicio de salud.

Así mismo, la apuesta investigativa de Girón et al (2006) muestra que la no afiliación a salud, el bajo nivel educativo, la ruralidad y el nivel socioeconómico son los principales determinantes sociales que afectan el uso de los servicios de salud materna en el litoral pacífico. Para el caso de Buenaventura resaltan que la violencia en los barrios y comunas, factores como las fronteras invisibles imposibilitan el acceso a los servicios de SSR. Para Guapi, lo que más imposibilita el acceso a estos servicios sanitarios es la distancia entre la cabecera y la ruralidad extendida, de la mano de la presencia de actores armados en estas poblaciones, asunto que se enmarca en el conflicto armado. De este modo, ambos trabajos muestran que existen fenómenos sociales complejos que -sumados a la impertinencia en el diseño

de las políticas públicas sobre SSR- imposibilitan la efectividad y eficacia de los planes, programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en el pacífico colombiano.

Conclusiones.

La Salud Sexual y Reproductiva ha sido una cuestión ampliamente debatida y estudiada en América Latina. En Colombia ha corrido la misma suerte. Por eso la construcción de este marco analítico no pretendía englobar la diversidad de apuestas de estudios que rodean un tema de tal envergadura. Sin embargo, realizar dicha revisión aporta en diferentes sentidos al campo. Primero, porque nos permite reconocer las líneas de acción que los Estados, en el caso el colombiano, siguen para el diseño y aplicación de políticas públicas de SSR. Es así como en el análisis de las políticas mismas y de los estudios sobre su efectividad se constató que los lineamientos del Estado colombiano han correspondido siempre con las discusiones y mandatos de la esfera internacional en diferentes momentos históricos. Lo ha hecho, porque es observable cómo las políticas públicas reproducen los discursos enunciados por los instrumentos internacionales.

Ahora bien, es cierto que recientemente tanto a nivel internacional como nacional las apuestas de política pública sobre SSR han intentado integrar a actores como los hombres heterosexuales, las personas diversas, los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Sin embargo, dichas políticas internacionales se han enfocado particularmente en las mujeres, además de abordar la SSR como un asunto de salud pública. De este modo, han permitido que ciencias como la biología y la medicina posicionarán sus discursos en dichos planes y programas, lo que se ha traducido en que los estudios -al respecto- sean orientados desde los espacios de salud y no correspondan a la integralidad de factores que se relacionan con el fenómeno.

En ese mismo sentido, una de las críticas constantes al diseño e implementación de las políticas de SSR en Colombia es su desconexión con las realidades de los territorios diversos y plurales del país, cuestión que gran parte de la literatura ubica como el primer generador de ineficacia de estas herramientas normativas. Las mujeres, jóvenes, racializadas, pobres, habitantes de la ruralidad y demás sectores segregados poco han sido integrados en la formulación y puesta en marcha de dichas políticas. Siempre las necesidades, imaginarios y formas de las ciudades y mujeres (blancas y de clase media) son aquellas que referencia los proyectos que ha adoptado el Estado colombiano. Esto es problemático porque impone unas lógicas impertinentes a la hora de tratar temas de SSR en poblaciones como el pacífico.

Referencias

Acevedo Pulecio, H. L., Buitrago Sánchez, L. E., Escamilla García, L. C., Arias Arévalo, S., Alegría Ruiz, N. G., Camacho Claro, I., ... & Ulloa, N. (2019). EntreLazadas (Relatos de historias compartidas). Aguado Quintero, L. F., Girón Cruz, L. E., Osorio Mejía, A. M., Tovar Cuevas, L. M., & Ahumada Castro, J. R. (2007). Determinantes do uso dos serviços de saúde materna no Litoral Pacífico Colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 5(1), 233-281.

Agudelo,A., Duran,G., Y Aguilar,N. (2021).Estrategia de redes y alianzas para el logro de las garantías sociales de las mujeres víctimas de explotación sexual en el marco del conflicto armado colombiano. Caso Petra Mujeres.(Trabajo de grado). Corporación Universitaria Minuto de Dios, Bogotá – Colombia.

Alegría, N (2017) Estado fallido; reflexiones sobre la melancolía y la aplicación de conceptos foráneos (ensayo inédito). Universidad Icesi, Cali.

Análisis de las inversiones e incidencia de beneficiarios: sector salud del distrito de Buenaventura. Valencia Valenzuela, William (2019)

Arévalo Herrera, C y Suárez Fuentes, R. (2012). Políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: experiencias en Brasil, Chile y Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10426/catalinaarevaloherrera.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Austveg, B. (2011). La perpetuación del poder: algunas razones del estancamiento de la salud reproductiva. Repolitizar la

salud y los derechos sexuales y reproductivos, 19(38), 15.

Barrancos, D. (2011). Género y ciudadanía en la Argentina. Iberoamericana. *Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 41(1-2), 23-39.

Barrantes, L. J., & Reyes, L. S. (2016). ¿ Políticas de educación sexual en Colombia entre 1980-1990? Una mirada a las prácticas discursivas alrededor de la educación sexual en Colombia desde la historia. *Biografía*, 9(16), 105-111.

Boccardi, F. (2020). Lo sexual y lo reproductivo: Una genealogía de las definiciones de sexualidad en la arena discursiva internacional de los derechos. *Kairos: Revista de temas sociales*, (46), 1.

Borrero, M. C. M. ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA, 1992-2006. INVESTIGACIÓN EN SALUD COLECTIVA.

Brown, J. L. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales*, Bs. As., Teseo.

Buchely, L. (2013). *La melancolía y el estado. Reflexiones desde el psicoanálisis aplicado*. Recuperado de: http://www.icesi.edu.co/moodle/pluginfile.php/235271/mod_resource/content/1/Buchely-%20Melancol%C3%ADa.pdf

Buenaventura: Ciudad-puerto o puerto sin ciudad. Díaz Vargas, Álvaro Hernán (2015)

Campo, D. (2006). "Estudio sobre el ciclo reproductivo (sexualidad, embarazo, parto y puerperio) y su relación con la mortalidad neonatal en Guapi". Tesis de grado en antropología. Universidad del Cauca.

Cancino Barreto, J. (2020). Biopolítica, corporalidades y sexualidad: un estudio del VIH y el embarazo adolescente en los programas de salud sexual y reproductiva del Estado colombiano (2003-2018).

Cárdenas, Camila. (2014). Juventud e (in)visibilidad histórica: modos de representación ideológica de la juventud chilena en el pasado reciente (1970-1990). *Revista signos* , 47 (85), 217-244. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09342014000200004>

Castro Díaz, M. (2019). Entre políticas, sentencias y derechos: lógicas de la construcción de la salud sexual y reproductiva en Colombia (2006-2014).

Ciudades intermedias del litoral pacífico colombiano:Revisión de literatura, brechas estructurales y complejidades económicas y sociodemográficas. Moises Cetré (2018)

Damián, G. E., & Paredes, L. P. (2004). La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. *Sociológica*, 19(54), 125-153.

De Barbieri, T. (2000). Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos. *Revista mexicana de sociología* , 45-59.

Delgado Penagos, P. A. Incidencia de la pobreza en Colombia: un análisis para los municipios del andén pacífico [Recurso electrónico] (Doctoral dissertation).

Díaz, L. J. A.(2018). Las mujeres y la salud sexual y reproductiva. Recuperado de https://web.archive.org/web/20211010174013id_/https://uabjo.slm.cloud/Documents/Articles/file_5f32d44cba301976bba5f0a7e5e97527

Elías Salazar, M. A., & Luna García, A. P. (2013). Perfil de salud sexual y reproductiva en la adolescencia en México: caso bachillerato de la Universidad Autónoma de Zacatecas, Programa 3, Frenesillo. In VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Felitti, K. (2009). Derechos reproductivos y políticas demográficas en América Latina. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (35), 55-66.

Felitti, K. (2012). La revolución de la píldora. Sexualidad y política en los sesenta, Bs. As., Edhasa.

Flórez Nieto, C. E. (1994). Los grupos de alta fecundidad en Colombia, 1990.

Flórez, C. E. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(6), 388-402.

Flórez, CE, Vargas, E., Henao, J., González, C., Soto, V., & Kassem, D.

(2004). Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Documento Cede , 31 .

Galdós Silva, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la sustentación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Revista peruana de medicina experimental y salud pública , 30 , 455-460.

Gamboa, E. & Jiménez, R. E. (2019). Causas de solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo en la población indígena afiliada a la AIC EPS-I Departamento del Cauca. 2017 y 2018 [Tesis de especialización, Universidad EAN]. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10882/9569>.

Giraldo Duque, Y, López Ramírez, J y . (2019). La Partería Tradicional Afro del Pacífico colombiano como patrimonio cultural y la importancia de sus prácticas de comunicación. Universidad Autónoma de Occidente.

Granja Quiñones, W, Grueso Valencia, L y Riofrío Bonilla, A. (2019-03-28.). Embarazo en adolescentes del Distrito de Buenaventura. Cambios en la estructura familiar.

Gutiérrez, A. B. (2003). La construcción social de la pobreza. Un análisis desde las categorías de Pierre Bordieu. *Anduli*, 2, 29-44.

Guzmán, J. M., Contreras, J. M., & Hakkert, R. (2001). La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe. *Burak SD Adolescencia y juventud en América Latina Costa Rica: LUR*, 391-424.

Herrera, G., & Rodríguez, L. (2001). Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. *Masculinidades en Ecuador*, 157-178.

Lucumí Moreno, E. M. (2013). Mujeres víctimas de violencia sexual en el contexto de Buenaventura: una mirada a las formas de subjetivación.

Marrugo, M., Reason, F., Daguer, D., De la Hoz, C., & Bol, L. (2005). Salud sexual y reproductiva: diagnóstico en la costa caribe colombiana. *Psicogente*, 7(12). Recuperado a partir de <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1110>

Martínez Tovar, J. A., Pomares, D., Sierra, M., & Martínez, M. G. (2021). RACISMO Y SEGREGACIÓN EN COLOMBIA: SALUD, EDUCACIÓN Y TRABAJO EN LA POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE DEL PACÍFICO. *Trans-Pasando Fronteras*, (16).

Mateo, N. (2017). Los debates conceptuales respecto de la salud sexual y reproductiva: ¿ un problema de derechos humanos?. *Trabajos y comunicaciones*, (46), e040-e040 <https://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe040/8875>

Mazarrasa, L., & Gil, S. (2013). Salud sexual y reproductiva. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

Melo, M. E. I. (2021). LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN BUENAVENTURA. UNA LÍNEA DE BASE. La intervención social en

Buenaventura. Aprendizajes y retos, 45.

Moncada, P. (2008). LOS ESTADOS FALLIDOS O FRACASADOS: UN DEBATE INCONCLUSO Y SOSPECHOSO. Recuperado de:

http://www.icesi.edu.co/moodle/pluginfile.php/235275/mod_resource/content/1/Estados%20Fallidos-%20Moncada.pdf

Morales-Borrero, M. C. (2010). Lo político de las políticas de salud sexual y reproductiva para jóvenes en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(19).

Morlchetti, A. (2007). Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. *Notas de población*. Recuperado de

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12828/np85063095_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Muñoz Cortes, J. (). *Déjame Parir en Paz: Análisis (Auto)Etnográfico del Movimiento Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva ¿Las Bien Paridas¿*. Universidad de los Andes.

Murillo Moreno, A. M. (2015). *Sexualidad de papel y cinta: revisión de la política pública de salud sexual y reproductiva caso Colombia (2003), documento de trabajo caso Bogotá (2004-2007) y el Conpes 147 (2012)*.

Navarro Valencia, M. C. (2009). Uniones, maternidad y salud sexual y reproductiva de las afrocolombianas de Buenaventura. Una perspectiva antropológica. *Revista Colombiana De Antropología*, 45(1), 39–68. <https://doi.org/10.22380/2539472X.984>

Noguera Vargas, C. (2012-10-19.). Imágenes de la mujer en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Colombia, 2003 – 2006.

Pantoja Barco, Rosita Andrea. Guapi: actores, territorio y conflicto: formas políticas y simbólicas de construcción espacial 1991-2007. Quito, 2007

Peláez Mendoza, J. (2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. Revista cubana de obstetricia y ginecología, 34(2), 0-0.

Perlaza Aguiño, A y . (2013-11-05.). La Tomaseca: Una práctica cultural de mujeres afrocolombianas en el municipio de Guapí Cauca.

Quiceno, J. L. P. (2010). Las transformaciones del significado y la vivencia de la maternidad, en mujeres negras, indígenas y mestizas del suroccidente colombiano. Sociedad y economía, (18), 59-84.

Quintero Murillo, E y Valencia Poveda, L. (2014.). Percepciones acerca de la sexualidad construidas por jóvenes de la Universidad del Valle, Sede Pacífico, Distrito de Buenaventura, en el año 2012. Universidad del Valle.

Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., ... & Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gaceta Sanitaria, 14(2), 146-155.n

Romero, J. (2009). Geografía económica del Pacífico colombiano

(Vol. 116). Banco de la República.

Segura, H. Torres, D. Ruiz, M. (2020). Aproximación a los desafíos de la intervención psicosocial en escenarios de posconflicto: el caso de la comunidad del municipio de Guapi – Cauca.

Soto Mora, B. (2016). Análisis cualitativo de las muertes maternas en Buenaventura 2010 - 2012 con enfoque de determinantes sociales y equidad.

Therborn, G. (2004). Familias en el mundo. Historia y futuro en el umbral del siglo XXI. En: Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces-LC/L. 2230-P-2004-p. 21-41.

Tovar Tovar, P. A. (2019). Un día en la vida cotidiana de las y los jóvenes en Belalcázar, Guapi y Silvia Cauca. Revista Científica Sabia, 5(1). pp. 20-32. Doi: <https://doi.org/10.47366/sabia.v5n1a2>

Van Dijk, T. A. (2009). Discurso y poder. Barcelona: Gedisa.

Yon, C. (2013). Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina.