

Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres adolescentes de las comunidades de Veneros, San José y Tunzará del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas.

Sara Ortiz Ospina
Trabajo de Grado para optar para título de Antropóloga

Asesora
Erika María Valencia Cortés
Antropóloga, Magister en Salud Colectiva

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Departamento de Antropología
Medellín
2017



A mi madre y a toda la gente que sueña y trabaja por un mundo mejor.

“Siempre hay que estar atizando el fuego, que nunca se apague”

*-Mayor
Don Benjamin*

Agradecimientos

Nunca hubiera podido haber hecho este trabajo sola. Conmigo muchas personas, con paciencia y cariño me han acompañado, regañado, empujado, atado, enseñado... Este trabajo de grado ha sido un aprendizaje que me cuestiona y reta tanto como persona como investigadora. Por eso quiero agradecerles con mucha sinceridad, cariño y respeto.

Uno se forma en investigación en gran parte en la práctica, y la práctica la tuve gracias a tantas personas en el Resguardo Indígena San Lorenzo que me acompañaron y me apoyaron con su amistad, paciencia y confianza en este trabajo académico, personal y organizativo. Con ellos y ellas, trabajando, cocinando, recochando, debatiendo, tomando fotos, haciendo programas de radio, estudiando, caminando por su territorio, participando en convites, en las reuniones del cabildo tuve la oportunidad de conocer la historia de un pueblo llena de injusticias, de lágrimas, de discriminación pero que se paró con fuerza, se formó y recuperó su tradición de resistencia y fortaleció su dignidad.

Para empezar, no hubiera podido aprender tanto sin haber compartido con Erika, lideresa que me abrió las puertas de su casa, de su familia, de su territorio y con quien, a pesar de todas las tormentas, empezamos a construir con nuestros conocimientos, experiencias, críticas, discusiones, retroalimentaciones una amistad y un trabajo colectivo que espero duré mucho tiempo. Recuerdo que hace 3 años me decía que no es sólo investigar por investigar, sino transformar, y me seguía insistiendo: escucha las historias de la gente y déjate cambiar. Y esto fue fundamental para mi formación y para este trabajo. Las primeras historias que escuché fueron las de las jóvenes de San José, Veneros y Tunzará, quienes después conformaron el Grupo Mujer, Comunicación y Liderazgo. El trabajo con ellas, las caminatas, sus fotografías, sus inquietudes, sus sueños, me ayudaron a dirigir este trabajo. Por eso gracias a todas, Edilia, Oliva, Lorena, Angie, Adriana, y muchas otras. Tuve también la oportunidad de contextualizar esta historias participando y apoyando en el proceso de mujeres, compartiendo historias con las madres y abuelas de las jóvenes. Muchas me abrieron las puertas de sus casas y de sus corazones con sus duras historias de vida y su ejemplo de perseverancia y fuerza: la lideresa Yanet Tapasco, con su ejemplo de entrega y su amor por el estudio, el grupo de Mujeres de San José, del Porvenir, y varios grupos de adulto mayor. Las historias de estas mujeres, compartir con ellas me hizo mucho más fuerte y consciente de mi trabajo.

Al mayor Don Benjamin, siempre pendiente de mí compartiéndome sus experiencias, su risa y conocimiento ayudándome a comprender un poco más la historia del Resguardo y a conocerme como persona, al mayor Silvio, quien nunca ha dejado de trabajar por la organización que vio crecer, a Leonel, Luz Mila y su familia, quienes me abrieron las puertas de su casa y son un ejemplo de liderazgo, entrega y lucha por encontrar la coherencia tanto en la familia como en el trabajo organizativo. Y a mucha más gente del Resguardo como los San Lorenzeños de la Universidad de Antioquia quienes me compartieron parte de su historia, me ayudaron a seguir aprendiendo y a hacer natillas y a compartir la palabra en la mitad de la ciudad, Angela, Nacho, Edith, Laura... Gracias.

A mi hermosa familia quien me ha enseñado la disciplina, el respeto, el cariño y siempre a hacer las cosas bien y con amor. Mi madre, que nunca me ha dejado sola, siempre acompañándome a

cualquier hora con paciencia en mis locuras, y aconsejándome con su sabiduría. Ella es un ejemplo de fuerza, dedicación y escucha. Mi abuelo: desde chiquita me cuenta las historias de sus andanzas por las carreteras colombianas, con sinceridad me habla de sus errores y me enseña con la música, el amor por la comida y por su familia a enamorarme siempre de la vida. Mi padre, con su amor por la enseñanza y por la gente, mi tía Edilma, siempre escuchándome, y acompañándome en este proceso con mucha fe en mí y con unos regaños que me han ayudado a crecer, mi prima Natha, que me aguantó durante varios meses con esta tesis y me ayudó con sus preguntas... A todos, Gracias.

A mi asesora y a su compañera, por su apoyo, y siempre estar pendiente de mi trabajo y dejarme chocar por empelculada, apasionada, tratando de compartir toda su experiencia con respeto y discusión y aguantar mis intensidades.

Y a todos los amigos y amigas, que de una u otra manera hicieron parte de esta etapa de mi vida, muchas gracias.

Contenido

Introducción	10
Planteamiento del Problema y Justificación	12
Objetivos	25
Marco Conceptual.....	26
Salud	26
Salud Indígena.....	28
Salud Sexual y Reproductiva	29
Comportamiento Reproductivo.....	33
Metodología	34
Acercamiento Personal a San Lorenzo.....	34
Generalidades de la Metodología.....	35
Historia del trabajo de campo.....	37
Población.....	39
Método etnográfico y técnicas	41
Reflexión sobre la metodología cualitativa	44
Método Cuantitativo y Técnicas	46
Proceso de Análisis	47
Proceso de Socialización y Validación.....	49
Consideraciones Éticas.....	50
Contexto socio-cultural e histórico del Resguardo Indígena San Lorenzo	53
Los Emberá	53
Los Emberá Chamí.....	55
Los Emberá en Caldas	56
Los Emberá en Riosucio	58
Los Emberá Chamí con raíces ancestrales de Armas y Sonsones de San Lorenzo.....	61
Contexto Histórico	63
Organización Política	69
Salud.....	72
Economía.....	73
Violencia y Conflicto Armado.....	76
Resultados.....	78
Comportamiento Reproductivo de las adolescentes de Veneros, Tunzará y San José	78
Menarca: “...me sentía un poco mal, pero ya me fui acostumbrando”	82
Inicio de Relaciones Sexuales: “Charlando” con los novios.....	85
Entrada a la unión: “yo ni siquiera en mis planes estaba de casarme”	88
Primera Gestación: “Ya no puedo jugar, ni brincar que ya soy una madre”	91
Primer Parto: “Yo me sentía mal, toda sola”	95
Otras Variables del Comportamiento Reproductivo: Lactancia y Limitación del número de Hijos.....	99

Acceso a los sistemas médicos para la atención de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de las comunidades de Veneros, San José y Tunzará.....	105
Sistemas médicos	106
Aspectos de la SSR y su acceso a los sistemas médicos	112
Cólicos Menstruales.....	112
Planificación.....	115
Gestación.....	118
Parto.....	122
Aspectos Grupales y Estructurales que afectan la SSR de las mujeres adolescentes	126
Cambio en los Modos de Producción: En la dieta “...no faltaba el maíz, la chicha, de todo, en cambio ya no se ve”	127
Trabajo de la Mujer: “aunque me quiera quedar aquí, no hay trabajo acá entonces toca irme”	134
Discusión	141
La Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes en los sistemas médicos: Pluralismo médico y Salud Intercultural	141
Mujeres Indígenas, Procesos Organizativos y Salud	151
Comportamiento Reproductivo: Rol de la mujer.....	160
Consideraciones Finales	166
Referencias Bibliográficas	169
Anexos:.....	176
Anexo 1: Consentimiento Informado Cabildo Indígena de San Lorenzo.....	176

Lista de Fotografías

Foto 1: Mujer trabajando en los cultivos de café.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 2: Mujeres del grupo de mujer El provenir, cocinando durante un taller.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 3: Vista desde Tunzará hacia Veneros.

Foto Tomada por Oscar.

Foto 4: Vista desde Veneros de San José y su institución Educativa.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 5: Minga 2016, organización comunitaria del cabildo

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 6 : Asamblea general mitad de año, 2016.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 7 : Cabildo indígena estudiantil, Institución Educativa San José.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 8 : Cultivos de pan coger, rodeado por potreros, sector la Rinconada, Tunzará.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 9: Monocultivo de café y plátano. Tunzará.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 10: Cultivo de maíz y frijol.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 11: Reunión del cabildo sobre producción propia.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 12: Partera componiendo, taller de partería.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 13: Recorrido en las comunidades.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 14: Joven deshierbando maíz.

Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 15: Reunión coordinadoras de Mujeres, Veneros.
Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 16: Madre Adolescente en taller de comunicación.
Foto tomada por Sara Ortiz.

Foto 17: Madre adolescente con su hija de 2 meses.
Foto tomada por Grupo Mujer, Comunicación y Liderazgo.

Lista de Mapas

Mapa 1. Mapa de la ubicación de las comunidades indígenas de Caldas en mapa físico.
Fuente: CRIDEC (2012).

Mapa 2: Mapa de la división Veredal del municipio de Riosucio, Caldas
Fuente: Perfil Epidemiológico de Riosucio (2014).

Lista de Tablas

Tabla 1: Resumen del Calendario Reproductivo de las 23 adolescentes entre 10 y 19 años de las comunidades de San José, Veneros y Tunzará.

Lista de Anexos

Anexo 1: Consentimiento Informado Cabildo Indígena San Lorenzo

Resumen

El objetivo de este estudio es comprender la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de las comunidades de San José, Tunzará y Veneros del Resguardo Indígena San Lorenzo desde una visión que abarque la interrelación entre una descripción de las vivencias y percepciones individuales del comportamiento reproductivo (menarca, inicio de relaciones sexuales, entrada a la unión, primera gestación, primer parto, lactancia y limitación de número de hijos), una caracterización del acceso a los sistemas médicos y un análisis de la salud sexual y reproductiva a partir de algunas condiciones grupales y estructurales como los modos de producción y el trabajo de la mujer en el Resguardo. Para esta comprensión se optó por el paradigma cualitativo, privilegiando la descripción y la interpretación la metodología etnográfica y con un componente cuantitativo. El trabajo de campo estuvo dividido en 4 fases de campo para un total de 3 meses y dos semanas durante los cuales se hicieron 21 entrevistas abiertas, 30 entrevistas semi-estructuradas, 23 historias reproductivas y 3 grupos de discusión. Este trabajo de grado plantea que la salud sexual y reproductiva tienen una comprensión más amplia y acertada con la contextualización de diferentes niveles que influyen en la vida de las jóvenes y de su grupo social.

Palabras Claves: Salud Sexual y Reproductiva, Comportamiento Reproductivo, Mujeres Indígenas emberá Chamí, Resguardo Indígena San Lorenzo.

Abstract

The aim of this study is to comprehend the sexual and reproductive health of teen women of the communities of San José, Tunzará and Veneros in the Indigenous Reserve of San Lorenzo using a perspective that interrelates a description of the individual experiences and perceptions of the reproductive behaviour (menarche, beginning of sexual relations, entry to union, first pregnancy, first birth, lactation and limitation of the number of children), a characterization of the access to the medical systems and an analysis of the sexual and reproductive health based on structural and group conditions like the means of production and the indigenous women's work. For this comprehension, the qualitative paradigm was chosen, more specifically the ethnographic description and interpretation with a quantitative component. The fieldwork was divided in 4 phases with a total of 3 months and 2 weeks, in which I realized 21 open interviews, 30 semi-structured interviews, 23 reproductive stories and 3 group discussions. This undergraduate work proposes that the sexual and reproductive health has a more accurate and widespread understanding with a contextualization of different levels that affect and transform the lives of the adolescents and the social group.

Keywords: Sexual and reproductive health, reproductive behaviour, indigenous women Emberá chami, Resguardo Indígena San Lorenzo.

Introducción

Hace aproximadamente 4 años he estado caminando por el territorio de San Lorenzo y he tenido la oportunidad de conversar con niños, jóvenes, mujeres y mayores, de compartir y de aprender sobre su realidad, sus problemáticas y su lucha. Poder caminar con diferentes líderes y lideresas; con mujeres fuertes que luchan y defienden sus sueños, con jóvenes que buscan su camino para seguir los pasos de mayores que todavía apoyan el proceso, me llevó a querer compartir y trabajar con unas personas que luchan por su historia, por el presente y por las futuras generaciones en un tema que crea muchas preocupaciones dentro de las comunidades: la salud sexual y reproductiva de las jóvenes, principalmente debido al embarazo adolescente no deseado.

En este trabajo, se optó por comprender la salud sexual y reproductiva de las adolescentes describiendo el comportamiento reproductivo, caracterizando el acceso a los sistemas médicos para su salud sexual y reproductiva, y finalmente analizarla desde una perspectiva grupal y estructural. Esto se hizo bajo un paradigma cualitativo, primordialmente con la descripción la interpretación con el método etnográfico y con un componente cuantitativo de la demografía.

Para cumplir con el objetivo central, se inicia con un planteamiento del problema donde se contextualiza de manera amplia el tema de la salud sexual y reproductiva con estudios previos en el área a nivel internacional, nacional y local. Posteriormente, se escogieron cuatro conceptos: salud, salud indígena, salud sexual y reproductiva y comportamiento reproductivo para poder tener referentes claros para el proceso investigativo. Esta primera parte culmina

con la descripción de la metodología y de un breve contexto socio-cultural e histórico del Resguardo Indígena San Lorenzo para así aterrizar el plantamiento del problema y el marco conceptual a una realidad específica explicando la manera en la que se acercó a ella y se hizo el trabajo.

La segunda parte consiste de los resultados del trabajo de campo y se divide en tres partes correspondientes a los objetivos específicos. En las dos primeras partes, priman las voces de las mujeres adolescentes según una triangulación de los relatos de sus vivencias, mis observaciones y la participación en varios procesos organizativos. La última recoge algunos análisis de las propias participantes, de mujeres del Resguardo y de líderes sobre problemáticas del Resguardo en general que afectan la salud sexual y reproductiva de las jóvenes, siendo en este caso el cambio de los modos de producción y el trabajo de la mujer.

Para finalizar este trabajo, se discuten tres temáticas: la atención médica para la salud sexual y reproductiva, el proceso organizativo de mujeres y el rol de la mujer en el comportamiento reproductivo complementando los resultados de esta investigación con los conceptos del marco conceptual, otros conceptos de la antropología médica y de la salud colectiva y aspectos históricos y organizativos del movimiento indígena, todos necesarios para poder hacer un análisis que trascendiera la situación particular de San Lorenzo. Esta discusión y este trabajo de grado culminan con unas consideraciones finales sobre los puntos de discusiones principales, la metodología y la pertinencia de este tipo de estudio.

Planteamiento del Problema y Justificación

Desde la invasión, conquista y colonización de los europeos, los pueblos indígenas de Latinoamérica han padecido de una discriminación estructural visible en asuntos culturales, económicos y políticos; dicha discriminación ha determinado su posición de marginalidad e inequidad en la estructura social (Campos, 2010; CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe], 2014; Del Popolo & Oyarce, 2005). Las injusticias perduran en la actualidad; ejemplo de esto son: la presión extractiva de sus recursos, la apropiación de sus conocimientos tradicionales y el racismo institucionalizado, entre otros. Esta situación ha agravado el proceso histórico de despojo y vulnerabilidad de la población indígena, afectando así de manera negativa su modo de vida tradicional, su salud tanto individual como colectiva y su participación política (CEPAL, 2014, p. 14).

Las desigualdades a nivel social se ven reflejadas en la mayoría de los indicadores de salud de las poblaciones indígenas (Oyarce, Pedrero, & Ribotta, 2009, p.14) por ejemplo, la mortalidad infantil a nivel continental es en promedio dos veces más alta en indígenas que en no indígenas (Del Popolo & Oyarce, 2005, p.15) y lo mismo ocurre con la mortalidad materna pues, aunque haya una escasez de indicadores disponibles, existe una sobremortalidad de las mujeres indígenas comparado a las no-indígenas a nivel continental y en cada uno de los países latinoamericanos (p.94).

Además, aunque la información es escasa y fragmentaria, en el perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas a nivel continental se vislumbra una superposición de distintas etapas de la transición epidemiológica denominada como “transición prolongada y polarizada”: en

otras palabras, una persistencia de altas tasas de incidencia y mortalidad de enfermedades infecciosas como la tuberculosis junto con enfermedades no transmisibles como la diabetes asociada a la malnutrición y obesidad (CEPAL, 2014, p.80; Campos, 2010, p. 199). Aunque las poblaciones indígenas también tienen un aumento de enfermedades no transmisibles al igual que como en las no indígenas, las principales causas de muerte en los pueblos indígenas en su mayoría son prevenibles y causadas por las condiciones precarias de salud. Se observa que la malaria, la desnutrición, las enfermedades diarreicas y la tuberculosis entre estos pueblos no han disminuido como en el resto de la población (Campos, 2010; CEPAL, 2014).

En Colombia, también se puede establecer una relación directa entre la situación de salud de los pueblos indígenas con su realidad socioeconómica. Por ejemplo, en comparación con la población no indígena a nivel nacional, hay 3 veces más mortalidad indígena por deficiencia nutricional y dos veces más retraso de crecimiento en los menores indígenas de 5 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p.33-49). En el año 2010, 11.9 % de la población indígena falleció por enfermedades no transmisibles, así: mortalidad materna (0.2%), mortalidad perinatal (1.5%), leucemia (0.0%), malnutrición (9%), mortalidad por edad 0-4 años (0.5%), mortalidad por ira (0.6%) y cáncer (0%), comparado con un 5.4% en población no indígena: mortalidad materna (0%), mortalidad perinatal (1%), leucemia (0.1%), malnutrición (4.1%), mortalidad por edad 0-4 años (0%), mortalidad por ira (0.1%) y cáncer (0%) (SIVIGILA, 2010 citado en Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p.43).

Además de esta situación de salud, se puede observar en Colombia la superposición de la transición epidemiológica ya que en los 102 pueblos indígenas coexisten altas tasas de mortalidad por causas prevenibles e infecciosas (gastrointestinal, infecciones del sistema respiratorio y tuberculosis) y enfermedades crónicas (cardiocerebrovasculares). Esta situación de salud se asocia con un mínimo respeto a sus derechos humanos, bajos niveles de educación, índices altos de analfabetismo (especialmente femenino), el uso extractivo de su territorio, la contaminación del agua por dinámicas productivas y de desarrollo, la situación del conflicto armado y las deficiencias en los servicios públicos especialmente en el área rural donde habita 70% de la población indígena (Guamá, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p.60).

La situación de salud de los niños y de las mujeres en edad fértil se convierte en el indicador de salud/enfermedad más sensible a las desigualdades sociales e inequidades sociales, tales como la mortalidad materna (entendida por la OMS como la muerte de las mujeres embarazadas hasta 42 días después del parto), pues pone de manifiesto las problemáticas alrededor de la atención en salud (Campos, 2010, p.199). En el 2001, en Latinoamérica se registraron entre 20.000 y 30. 000 muertes maternas (Campos, 2010). Por lo tanto, en este contexto, una de las problemáticas más inquietantes es la salud de la mujer indígena, pues tanto a nivel nacional como continental, se presentan varios problemas en especial en cuanto a su salud sexual y reproductiva (en adelante SSR) (Arboleda, 2013; Carrillo, 2007; ONU, 2011).

A pesar de la disminución a nivel nacional de las muertes de mujeres causadas por complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, Colombia tiene una brecha de desigualdad en cuanto a este indicador, pues 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente; alrededor del 60% de la mortalidad materna se concentra en la población con mayor porcentaje de analfabetismo y es 70% más alta en las zonas rurales que en las cabeceras municipales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p.92). Es importante resaltar que 6.15% de las muertes en indígenas, son causadas por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio (Perfil Epidemiológico de los Pueblos Indígenas, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p.49). Además, se considera que existe a nivel nacional un subregistro de más del 50% de los casos de mortalidad materna (Arboleda, 2013).

La ubicación geográfica, la etnia, la pobreza y el porcentaje de analfabetismo han demostrado ser determinantes de estas muertes; por lo tanto, su intervención debe estar enfocada al mejoramiento de las condiciones sociales que generan brechas de desigualdad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p.247). En la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014-2021) se relaciona aspectos como la mortalidad materna con la baja inversión, escaso desarrollo educativo, servicio de salud de baja calidad y violencia, en otras palabras, la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos afecta la vida de demasiadas mujeres en Colombia. Asimismo, de las áreas más preocupantes en la SSR son las tasas de muertes maternas, el aumento de ITS y VIH/SIDA, la falta de atención a los adolescentes, y el aumento de embarazos no deseados a edades cada vez más tempranas.

Ahora bien, en Colombia, cuando se trata de mujeres indígenas, éstas son mucho más afectadas negativamente en cuanto a su salud ya que viven una situación de múltiple discriminación por su condición femenina, indígena y de pobreza, lo que las hace mayormente vulnerables a los impactos del conflicto armado colombiano y a la marginalización estructural ("Situación grupo étnicos en Colombia", s.f., p.12; ONIC, 2012a). En el Auto 004 (República de Colombia, 2009) se reconoce la afectación diferencial de los pueblos indígenas por el conflicto armado y en el Auto 092 (República de Colombia, 2008) se estipula el impacto desproporcionado del conflicto armado en las mujeres, sobre todo en cuanto a la violencia sexual. La mujer como dadora, cuidadora y tejedora de la vida, roles tradicionales de gran importancia en la mayoría de los pueblos indígenas, se ve afectada por el conflicto armado; entre las situaciones problemáticas, se destacan el aumento "...de embarazos no deseados, violaciones sexuales, acoso sexual, angustia, temor, desconfianza entre la comunidad, enfermedades de transmisión sexual e incremento de relaciones sentimentales con miembros de grupos armados"(ONIC [Organización Nacional Indígena de Colombia], 2012a, p. 18).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2010), dentro de la SSR de la mujer una de las áreas más preocupantes es el embarazo no deseado entre adolescentes ya que durante la gestación, parto y posparto no se cubren las necesidades específicas de esta población, lo que pone en riesgo la salud y la vida de la madre y del hijo. Aunque la concepción de la juventud sea muy heterogénea a nivel social y cultural entre los diferentes pueblos, las crecientes desigualdades en Latinoamérica afectan la salud de los jóvenes indígenas, pues su posición económica, los menores niveles de escolaridad y los problemas de violencia, exclusión y

discriminación influyen en el acceso a los servicios médicos (ONU [Organización de las Naciones Unidas, 2011). Igualmente, muchos jóvenes tienen un desarraigo cultural que los aleja de la medicina tradicional, y con ello, éstos no encuentran un acceso adecuado, ni en la medicina occidental, ni en la tradicional (ONU, 2011, p. 21).

Existen varios trabajos a nivel continental sobre la SSR en los pueblos indígenas, aunque no muchos están enfocados en adolescentes. Por ejemplo, Quattrochi & Guernez (2011) discuten cómo la SSR de las mujeres indígenas de Yucatán, México se ve afectada por la deficiente comunicación entre parteras, personal médico y mujeres, además de una “...excesiva medicalización del proceso reproductivo, al concebir y tratar cada vez más a la parturienta como si fuera una paciente y al embarazo como si se tratará de una enfermedad” (p.57).

Otro estudio realizado por Drovetta (2009) en la Puna Jujeña Argentina concluye que las mujeres indígenas se vuelven blancos privilegiados del sistema de planificación central por lo cual se dirigen los esfuerzos sanitarios a cuidar de las etapas reproductivas específicamente embarazo, parto y en menor medida el puerperio sin respetar la medicina tradicional. Además, la mortalidad materna si bien es alarmante en muchos contextos indígenas, se convierte también en una excusa para darle más poder al médico sobre todo durante el embarazo y el parto, lo cual marginaliza tanto a la mujer, a la pareja, como a la familia de ambos en un proceso que antes era de ámbito familiar y comunitario. Esto produce un profundo cambio en el campo de referencia de las jóvenes; puesto que antes, las mujeres mayores les enseñaban, directa o indirectamente, comportamientos, saberes y prácticas

alrededor de la reproducción, y ahora, en cambio, con la intervención de la biomedicina que desestimula estos conocimientos, las jóvenes creen que la única opción para mejorar su salud es ir a un hospital. Así su campo de referencia se limita exclusivamente a un sistema médico biológico que está en una crisis hace años (Drovetta, 2009, p.148).

En Colombia, si bien la SSR no ha sido suficientemente trabajada con los pueblos indígenas, se identifican algunos estudios en Antioquia con los pueblos Emberá, Tule y Zenú sobre el comportamiento reproductivo, categoría que hace parte del campo de la SSR. En el departamento de Antioquia, Gálvez, Alcaráz, Arias, Galeano, Gutiérrez, López (2002) hicieron un análisis comparativo del comportamiento reproductivo entre los emberá, tule y zenú mezclando técnicas cuantitativas y cualitativas de la demografía y etnografía bajo un enfoque de género, para poder reflexionar sobre la SSR de las mujeres indígenas.

Según las autoras, la alta fecundidad de los pueblos indígenas ha ayudado a garantizar de manera importante su continuidad física y cultural al interior de una sociedad dominante. La mujer cumple un papel crucial en este proceso; ella es la que tiene la responsabilidad reproductiva. En este contexto, las mujeres indígenas de Antioquia sufren un gran desgaste fisiológico asociado a la maternidad por un estrés reproductivo fuerte, exceptuando las emberá chamí del Suroeste las cuales tienen un patrón reproductivo divergente, debido a que utilizan más los métodos anticonceptivos occidentales y tienen una fecundidad y una mortalidad más baja comparada al resto de los pueblos (Gálvez et al., 2002).

La investigadora Arias (2001) profundiza en este patrón divergente discutiendo cómo los emberá chamí de Cristianía en el suroeste antioqueño han tenido un mayor contacto con la sociedad nacional, mayores presiones territoriales y más acceso a la escolaridad formal. En su estudio, los chamí presentan un promedio superior en cuanto a la edad de la primera gestación (17 años) y utilizan de forma importante los métodos de planificación familiar respecto a otros pueblos indígenas. Así, el comportamiento reproductivo se ve afectado por la concepción del rol de la mujer, que en este caso empieza a acceder a la educación (Arias, 2001).

En el 2013, Valencia analizó las construcciones socioculturales de los emberá eyabida de Nusidó alrededor del comportamiento reproductivo con un enfoque cuantitativo y cualitativo, tocando temas como el jemené, el rito de iniciación de las mujeres, y cómo se está sustituyendo por la fiesta de quince años por el alto costo de la celebración y por una desvalorización de lo propio, sobre todo por parte de las más jóvenes (Valencia, 2013). En el 2013, Valencia y Arias publicaron un artículo sobre el calendario reproductivo de los emberá eyabida de Nusidó donde se concluye que la edad de la primera relación sexual de las mujeres está disminuyendo y por lo tanto, la edad de la gestación, la cual influye en la salud materna y en la sobrevivencia del recién nacido.

Desde un enfoque etnográfico, Zapata (2009) en su trabajo de grado lleva a cabo un análisis de los reglamentos femeninos de los Cofanes de Colombia según su cosmovisión y cómo la salud de la mujer se ha visto afectada por las rupturas generacionales causadas principalmente por una desvalorización y desinterés de lo propio por parte de las jóvenes.

Estos estudios demográficos y etnográficos desde el comportamiento reproductivo y la salud de la mujer indígena ofrecen puntos de partida teóricos y metodológicos para poder analizar los diferentes aspectos que influyen en la SSR. Sin embargo, estos estudios se han centrado más que todo en Antioquia. De esta manera, es necesario hacer otros análisis en diferentes partes del país para complementar y contrastar las conclusiones pero también para aportar a los procesos organizativos relacionados con la salud de los pueblos indígenas en Colombia. Con ello es importante analizar la SSR de las mujeres indígenas en municipios como Riosucio en el departamento de Caldas ya que se está fortaleciendo la medicina tradicional y la mayoría de su población es indígena, en este caso de 38,271 indígenas según el Censo del 2005 (Dirección de Censos y Demografía, 2005).

El municipio de Riosucio está conformado por cuatro Resguardos Emberá Chamí. Sus deficiencias en la situación de salud se relacionan con factores estructurales de la organización del Estado en cuanto afecta directamente la organización de los servicios y la calidad en salud sin mencionar la falta de comunicación con la medicina tradicional, la discriminación y maltrato a los indígenas, lo que genera desconfianza y temor en los habitantes (“Sistemas médicos de Riosucio” s.f.). La historia de los emberá chamí en Colombia se caracteriza por su reducción a pueblos coloniales, una colonización exhaustiva de sus tierras, una política de disolución de Resguardos durante muchos años y el establecimiento de misiones religiosas para mejorar su educación y erradicar su idioma. Su producción cambió de manera radical con el monocultivo de café y con el fortalecimiento de los jornaleros ocasionales en las fincas de terratenientes (Gálvez et al., 2002, p.14). En este

momento, los emberá Chamí hacen parte de los 34 pueblos incluidos en el Auto 004 (República de Colombia, 2009), es decir en situación de exterminio cultural o físico o en riesgo de estarlo por el conflicto armado.

En Riosucio, uno de los Resguardos que más ha trabajado en cuanto al fortalecimiento de la medicina tradicional es San Lorenzo donde desde el año 1997, Ángel María Bueno inició la Escuela de Medicina Jaibía para la recuperación de la medicina ancestral, la preparación de jóvenes interesados en la medicina y Doña Berenice inició el proceso de la preparación de parteras, un oficio ancestral del territorio (Vargas & Bañol, 2008). Según la investigación de Bañol (2008), los indígenas de San Lorenzo utilizan la medicina occidental en el centro de salud de San Lorenzo y en el Hospital San Juan de Dios ubicado en Riosucio, sin embargo la mayoría de las personas utilizan tanto la medicina occidental como la tradicional, puesto que esta última ofrece un servicio más humano y además puede curar enfermedades espirituales.

Según Bañol (2008), en el Resguardo de San Lorenzo, los problemas más comunes que afectan a la mujer indígena son: embarazos en edades tempranas, complicaciones del embarazo y parto, anemia ferro priva, abusos sexuales y violencia. Es importante resaltar que entre el 2009 y 2011, en Caldas no hay evidencia estadísticamente significativa que demuestre una diferencia que la razón de mortalidad materna sea diferente a la nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p.96) sin embargo, dentro del mismo departamento las tasas de mortalidad son más altas en las zonas indígenas (Arboleda, 2013). Por ejemplo, en la subregión del Alto Occidente de Caldas, los municipios de Supia y Riosucio tienen las tasas más altas de mortalidad materna, lo cual se atribuye principalmente

a la población indígena significativa en dichos municipios (Arboleda, 2013). Según Arboleda (2013) el factor sociocultural es de gran importancia para entender la tasa de mortalidad materna, no solo por la falta de recursos económicos y por el difícil acceso geográfico a centros de salud para las mujeres indígenas en el Alto occidente de Caldas, sino también porque en esta región con una mayoría de población indígena, las mujeres indígenas también acuden a sistemas de salud alternativos y tradicionales.

En Caldas, no hay estudios sobre la SSR en adolescentes indígenas emberá chamí, lo cual sería importante ya que las adolescentes tienen mayor exposición a riesgos para la SSR. Además, las adolescentes suelen tener una visión diferente sobre los sistemas médicos tradicionales a nivel continental (OMS 2010). Según el perfil epidemiológico del municipio de Riosucio, en el año 2010 se reportan embarazos desde los 13 años, siendo más común entre los 16 y 19 años ("*Perfil epidemiológico del municipio de Riosucio. Capítulo 11: Salud Sexual y Reproductiva. Riosucio*", 2010) lo que concuerda con el aumento a nivel internacional del embarazo adolescente indígena (OPS, 2010).

De este modo, es pertinente aportar datos cuantitativos y cualitativos sobre la SSR de las adolescentes de San Lorenzo desde perspectivas interdisciplinarias que involucren las ciencias sociales y las ciencias de la salud. El interés de este proyecto es estudiar la salud de las mujeres adolescentes del Resguardo indígena San Lorenzo con énfasis en la SSR, en ese sentido, se abordó la vivencia de la vida reproductiva (menarquía, relaciones sexuales, unión, gestación, parto) así como las decisiones personales, de pareja, familiares y comunitarias que rodean el proceso reproductivo, por ejemplo, el uso de métodos anticonceptivos, el retraso de

la entrada a la unión y la maternidad, por la escolaridad u otras decisiones. Además, se caracterizó la atención de la SSR de las mujeres adolescentes indígenas a partir del uso de los sistemas médicos que están disponibles para ellas en el Resguardo, a saber: el occidental, el tradicional y el de auto-atención. Finalmente, se analizó de manera relacional la salud de las mujeres con las condiciones de vida de los indígenas del Resguardo, en este caso con los cambios productivos en el territorio y con el acceso al trabajo para las mujeres indígenas.

En suma, la pregunta de investigación es: **¿Cómo es la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de las comunidades de Tunzará, Veneros y San José del Resguardo Indígena San Lorenzo?**

En diferentes reuniones del cabildo o en las comunidades se mencionaban mucho los embarazos a temprana edad y la salud de la mujer. En diferentes talleres y discusiones, se resaltó la preocupación por el embarazo adolescente no deseado, ya que primero las mayores también tenían hijos jóvenes pero formaban un hogar, contrariamente a lo que está ocurriendo hoy: las jóvenes se quedan en la casa de su familia, sea porque los hombres no están respondiendo por el embarazo o porque las jóvenes no se sienten listas para asumir completamente su rol de madre. Además, muchas jóvenes se están alejando de la medicina tradicional y no están cuidando su salud, ni antes, ni durante, ni después del embarazo.

Por esto, este estudio aporta datos para mejorar y reflexionar críticamente sobre la atención intercultural a la SSR de las adolescentes indígenas. Asimismo, esta información es útil para aportar al Plan de Vida del Resguardo algunos datos sobre de la SSR de las adolescentes

desde la medicina tradicional y la medicina occidental. Este trabajo también es importante para la academia ya que permite discutir desde la antropología conceptos como la salud sexual y reproductiva cómo se relaciona con la historia de los pueblos indígenas, su medicina tradicional, las vivencias de las mujeres y las interacciones entre diferentes sistemas médicos.

Objetivos

General:

Comprender la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes del Resguardo Indígena San Lorenzo, Riosucio.

Específicos:

- Describir el comportamiento reproductivo de las mujeres participantes.
- Caracterizar el acceso a los sistemas médicos para la atención de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes participantes.
- Analizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes a partir de algunas condiciones estructurales y grupales del Resguardo.

Marco Conceptual

Salud

En los años setenta, surgió una crisis social, política y económica a nivel mundial que afectó la concepción de salud y enfermedad. Varios autores, sobre todo desde la medicina social latinoamericana, proponen entonces trabajar el proceso salud/enfermedad como un "...hecho social con carácter histórico relacionado con las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción", en este caso, se tiene que entender desde el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos pues a nivel individual es imposible entender este proceso de manera histórica y social (Laurell, 1981, p.1).

Breilh (2010) propone una conceptualización del proceso de salud/enfermedad desde la vida, pues la salud es un conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en varias dimensiones: los estilos de vida, los modos de vida y las determinaciones y contradicciones estructurales. El autor contextualiza la salud en el contexto latinoamericano: un modelo civilizatorio imperante, una lógica productivista, un modelo energético no sustentable, y una producción petrolera, minera y agroindustrial exagerada y se pregunta: "¿Si hay realmente espacio para la vida en un sistema social centrado en la búsqueda frenética de la ganancia y productividad de las grandes empresas? ¿Si los modos de vida que ha impuesto el sistema de acumulación acelerada, tanto en las grandes urbes, como en los espacios de la nueva ruralidad agroindustrial, ofrecen cabida para la vigencia del derecho a la salud?" (Breilh, 2010, p.90).

En la sociedad capitalista, la enfermedad se refiere a la incapacidad de trabajar. Este concepto ideológico parte desde la biología individual, lo que la des-socializa y opaca una parte del

problema. De lo anterior se deriva que es necesario complementar esta visión biologista de la medicina clínica con una medicina social para analizar lo que se entiende como el proceso salud/enfermedad de un grupo y cómo se relaciona con el individuo, explicitar la relación dialéctica entre lo biológico y lo social y finalmente analizar la conceptualización en relación a la determinación recuperando la unidad entre la enfermedad y la salud (Laurell, 1981, p.12). Esta unidad según Laurell (1981) tiene que situarse en función de un grupo pero según sus características sociales; un grupo no es relevante por ser la suma de varios individuos, sino porque "...permite aprehender la dimensión propiamente social de este conjunto de individuos..." (p.11).

Breilh (1989) argumenta que el conocimiento sobre la salud y sus problemáticas debe relacionar "... las formas de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afectan" (p.2). Es importante obtener tanto datos cuantitativos de la población como cualitativos de la salud pues hay que indagar sobre las condicionantes de la estructura económica y las condiciones de reproducción social y cómo éstas se manifiestan y se articulan con condiciones específicas de salud. Por una parte es necesario expresar los indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática, y por la otra, las maneras específicas de morir y enfermar (Breilh, 1989).

Abordar el proceso de salud y enfermedad de esta manera permite describir las condiciones de salud de un grupo articuladas con sus condiciones sociales. El tipo, la frecuencia y la distribución

de la enfermedad entre los distintos grupos sociales que componen la sociedad demuestran su carácter social; el proceso salud/enfermedad asume “...características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos tenga en la producción y en su relación con el resto de los grupos sociales”(Laurell, 1981, p.7).

En este trabajo, la SSR se contextualiza dentro de estilos de vida (micro), modos de vida (particular) y las determinaciones y contradicciones estructurales (macro). Es un proceso que trasciende el estado de enfermedad relacionado con los aspectos reproductivos; tiene que ver con el carácter social de una población, en este caso, con el pueblo indígena Emberá Chamí de San Lorenzo.

Salud Indígena

Es importante recordar que la salud para los pueblos indígenas “...se define desde una perspectiva integral que entrelaza aspectos físicos con espirituales, y con la situación del territorio, la madre tierra” (Guamá, 2007, p. 239) dependiendo de la cosmovisión de cada pueblo y de las relaciones de la persona consigo misma, la familia, la comunidad y la naturaleza (ONIC, 2012b). Teniendo en cuenta esta manera de entender la salud, en Colombia, no son solamente las condiciones precarias de salud que afectan negativamente la salud de las poblaciones sino también la falta de respeto hacia los aspectos culturales como el conocimiento colectivo, estrategias comunitarias, prácticas ancestrales e insumos de la comunidad las cuales han dado lugar a una cobertura deficiente de los servicios básicos en salud por parte del Estado imposibilitando en gran medida una buena propuesta de una salud intercultural (Guamá, 2007, p. 240).

A nivel continental, se ha propuesto el proyecto político del Buen Vivir o Sumak Kawsay para comprender la complejidad de la salud de los pueblos indígenas y trascender las palabras para llevar a la práctica la mejora de la situación de salud de los pueblos pero teniendo en cuenta el territorio, la espiritualidad y no caer simplemente en mejorar la salud del cuerpo individual. Por esto, es necesario la sabiduría indígena forjada en “...el marco de una lógica de vivir comunitario y de una cosmovisión que coloca la vida y la subsistencia de la comuna en el centro, otorgando preeminencia a la noción del vivir en comunidad (kawsay), y uniéndola a la noción de lo bueno, protector, bello, agradable o placentero (sumak)” (Breilh, 2010, p.115).

En Colombia, además de poder hablar del Buen Vivir, en el decreto 1953 del 2014 se concretiza el SISPI (Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural) como un proceso de política pública en salud donde se entiende la salud como un campo político y se desarrolla un sistema de atención en Salud Integral e Intercultural en el marco del derecho de los pueblos indígenas a que el Estado proporcione una atención de salud que responda a las necesidades socioculturales y epidemiológicas de los pueblos y la importancia de las medicinas tradicionales en el proceso de salud y enfermedad (ONIC, 2012b).

Salud Sexual y Reproductiva

La salud de las mujeres es una de las preocupaciones más grandes a nivel internacional. Aunque ya el tema alrededor de salud de las mujeres se venía discutiendo a nivel internacional como en 1968 en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán donde se definió por primera vez la planificación familiar (Felitti, 2008, p.11), fue en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de Cairo (1994) donde se propusieron pasos concretos para enfrentar los problemas relacionados con la salud de las mujeres y así hacer frente a la

sobrepoblación y seguir con el desarrollo de la humanidad. Esta conferencia abarcó muchos más representantes de todos los sectores de la escena mundial que en cualquier otra conferencia sobre población pues reunió a 11.000 representantes de gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONG), entidades internacionales y activistas. Fue la primera reunión que declaró a nivel internacional que las mejoras en salud y el respeto de los derechos de las personas nos llevarían a un menor índice de fecundidad y a un crecimiento más lento de la población. De manera más contundente, se tenía que promover una SSR dentro del marco de los derechos humanos para un crecimiento económico exitoso en el marco del desarrollo sostenible (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994). Además de este objetivo, era necesario: la educación, sobre todo de las niñas; la igualdad entre los sexos; la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; y el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación de la familia y de salud sexual (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, p.8).

El Documental *El Vientre de las Mujeres*, realizado en 2009 por Mathilde Damoiseil pone en discusión la relación que se formuló en la misma época de la Conferencia de Cairo entre salud de la mujer, SSR, planificación familiar y el control demográfico de los países en desarrollo, en este caso de Perú bajo la presidencia de Fujimori. El documental provee un contexto macro de diversos actores internacionales tales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, USAID y ONG's de Estados Unidos que promovieron liberalizar la economía y controlar la demografía para combatir la pobreza. Sin embargo, este contexto macro conllevó a implementar, según el discurso de Fujimori, una política de planificación familiar que permitiría mejorar los servicios y la educación sexual para emancipar a las mujeres y así apoyar el desarrollo y el

progreso de la nación debido al afán del gobierno por mejorar su nivel de desarrollo y a su endeudamiento con el Banco Mundial y otras potencias. Estas políticas, a su vez, a nivel micro, se concretizaron en la vida de más de 300,000 mujeres sobre todo indígenas pobres de la zona rural con ligaduras de trompas sin un consentimiento previo e informado.

Este documental permite analizar y problematizar cómo se ha tratado la salud de la mujer, sobre todo la salud sexual y reproductiva entendiendo la salud en un contexto mucho más amplio (estructural, grupal, individual) como lo proponen autores de la salud colectiva como Breilh o Laurell, entre otros. Estas reflexiones son necesarias, pues la salud es un conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en varias dimensiones: desde los modos de vida hasta las determinaciones y contradicciones estructurales.

La salud sexual y reproductiva fue definida en Cairo en 1994 como:

...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos...lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, 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 (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, p.37) .

La SSR es entonces tener un estado general de bienestar con todo lo que tiene que ver con esos cambios, funciones y procesos. En el caso de los pueblos indígenas, la SSR también se relaciona con el derecho a la medicina tradicional y/o a la partería para el apoyo a las mujeres. Además, la SSR depende de las condiciones socio-económicas, históricas y culturales y de las decisiones que afecten su cuerpo, su alimentación, su vivienda y su educación; todo esto tendrá sobre todo una repercusión en la salud de la mujer durante toda su vida, y más aún durante la gestación, parto y puerperio (Gútiérrez, 1996)

No obstante, como se plantea en el documental, es muy diferente, una implantación de esta definición en los países desarrollados del norte, que en los países del sur en donde en vez de implementar programas que respeten los derechos y mejoren la salud, se priorizan ciertas políticas internacionales que reducen el concepto de SSR en la planificación familiar para el control demográfico. La planificación y la SSR se utilizan como discursos progresistas, que opacan el control de la densidad poblacional impuesto por las grandes potencias y la poca importancia atribuida a las decisiones y a la dignidad de las mujeres para cumplir con los objetivos (Damoisel, 2009).

La SSR engloba no sólo a las mujeres, sino a diferentes actores como los gobiernos e instituciones internacionales. La construcción de este concepto se tiene que entender en diferentes niveles para poder entender los diversos intereses que la afectan y los aspectos que

entran en su formulación como los derechos humanos, el control poblacional y la salud biológica y social de las mujeres.

Comportamiento Reproductivo

Dentro de la SSR, se encuentra el concepto del comportamiento reproductivo, el cual, según Figueroa (1998) engloba las dimensiones biológicas, sociales, psicológicas y culturales que de manera directa o indirecta están relacionadas con la procreación. En otras palabras, con “...las conductas y hechos relacionados al cortejo, al apareamiento sexual, la unión en pareja, las expectativas e ideales en cuanto a la familia, la planeación del número y el espaciamiento de los hijos, el proceso de natalidad, la actitud y la relación con la pareja durante el embarazo y el parto, la participación o no en el cuidado y crianza de los hijos y el apoyo económico, educativo y emocional hacía ellos” (Figueroa, 1998, p. 89).

El concepto de comportamiento reproductivo ha sido trabajado principalmente por Figueroa quién explica que “...la reproducción no es sólo biológica, sino social y demográfica en la cual podemos decidir iniciar el proceso vital de otro ser humano” (Figueroa, 1991, p. 593). Además, es un proceso que al depender del grupo poblacional, estrato social, escolaridad y lugar de residencia influye de manera directa en la salud de la mujer y del niño. Por ejemplo, las condiciones de la gestación y del parto no dependen solamente de las decisiones de la madre ni de su estado de salud, sino de los servicios que se le ofrecen y de su rol como mujer. Entender el proceso de reproducción como un asunto bio-social y colectivo e individual a la vez permite discutir conceptos como el de SSR y al mismo tiempo aspectos como los derechos sexuales y reproductivos.

Metodología

Acercamiento Personal a San Lorenzo

Mi acercamiento personal al Resguardo Indígena San Lorenzo inició a principios del 2013 gracias a la invitación de una compañera de clase y comunera del Resguardo para conocer su territorio. Así, empecé, sin tener nada planeado como investigadora, a conocer la historia, las problemáticas y algunos procesos organizativos principalmente de jóvenes y mujeres del Resguardo. Después de algunas visitas, empezaron a surgir en discusiones con líderes, lideresas, mayores (personas de edad y respetadas en la comunidad por su experiencia) y jóvenes las problemáticas que viven las mujeres indígenas en general, y más específicamente las adolescentes al enfrentar un embarazo no deseado.

En ese entonces, en la Universidad de Antioquia, estaba matriculada en un curso llamado Antropología Médica. El tema de salud sexual y reproductiva (SSR) me interesaba mucho, y ya había hecho trabajos sobre los cuidados de la menstruación y la menarquía. Sin embargo, no sabía cómo abordar un tema tan complejo. En antropología médica, la profesora, Erika Valencia, nos mostró cómo la antropología es muy útil para los temas de salud, y más si se incluyen técnicas cuantitativas para mejorar su explicación. Con esta nueva perspectiva, en enero del 2015, decidí realizar un ejercicio investigativo en el marco de esta materia, titulado:

“Aproximación al Comportamiento reproductivo de 11 adolescentes entre 10 y 19 en San Lorenzo, Caldas: el itinerario terapéutico de la menstruación y gestación”.

Este proyecto fue aprobado por el cabildo comunitario y en la presentación propuse que fuera la base para mi trabajo de grado. No era simplemente para hacer un trabajo de clase, era más bien

poder ejecutarlo y así tener más claridad sobre el tema y la metodología que se podría emplear en un trabajo más amplio y profundo. Este trabajo se hizo desde un enfoque cualitativo con herramientas de la etnografía y una herramienta cuantitativa (la historia reproductiva femenina), la cual aprendí a aplicar con la profesora Valencia. A pesar de ser introductorio, este ejercicio me permitió conversar más profundamente con jóvenes y mayores sobre el tema del comportamiento reproductivo: los cuidados de la menstruación y la gestación, el conocimiento de la medicina tradicional y el uso de la biomedicina. Posteriormente, con esta información recogida y varias discusiones, la misma compañera de clase que me invitó a su territorio y yo le propusimos al cabildo, a mediados del 2015, un proyecto (Grupo Mujer, Comunicación y Liderazgo) con las jóvenes y mayores para hacer talleres, presentar documentales y generar espacios de reflexión sobre las problemáticas de la mujer indígena, su salud y sus sueños. Gracias a estas experiencias comunitarias y académicas y por el acercamiento a la organización del cabildo, principalmente al de mujeres y jóvenes, se materializó la idea de proseguir el trabajo de grado de manera más profunda y contextualizada.

Generalidades de la Metodología

La metodología fue escogida según la naturaleza del objeto de estudio. En este caso, para comprender la salud sexual y reproductiva se diseñó e implementó una metodología que intentara abarcar la complejidad, tanto desde el nivel individual, grupal y estructural teniendo en cuenta la interrelación entre ellos. Este proyecto se desarrolló bajo el paradigma cualitativo, privilegiando la descripción y la interpretación con el método etnográfico y con un componente cuantitativo dirigido a mejorar la explicación del comportamiento reproductivo, concepto fundamental en este trabajo para la comprensión de la SSR.

El paradigma cualitativo de la investigación científica es un conjunto de prácticas interpretativas que lleva a cabo observaciones y evaluaciones de fenómenos para contrastar la teoría con lo que se observa tomando como fundamento principal las perspectivas, puntos de vista y acciones de las personas (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006, p.50). Siendo un proceso inductivo y flexible que permite explorar y discutir las interacciones entre individuos, colectividades e instituciones permite comprender la SSR de las adolescentes con sus complejidades y contradicciones (Hernández et. al., 2006, p.8). Además, este paradigma se orienta a describir e interpretar los fenómenos sociales desde la realidad de diferentes actores utilizando conversaciones, situaciones y documentos orales y escritos para analizar y comprender el objeto de estudio (Albert, 2007, p.146).

Dentro de la SSR, entra el comportamiento reproductivo, el cual ha sido estudiado desde lo cuantitativo y lo cualitativo. Esta investigación, por lo tanto, sigue un proceso inductivo y la teoría se desarrolló cualitativamente con el complemento de una técnica cuantitativa, es decir este trabajo es QUAL+quan (Arias, 2000, p.10). Esta triangulación metodológica permite la comprensión de la unidad y complejidad de un fenómeno desde diferentes perspectivas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p.755). Con el componente cuantitativo, se hizo el trabajo sin olvidar la consistencia entre el propósito de la investigación, el problema de investigación, el método usado, la selección de la muestra y la interpretación de los resultados (Arias, 2000, p.8). La triangulación fue simultánea, pues hubo una interacción mientras se recogían los datos cuantitativos y los datos cualitativos sobre el comportamiento reproductivo.

Historia del trabajo de campo

La entrada al trabajo de campo se facilitó por el trabajo previo con el cabildo y por el acercamiento a diferentes comunidades y líderes. Mi trabajo de campo empezó en diciembre del 2015, cuando hice la primera presentación para la aprobación de mi trabajo de grado al cabildo comunitario. En esta ocasión, se aceptó el proyecto para iniciar en el 2016, sin embargo, como condición, se tenía que revisar la metodología para cerciorarme que fuera participativa y mejorar el consentimiento y asentimiento para poder entrevistar a menores de edad.

Con estos comentarios en mente, volví al Resguardo a presentar mi propuesta de trabajo de grado en enero del 2016. No obstante, durante el primer mes de campo, me fue imposible poder socializar y pedir consentimiento al cabildo comunitario por sus diferentes compromisos. El primer mes, por lo tanto, tuve que aplicar lo emergente y flexible de la investigación cualitativa, y más bien acercarme al proceso de mujeres, a algunas familias, compartir con las mujeres y acompañarlas en sus actividades diarias. Solamente al final del mes, con el permiso del cabildo central y de los cabildantes, hice la historia reproductiva de 6 adolescentes. Subsiguientemente, el segundo mes, pude presentar mi trabajo de grado y recibí la aprobación del cabildo (Ver Anexo 1: Consentimiento Informado Cabildo Indígena de San Lorenzo). De igual manera, presenté mi trabajo al Consejo Regional Indígena de Caldas (CRIDEC), al hospital San Juan de Dios, a la red municipal de salud sexual y reproductiva, a la Asociación Indígena del Cauca (AIC) y a cada comunidad: Veneros, Tunzará y San José para responder a las inquietudes y socializar los objetivos.

Mi trabajo de campo estuvo dividido en 4 fases de campo para un total de 3 meses y dos semanas. La primera fue desde el 26 de febrero hasta el 25 de marzo del 2016 en la cual hice observaciones, observación participante, entrevistas abiertas e historias reproductivas con el permiso del cabildo. De igual manera, presenté mi trabajo al área de Mujer y familia del cabildo. Durante la segunda temporada (15 de abril-14 de mayo), socialicé mi trabajo de grado con AIC, el Hospital, la Red de SSR y CRIDEC con el área de mujer y de salud. Hice entrevistas abiertas, observaciones, observaciones participantes, grupos de discusión e historias reproductivas. Así mismo, durante esta fase, me comuniqué con la Institución Educativa de San José para poder realizar algunas historias reproductivas en su sede y con sus estudiantes. No obstante, el proceso fue largo por las ocupaciones de la rectora, quien amablemente me dio permiso para el mes siguiente.

La tercera fase de campo fue una fase emergente que no estaba contemplada en la metodología. Desde el 30 de mayo hasta el 5 de junio, hice observación, observación participante, entrevistas abiertas y apoyo fotográfico de la Minga Agraria, Étnica y Popular en la cual participó el Resguardo Indígena San Lorenzo en la parcialidad de la Trina y donde me invitó la cabildante de Tunzará. En la cuarta fase (20 de junio-28 de julio), se hicieron entrevistas abiertas, semi-estructuradas, observación, observación participante, historias reproductivas y un grupo de discusión.

Entre una salida de campo y otra, transcribía toda la información recogida y hacía un breve análisis de los datos para poder mejorar las preguntas y guiar más efectivamente las entrevistas y las observaciones durante la fase siguiente.

Todos los datos recogidos son entonces producto del trabajo de campo hecho entre el mes de febrero y julio del 2016, excepto 6 historias reproductivas y sus respectivas entrevistas semi-estructuradas (HR 17,18,19,20,21,22). Estas historias hacen parte del trabajo mencionado *“Aproximación al Comportamiento reproductivo de 11 adolescentes entre 10 y 19 en San Lorenzo, Caldas: el itinerario terapéutico de la menstruación y gestación”*. Para poder usar la información solicité de nuevo el consentimiento de los padres y el asentimiento de las niñas para volver a utilizar su historia reproductiva y su respectiva entrevista semi-estructurada. Tuve que recurrir a estas entrevistas por la falta de tiempo, pues el primer mes además de no haber podido socializar con el cabildo, hice las pocas historias reproductivas en los hogares, sin embargo, ir a cada hogar era muy enriquecedor pero la mayoría de las jóvenes se sentían cohibidas por la presencia de sus padres. Además, era época de lluvia, por lo que se me imposibilitaban a veces las caminatas de 1 hora entre un hogar y otro. De esta forma, decidí recurrir al espacio del colegio para poder hacer las entrevistas con más tranquilidad para las jóvenes y para mí. Sin embargo, en el colegio, se dificultó poder reunir a todos los profesores y a la rectora, por lo que socialicé mi trabajo de manera individual con la rectora y algunos profesores.

Población

El proyecto se hizo en el Resguardo Indígena San Lorenzo, localizado en el municipio de Riosucio, Caldas, el cual se reconoce como territorio indígena ancestral de los Chamís bajo la resolución #010 del 29 de junio del año 2000. El territorio está conformado por 21 comunidades: Aguas Claras, Bermejál, Blandón, Buenos Aires, Costa Rica, Danubio, Honduras, Llano Grande, Lomitas, La Línea, Pasmí, Piedras, Playa Bonita, Pradera, El Roble, San José, San Jerónimo, San

Lorenzo, Sisirrá, Tunzará y Veneros, con una población de 11341 habitantes, distribuidas en 6706 hectáreas (Censo Cabildo San Lorenzo, 2014).

Para la selección poblacional, en el caso del componente etnográfico, hubo un acercamiento general a la población del Resguardo (varias comunidades: Aguas Claras, Bermejál, Costa Rica, Llano Grande, Lomitas, Pasmí, Piedras, San Lorenzo) con diversas perspectivas según género, edad y estatus dentro de la comunidad (Galeano, 2004, p. 507). Para la descripción del comportamiento reproductivo, con las entrevistas abiertas, semi-estructuradas y la observación participante se llevaron a cabo principalmente con adolescentes de las comunidades y con madres y abuelas de Veneros, Tunzará y San José interesadas en participar. En el caso, de la caracterización a los sistemas médicos, además de las adolescentes y de las madres y abuelas, también se hicieron entrevistas abiertas y semi-estructuradas con agentes de los diferentes sistemas médicos, a saber: partera, promotora del hospital, enfermera, coordinadora de partería y médico tradicional. Finalmente, para analizar los aspectos grupales y estructurales que afectan la SSR, se utilizó la misma población de los dos objetivos mencionados. En todos los casos, se trabajó con una muestra intencional para poder llegar a comprender la salud sexual y reproductiva hasta que hubiera una saturación suficiente de los datos (Albert, 2007, p.179).

Para el componente cuantitativo, se hizo la historia reproductiva femenina a adolescentes entre 10 y 19 años de las comunidades de Veneros, San José y Tunzará. El acercamiento hacia ellas se llevo a cabo por medio del colegio, por los procesos organizativos y líderes quienes me presentaban a las jóvenes para poder hablarles de mi trabajo e invitarlas a participar. Es importante mencionar que la muestra para la parte cuantitativa no se basa en la representatividad

total de la población, ya que se usó la técnica cuantitativa para agregar mayor información acerca de la muestra cualitativa (Arias, 2000, p.10). De este modo, las mismas jóvenes que contestaron las preguntas de la entrevista semi-estructurada sobre el comportamiento reproductivo, contestaron las preguntas cuantitativas de la historia reproductiva.

Método etnográfico y técnicas

Para este trabajo se escogió la etnografía como método principal cualitativo ya que describe “...los eventos que tienen lugar en la vida de un grupo con esencial consideración de las estructuras sociales y la conducta de los miembros a partir de la observación...” siendo un análisis contextual y en profundidad (Albert, 2007, p.203). Para poder comprender la SSR de la adolescentes indígenas en un contexto social, cultural e histórico afectado por unas luchas de poder, la etnografía de este proyecto utilizó la propuesta metodológica de Vasco (2007) de *Recoger los conceptos en la vida*: una etnografía que se base en la crítica y la colaboración poniendo como principal eje la vida cotidiana. La SSR de las adolescentes tiene que ver con otros procesos sociales y se tiene que conceptualizar desde las experiencias de las mujeres, por lo tanto es primordial compartir con ellas espacios cotidianos (Vasco, 2007).

El componente etnográfico se centró en la descripción socio-cultural del comportamiento reproductivo, de la caracterización del acceso a los sistemas médicos para la SSR de la mujer, y para el análisis relacional de la SSR de las adolescentes con las condiciones grupales y estructurales del Resguardo.

Las estrategias y técnicas cualitativas para la recolección de la información fueron: la convivencia dentro del territorio de San Lorenzo, la observación participante, la observación, la

entrevista abierta y semi-estructurada y los grupos de discusión. Además, se hizo uso de la revisión documental, a saber: información secundaria sobre las jóvenes y finalmente, el uso de la teoría socio-antropológica (Albert, 2007).

La convivencia y las observaciones participantes y no participantes durante las 4 fases de campo fueron de gran ayuda para contextualizar la pregunta de investigación y poder profundizar sobre ciertos temas que no se habían contemplado. Las observaciones se hicieron principalmente en los procesos organizativos (asambleas, taller de formación para mujeres, minga), en los espacios cotidianos de jóvenes y mujeres como en el trabajo (cogiendo café, cocinando) y en los centros de salud (hacer seguimiento a un control prenatal desde la salida de la joven de la casa hasta su regreso). Esta información se plasmó en un diario de campo de 65 páginas. Aparecen citados de esta forma: (Sara Ortiz, Diario de campo, lugar, fecha).

Las entrevistas se hicieron en dos modalidades: abiertas y semi-estructuradas. Se hicieron 21 entrevistas abiertas, las cuales 9 fueron grabadas, y posteriormente transcritas con el consentimiento de las personas. Las otras 12 se registraron en notas de campo, ya que era un tema muy personal o la persona manifestaba la necesidad de la confidencialidad. Las entrevistas abiertas fueron muy útiles para poder conversar con las adolescentes, madres, abuelas sobre temas como las relaciones sexuales, la violencia sexual y los sueños y sus obstáculos. Las entrevistas abiertas se hacían en contextos cotidianos como cogiendo café, cocinando o en huertas para la comodidad de las mujeres pues ejecutando una actividad en la que ellas se sentían cómodas hablaban mucho más libremente, además sin que su esposo o padre estuviera escuchando. Por ejemplo, con unas jóvenes, la madre no quería que les hiciera la entrevista, por

lo que un líder invitó a su casa a la madre con sus dos hijas a hacer unas tortas de chocló. Desgranando el maíz, pude conversar con ellas, mientras su madre estaba cocinando. Las entrevistas abiertas se citan solamente si se tiene la cita fidedigna de lo que dijo la persona en itálicas y entre comillas: (entrevista abierta número; madre, abuela, adolescente, cargo; edad, comunidad).

Se efectuaron 30 entrevistas semi-estructuradas con 3 temáticas: preguntas sobre su ciclo reproductivo (realizadas al mismo tiempo que la historia reproductiva) (23), sobre el rol de la mujer (2) y el acceso de las jóvenes a los sistemas médicos (5). Todas estas entrevistas fueron grabadas y transcritas. Las citas de las entrevistas semi-estructuradas aparecen en itálica, entre comillas y de la siguiente forma: (entrevista semi-estructurada número; madre, abuela, cargo; edad, comunidad).

Finalmente, se formaron 3 grupos de discusión. Dos con el grupo de mujeres de San José sobre el cuidado de la mujer y su ciclo reproductivo y otro con el grupo de tercera edad de Veneros sobre el comportamiento reproductivo y cuidados de la mujer. No obstante, para el trabajo con las mujeres de San José, se pensaba convocar el último grupo de discusión el último mes por lo que no se grabaron las sesiones para tener más confianza con ellas. Sin embargo, el último mes, la madre de la coordinadora se enfermó, por lo que no se pudo hacer ninguna grabación. Solo se anotaron las observaciones en el diario de campo. Para el grupo de tercera edad, se tiene la grabación y la transcripción. Se intentó hacer una reunión en Tunzará, pero las mujeres no llegaron. Las citas del grupo de discusión aparecen en itálica y entre comillas y se cita : (Grupo de discusión 1, Fecha, Veneros).

Para la revisión documental, se obtuvo la base de datos del Hospital San Juan de Dios de todas las gestantes que acuden al centro de salud de San Lorenzo: edad, comunidad, embarazo deseado o no, utilización de anticonceptivos y complicaciones. Esto se utilizó más para la contextualización. Finalmente, la teoría socio-antropológica, se usó para poder contextualizar, contrastar y confrontar con los resultados.

Reflexión sobre la metodología cualitativa

En una tesis de pregrado se considera fundamental tratar de entender con más profundidad el alcance de la metodología, por esta razón, durante este año y medio, se fueron escribiendo reflexiones sobre la metodología empleada en el estudio. La reflexión especialmente giró en torno a cómo la metodología podría ser participativa ya que, empezando el diseño de este trabajo de grado, se quería proponer una metodología de tal naturaleza, sin embargo, por la falta de conocimiento y tiempo para implementarla de manera adecuada, y dada la complejidad del fenómeno a investigar, se implementó una metodología sin este componente, optándose así por escribir y reflexionar sobre el proceso que se llevaba a cabo en la comunidad. Cabe anotar que las metodologías participativas se han vuelto más una moda que se menciona en el diseño sin tener en cuenta sus verdaderas implicaciones para el trabajo con la comunidad (tiempo, metodologías) y sus implicaciones para el conocimiento del objeto de estudio.

Sin el trabajo con la comunidad (talleres, programas de radio, fotografía, recorridos, reuniones comunitarias, mingas, etc.), esta investigación no hubiera sido posible, tanto por el trabajo y aprendizajes con la comunidad, como por la información compartida. La metodología tiene que

adaptarse a la realidad, en este caso a la del pueblo indígena de San Lorenzo. En mi caso, los procesos organizativos fueron escenarios de aprendizaje donde se discutieron algunas temáticas de la investigación y donde pude conocer lideresas que me apoyaron en el proceso. Además, el trabajo comunitario con los adolescentes, me permitió reflexionar con ellos sobre sus vivencias y realidad, más allá de las entrevistas. La reflexión con jóvenes y líderes me ayudó mucho a poder tener más claridad en cuanto a sus problemáticas. Participar en las actividades organizativas de la comunidad ayuda a tener más confianza con la gente y a confrontar con más tranquilidad ciertas ideas que se tienen *a priori*. La participación comunitaria debe permitir mejorar la rigurosidad y reflexividad de la investigación, tal como fue el caso de este estudio.

Foto 1: Mujer trabajando en los cultivos de café. Foto tomada por Sara Ortiz



Foto 2: Mujeres del grupo de mujer El Porvenir, cocinando durante un taller. Foto tomada por Sara Ortiz



Sin embargo, la participación no es suficiente, también se hace necesaria la claridad sobre el compromiso y el para qué se investiga; esto se muestra con acciones en el terreno. Por ejemplo, en la participación en la minga, comprendí mucho más la problemática de los pueblos indígenas en cuanto a su derecho y al rol de un investigador comprometido y que trabaja con la gente y para la gente. En síntesis, la teoría tiene que ir de la mano con la práctica para poder tener mejor comprensión y aportar a la realidad social que nos circunda como antropólogos.

Método Cuantitativo y Técnicas

El aspecto cuantitativo en este trabajo se utilizó para mejorar la explicación del comportamiento reproductivo y por ende de la SSR de las adolescentes. La historia reproductiva es una técnica demográfica que tiene como objetivo llevar un registro completo y cronológico de la fecundidad en la cual la mujer relata los principales eventos de su vida reproductiva (menarquía, relaciones sexuales, unión, gestación, parto), los cuales permiten construir un calendario reproductivo (Valencia, 2013).

Para el registro de la información de la parte cuantitativa, se obtuvieron 23 encuestas de historia reproductiva femenina de mujeres de las tres comunidades entre 10 y 19 años, de las cuales 16 se llevaron a cabo este año, y 6 el año pasado. Con la encuesta en mano, se les hacía la pregunta sobre la edad de las etapas reproductivas, y al mismo tiempo se les hizo la entrevista semi-estructurada sobre cada etapa del ciclo reproductivo. En general, esta técnica se desarrolló bien. Sólo en una oportunidad en la que una madre no quiso dejar sola a su hija durante la entrevista, lo que dificultó la discusión de ciertos temas, pero al mismo tiempo, permitió profundizar sobre el rol de la madre en el proceso reproductivo de las jóvenes.

Proceso de Análisis

El análisis depende del enfoque cualitativo de la investigación, por lo que esta investigación al ser una investigación cualitativa principalmente etnográfica con un componente cuantitativo, el proceso de análisis se pensó como un proceso cíclico, y una actividad reflexiva, amplia, y sistemática pero no rígida donde los datos se fragmentaron y se dividieron en unidades significativas, pero con una conexión con el total y con una organización que se deriva de ellos mismos (Tesch 1990 citado en Coffey y Atkinson 2003, p.12).

De esta manera, la etnografía que se sistematiza en el diario de campo aumenta la comprensión de la realidad a medida que se recolectan los datos de las observaciones, entrevistas abiertas, semi-estructuradas y observaciones participantes. Es un proceso de análisis que se realiza antes, durante y después del trabajo de campo. “La etnografía está inmersa en la teoría cultural, y explica que las creencias y valores son compartidos entre los participantes, que las creencias y los valores son aprendidos, y que el comportamiento tiene patrones” (Morse, 1994, p.46).

Primeramente, toda la información fue transcrita a Word y posteriormente ingresada al software Atlas Ti. 6 para empezar a hacer varias lecturas minuciosas de todo el material. Para este análisis, se empezó escribiendo la parte socio-histórica para poder hacer un análisis donde se buscaron las relaciones entre las experiencias empíricas con las relaciones esenciales (Minayo, 2009, p.288). Posteriormente, como propone Galeano (2004), se hizo una primera codificación como un proceso para caracterizar y clasificar los datos y así poder analizar los datos existentes, establecer relaciones entre ellos y presentarlos de manera clara y completa. La codificación es útil para poder reunir los datos y crear categorías en base a alguna propiedad o elemento común.

Los datos se usan para pensar con ellos, y desde ellos generar ideas precisas. Con la codificación, ya es más fácil poder trabajar con los datos organizados y poder analizarlos en base a ellos mismos. Este proceso es una estrategia analítica, de esta manera, no es sólo reducir los datos para poder manejarlos sino poder codificar para identificar y reordenarlos para abrir más posibilidades analíticas (Coffey y Atkinson, 2003, p.33).

Como plantean Coffey y Atkinson (2003), con esta codificación, se puede pasar a la interpretación. En este trabajo de grado, se utilizaron tres tipos de categorías: descriptivas (características de los datos), explicativas (temas que se vuelven recurrentes y que parten desde el marco conceptual) e interpretativas (conceptualizaciones para organizar y vincular datos). En este proceso, se crearon un total de 91 categorías y subcategorías (categorías principales: contexto, comportamiento reproductivo, condición de Mujer y sistemas médicos) con 1251 unidades significativas. Además, como propone Galeano (2004), la construcción de las categorías se hizo recordando que tiene que ser complementaria (se relacionan los datos con coherencia), específica (cada categoría tiene un campo temático) y exhaustiva (tematizar de manera total los datos, y relacionar cada dato con el todo).

En esta etapa es importante poder ver lo común, lo que se repite, como lo irregular, se requiere comparar y contrastar los datos con ellos mismos y con el todo. Para facilitar este proceso y poder escribirlos de manera estructurada, se hicieron mapas conceptuales.

Para el análisis de la parte cuantitativa se hizo una revisión manual de la información, una limpieza de los errores y una digitalización en matrices en Excel. En el mismo programa, se

hicieron los cálculos: promedios, mínimo, máximo y porcentajes. Y se relacionaron en la parte de los resultados con la categoría correspondiente: menarca, inicio relaciones sexuales, entrada a la unión, primera gestación y primer parto. Como ya se especificó, el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos se hizo de manera separada. Es en la presentación de los resultados que se unen.

Proceso de Socialización y Validación

En todo este proceso, el rigor en todas las fases del estudio (planteamiento, registro, análisis y resultado) se logró siguiendo los criterios de credibilidad propuestos por Albert (2007): una observación persistente, una triangulación de tiempos, metodologías, investigadores, asesora, teorías y grupos de investigación además de hacer constantemente reuniones de socialización en la comunidad (p.153).

El proceso de socialización en la comunidad fue muy riguroso. Desde que entré al territorio con el trabajo de grado, lo presenté al gobernador y a las áreas afines con el proyecto: el área de salud y de mujer y familia. En la comunidad, siempre se buscó socializar el proyecto. De igual manera, se hizo una presentación de 20 minutos en Riosucio con la red de Salud Sexual y Reproductiva para exponer los objetivos y escuchar sugerencias o críticas.

En cuanto a la parte académica, se expuso el trabajo a personas competentes en el tema que discutieron conmigo los objetivos. Igualmente, se expuso la memoria metodológica a estudiantes de segundo semestre de antropología de la clase de métodos II. También, cabe anotar que este trabajo de grado fue merecedor del premio Jorge Bernal en su sexta versión, esto después de una

revisión sistemática y rigurosa de su coherencia y pertinencia para la investigación social colombiana.

Consideraciones Éticas

El presente estudio está guiado por la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia donde se estipulan los pasos y requerimientos para las investigaciones en el área de Salud. Según la clasificación, el trabajo presente no tiene riesgo por ser de tipo A.

Asimismo, ya que esta investigación se hizo con un pueblo indígena, se respetó la autonomía de las organizaciones indígenas (nacionales, regionales y comunitarias) para aceptar cualquier tipo de investigación o de intervención. De esta manera, para la entrada al campo, se entabló comunicación con el CRIDEC y con el Cabildo Indígena San Lorenzo, contándose con su aval. Además, se respetó la autonomía individual para participar en este estudio. El trabajo de socialización en cada comunidad y con grupos organizados, se hizo precisamente por este respeto a la autonomía política e individual, ya que en estos espacios se hacían preguntas y comentarios sobre el proceso investigativo y sobre mi compromiso como investigadora en la comunidad.

Mi compromiso ético como investigadora es garantizar la rigurosidad y fidelidad del proceso investigativo, desde el diseño, ejecución y análisis para obtener un producto que respete la realidad de la población con la que se trabaja, no simplemente con fines académicos sino también con fines comunitarios para que esta investigación le pueda servir a la comunidad para reflexiones y debates internos. De esta forma, fue muy importante, poder confrontar y debatir con algunas personas de la comunidad sobre el proceso investigativo.

En cuanto al diligenciamiento del consentimiento y asentimiento informado, siempre se presentó la totalidad del proyecto y sus objetivos; se discutieron las dudas e incomprensiones con las jóvenes antes de que firmarán el asentimiento y se les explicó que tenían toda la libertad de no contestar las preguntas que las incomodaran. Siempre se prestó atención a las señales de incomodidad por parte de las jóvenes, y con algunas, mejor se decidió no proseguir con la entrevista, ya que las jóvenes no expresaban directamente que no querían participar. Esto fue una dificultad muy grande, puesto que las jóvenes sentían que tenían la obligación de participar. Posteriormente, se le explicaba a la joven la importancia de consultar a sus padres y se les daba mi número o yo pedía su número para poder hablar con ellos sobre el tema. Muchos padres, ya los conocía por la socialización en la comunidad, lo cual facilitó el proceso. Sin embargo, algunos padres, por teléfono, manifestaron que no estaban de acuerdo, por lo que se detuvo el proceso con sus hijas. La joven llevaba el consentimiento a su casa, y el día después lo traía firmado para poder realizar la entrevista. Además, se les pidió el permiso para grabar, y se les explicó que la grabación no sería compartida con otras instituciones o investigaciones.

En el proceso investigativo, uno se encuentra con categorías importantes para el objetivo. En este caso, el tema de violencia sexual fue un tema recurrente en el proceso investigativo, sin embargo, se decidió mencionarlo pero no analizarlo ya que es un tema que requiere de mucha delicadeza y un proceso investigativo serio y más profundo. Con la consejería del Resguardo, se discutió y se decidió mejor no incluirlo. Además, se sabe que es un punto débil del que la sociedad dominante se apropia para deslegitimar la autonomía política sin reconocer su complejidad verdadera.

En cuanto al tratamiento de la información, los nombres verdaderos no están en los trabajos finales y sólo se utilizará la información con fines académicos, en este caso en el trabajo de grado. Desde el principio de la investigación, se tuvo mucho cuidado con la información recogida y se guardó en memorias y en carpetas las cuales siempre las tenía en un lugar seguro. Finalmente, si se van a utilizar los datos en otro trabajo, se buscará el permiso del cabildo y de las participantes.

Contexto socio-cultural e histórico del Resguardo Indígena San Lorenzo

En el siguiente apartado, se contextualiza la investigación con una breve descripción socio-cultural de los Emberá, del pueblo Emberá de Caldas y de los Emberá en Riosucio. Finalmente, con un poco más de profundidad se detalla el contexto de los indígena Emberá Chamí de San Lorenzo; su historia, lucha y resistencia son fundamentales para entender su situación en este momento y contextualizar la SSR de las jóvenes.

Los Emberá

En el Censo del DANE del 2005, 3.43% de la población colombiana se autoreconoció como indígena, o sea 1.064.229 de los colombianos. En la actualidad existen 102 pueblos indígenas y 710 Resguardos titulados ubicados en 27 departamentos y en 228 municipios del país ocupando una extensión de aproximadamente 34 millones de hectáreas equivalente al 29,8% del territorio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Después de las etnias Nasa y Wayúu, la etnia Embera es la más importante demográficamente con alrededor de 71.412 personas (Dirección de Censos y Demografía, 2005). Los Emberá se asientan en 7 subregiones y en 23 municipios de Colombia con algunos asentamientos en territorio Ecuatoriano y Panameño (Gobernación de Antioquia, 2014).

Los emberás, que en su lengua significa “gente”, pertenecen a la familia lingüística independiente Chocó (Cabrera y Alzate, 2009) y son considerados una macroetnia o una nacionalidad (Vasco, 1989) ya que se identifican con subgrupos los cuales corresponden a adaptaciones ecoculturales y a un contacto diferente con la cultura occidental, éstas son: las eyabida, dobida, chamí y siapidara (Ulloa, 1992).

Como lo plantea Ulloa (1992), en tiempo prehispánico, los emberás que se conocían como los chocó, catíos, cholo o chamí, vivían más que todo en territorios de selva tropical húmeda por las cuencas altas del río Atrato y San Juan (Chocó, Antioquia y Risaralda) y compartían "...la lengua nativa, la cosmovisión del jaibaná, la movilidad territorial, el gobierno no centralizado, la cultura selvática y la estructura social que radica en unidades familiares y en unidades sociales más amplias para el desempeño de diversas actividades" (p.5). Su sistema económico se basaba más que todo en la horticultura y la agricultura del maíz y de plátano, la caza de animales de monte, pesca y la recolección (Vasco, 1989). Las principales actividades son las agrícolas y son desempeñadas normalmente por los hombres los cuales hacen la tumba del monte y la roza, preparan todo lo de la siembra hasta su almacenamiento y se encargan de realizar las transacciones comerciales y el trabajo asalariado si es necesario. Las mujeres para complementar, se encargan de la cosecha, carga de productos y de todo el proceso de la alimentación (Ulloa, 1992).

Los emberás, al verse invadidos por los españoles por las guerras y las misiones religiosas, se dispersaron y se conformaron de nuevo en otros lugares lejos de la civilización. Se asentaron más que todo zonas selváticas de difícil acceso y sobrevivieron principalmente con su sistema económico de subsistencia. De esta manera, el territorio emberá fue segmentado y fraccionado por la conquista y colonización por lo que los diferentes subgrupos han tenido que configurar su tradición cultural con los territorios donde viven y por los contactos con los colonos o comunidades negras (Ulloa,1992). Sin embargo, es importante anotar que este grupo sigue

teniendo características generales por encima de las particularidades regionales (Ministerio de Cultura, n.d.).

Desde 1970, los emberás han luchado por recuperar sus tierras y por un reconocimiento político (Vasco, 1989), no obstante sigue teniendo problemas con el reconocimiento de sus derechos como indígenas, con la falta de tierras y con su derecho propio a desarrollar su salud, educación y la participación en los proyectos que hagan en su territorio (Ulloa, 1992, p.25). Además, los emberás hacen parte de los 34 pueblos incluidos en el Auto 004 (República de Colombia, 2009), es decir en situación de exterminio cultural o físico o en riesgo de estarlo por el conflicto armado.

Los Emberá Chamí

El Censo del DANE del 2005 reportó 29.094 personas autoreconocidas como pertenecientes al pueblo Emberá Chamí (o Chamíbida) siendo el 2,1% de la población indígena de Colombia, de las cuales el 50,2% son hombres (14.609 personas) y el 49,8% mujeres (14.485 personas). El pueblo Emberá Chamí se concentra en el departamento de Risaralda, en donde habita el 55,1% de la población (16.023 personas). Le sigue Caldas con el 24,8% y Antioquia con el 7,3%. Estos tres departamentos concentran el 87,1% poblacional de este pueblo (Ministerio de Cultura, n.d.).

En su mayoría, los emberá chamí habitan principalmente en las estribaciones occidentales de la Cordillera Occidental, en los valles del San Juan o en sus afluentes principalmente en Antioquia, Risaralda y Caldas (Vasco, 1986). Los emberá chamí fueron en su origen un grupo nómada pero siempre han tenido una fuerte relación con su tierra como la base de la existencia de la

comunidad sin una idea de propiedad o de valor económico sobre ella (Vasco Uribe 1973 citado en Ministerio de Cultura, n.d.).

La parentela es la base de la organización social, de su reproducción cultural y es su principal control social. En los chamí, se reconoce la figura de cabildo como base de su organización política, las cuales se reúnen en asambleas para tomar decisiones, aunque también se reconocen las autoridades tradicionales como el jaibaná o los médicos tradicionales (Ulloa, 1992). En este momento, las organizaciones indígenas regionales también los representan tal como el CRIR (Consejo Regional Indígena de Risaralda) o el CRIDEC (Consejo Regional Indígena de Caldas).

Su historia se caracteriza por su reducción a pueblos coloniales, una colonización exhaustiva de sus tierras, una política de disolución de Resguardos durante muchos años y el establecimiento de misiones religiosas para mejorar su educación y erradicar su idioma. Su producción cambió de manera radical con el monocultivo de café y con el fortalecimiento de los jornaleros ocasionales en las fincas de terratenientes y con el trabajo doméstico de las mujeres (Gálvez et al., 2002, p.14). Los emberá chamí por el despojo de sus tierras y por el establecimiento del internado misionero, han sufrido un etnocidio por la desintegración entre los indígenas y con su territorio lo que significó una asimilación casi total a la sociedad colombiana (Vasco, 1986).

Los Emberá en Caldas

En el Censo del 2005, en Caldas se reportaron 38,271 indígenas los cuales representan el 4,3% de la población total del departamento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Según el Plan de Salvaguarda (2012) del pueblo Emberá de Caldas, la población indígena se divide en 14

comunidades indígenas ubicadas en 10 municipios del departamento de Caldas (Mapa 1). Gran parte de los Resguardos, son el resultado de las migraciones forzadas o económicas de los pueblos indígenas de Caldas. Cinco de ellos están en pobreza extrema (Consejo Regional Indígena de Caldas, 2012) y de las 14 comunidades indígenas solo 6 tienen Resguardos constituidos: a dos de ellas (San Lorenzo y Escopetera y Pirza) el INCORA les tituló solo una parte de su territorio, 4 tienen reconocimiento del Ministerio del Interior como parcialidad indígena, dos están en proceso de estudio y dos están sin trámite.

Mapa 2: Ubicación de las comunidades indígenas de Caldas en el mapa físico



Mapa 1.
Mapa de la ubicación de las comunidades indígenas de Caldas en mapa físico.
Fuente: Plan de Salvaguarda (2012)

Es importante anotar que hay una falta de documentación sobre los pueblos indígenas de Caldas y sobre su pertenencia étnica principalmente por la situación de desplazamiento y violencia que ha desintegrado a varias comunidades y su identidad indígena.

Los Emberá en Riosucio

El municipio de Riosucio limita al Oriente con Supía, al Sureste con Filadelfia, al Sur con el departamento de Risaralda (Municipios de Guática y Quinchía), al Occidente con el departamento de Risaralda (Municipio de Mistrató) y al Norte con el departamento de Antioquia (Municipios de Andes, Jardín y Támesis). Se divide en 37 barrios, dos inspecciones rurales de policía en Bonafont y San Lorenzo y cuatro Resguardos indígenas: La Montaña, Escopetera y Pirza, San Lorenzo y Cañamomo y Lomaprieta, con un total de 116 comunidades (Municipio de Riosucio, 2016). Según el DANE para el 2013, Riosucio tenía una población de 60.061, y 50.686 se autoreconocieron a un Resguardo Indígena o sea el 84% son indígenas (Censo Indígena Riosucio, Caldas 2011 citado en Perfil epidemiológico del municipio de Riosucio, 2014). Dentro del mismo Riosucio se ven diferencias entre los Resguardos por sus diferentes poblaciones y contactos interétnicos.



Mapa 2: Mapa de la división Veredal del municipio de Riosucio, Caldas
Fuente: Perfil Epidemiológico de Riosucio (2014)

Según el Perfil epidemiológico (2014), el Hospital San Juan de Dios es la Empresa Social del Estado (ESE) y el prestador de servicio (IPS) más grande del municipio con servicios de primer y segundo nivel de atención. Cuenta con dos centros de salud en San Lorenzo (centro poblado y San Jerónimo) además de otros 11 puestos de salud distribuidos en la zona rural de Riosucio. En cuanto a lo hospitalario tiene para hospitalización de medicina general y especializada: ginecología, ortopedia, anestesiología y cirugía general.

En el 2014, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que atendieron la población de Riosucio fueron la Asociación Indígena del Cauca (AIC), aseguradora del régimen subsidiado para la población indígena y Cafesalud (aseguradora de régimen subsidiado). En este momento, las

Instituciones prestadoras de Servicios (IPS) para AIC es IPS MINGA, desde septiembre del 2014 en cinco comunidades de San Lorenzo: Lomitas, Roble, Costa Rica, Bermejál y Sisirá y el Hospital San Juan de Dios en el resto (en el 2017, empezó IPS Ingrumá Salud). La IPS Minga tiene como objetivo el cubrimiento de la población indígena. Cuentan con los servicios de un médico general, un enfermero jefe, tres auxiliares de enfermería, servicio de odontología y farmacia. En San Lorenzo, tienen 4 promotoras que hacen el acompañamiento de las familias en el territorio (Perfil Epidemiológico Riosucio, 2014).

La tasas de personal médico asistencial en 2014 fue de 0,74 Médicos por cada mil habitantes, es decir que hay un médico por cada 1350 habitantes, indicador que ha mejorado mucho pues en 2007 era de 1 médico general por cada 2500 habitantes. En cambio, hay una insuficiencia en la medicina especializada y por lo tanto una remisión frecuente para el tercer nivel de atención en Manizales o Medellín. La tasa de médicos especialistas es de 0,15 por mil habitantes lo cual nos indica que por cada 10000 habitantes hay un médico especialista, indicador que sigue similar desde el 2007 (Perfil Epidemiológico de Riosucio, 2014).

Según el perfil epidemiológico del Riosucio (2014), la morbilidad más frecuente en la población de Riosucio de 15 a 44 años es de caries de la dentina y para la gente mayor de 45 años es de hipertensión. Las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus, son las tres causas principales de mortalidad general en el 2014.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva del municipio, en el año 2014, se registraron en el municipio 494 nacimientos. Por cada 1000 mujeres de 10 a 18 años nació 3,5 hijos y por cada

1000 mujeres de 19 a 45 años nacieron 3,9 hijos. Lo cual indica que las embarazadas adolescentes están igualando los casos de embarazo en mujeres adultas en el tiempo. Según el perfil epidemiológico del municipio de Riosucio, en el año 2010 se reportan embarazos desde los 13 años, siendo más común entre los 16 y 19 años (Perfil epidemiológico del municipio de Riosucio. Capítulo 11: Salud Sexual y Reproductiva"., 2010) La mortalidad perinatal presentó 7 casos en el último año. Para la mortalidad materna, en el período 2007-2014 en el Municipio de Riosucio se presentaron 5 muertes maternas entre 2008 y 2011, en los años 2012, 2013 y 2014 no se registraron casos (Perfil Epidemiológico de Riosucio, 2014).

Los Emberá Chamí con raíces ancestrales de Armas y Sonsones de San Lorenzo

San Lorenzo es uno de los cuatro Resguardos Emberá Chamí del municipio de Riosucio, Caldas. San Lorenzo es el tercer Resguardo más poblado del municipio. Según el censo del 2015, tiene 6712 hombres y 6526 mujeres: siendo la mayoría de la población entre 9-25 años (2301 hombres y 2047 mujeres) y entre 26- 50 años (2156 hombre y 2165 mujeres) (Censo Comunitario 2015, Cabildo Indígena de San Lorenzo).

San Lorenzo se sitúa a 13 km de Riosucio y se conecta por una carretera pavimentada. Se conforma por una zona rural extensa y un centro poblado. El Resguardo limita al Oriente: con los municipios de Caramanta (Antioquia) y Supía (Caldas), al Occidente: con el Resguardo Nuestra Señora la Candelaria de La Montaña, al Norte: con el municipio de Támesis y Jardín (Antioquia) y al Sur: con el Resguardo de Cañamomo y Lomapieta.

El Resguardo tiene 6706 hectáreas de las cuales 49% es reserva natural protegida por el cabildo y la comunidad. El territorio indígena se divide en 21 comunidades: Aguas Claras, Bermejál, Blandón, Buenos Aires, Costa Rica, Danubio, Honduras, Llano Grande, Lomitas, La Línea, Pasmí, Piedras, Playa Bonita, Pradera, El Roble, San José, San Jerónimo, San Lorenzo, Sisirrá, Tunzará y Veneros.

A pesar de la semejanza entre las comunidades, el Resguardo se divide en tres áreas: Centro Poblado, San Jerónimo y San José, esto a causa de la cercanía con el centro poblado y a sus dinámicas comunitarias y debido principalmente a la proximidad geográfica entre las comunidades. Como plantea el Plan de Vida del 2014, el mayor número de pobladores se concentran en la parte baja del territorio en el centro poblado San Lorenzo y San Jerónimo. Mientras que la región más alta por encima de los 2000 m.s.n.m, se encuentra totalmente despoblada (Resguardo Indígena San Lorenzo, 2014). El área de San José (Piedras, San José, Veneros y Tunzará) es la parte alta oriental hacia Caramanta. Se caracteriza por tener más que todo monocultivo de café. En este trabajo, se centró la investigación en las comunidades de Veneros: 193 familias con 655 personas, Tunzará: 60 familias con 281 personas y San José: 194 familias con 662 personas.



Foto 3: Vista desde Tunzará hacia Veneros.
Foto Tomada por Oscar.



Foto 4: Vista desde Veneros de San José y su institución Educativa. Foto tomada por Sara Ortiz.

Contexto Histórico

En el Valle del Cauca existieron varios grupos nómadas por cientos de años, pero al llegar los españoles se estimaban alrededor de 80 cacicazgos, algunos de ellos eran emberá chamí y ocuparon la zona noroccidental del municipio de Riosucio y el noroeste del municipio de Mistrató (Caicedo, 2009; Zuluaga, 2006). En esta zona, se organizaban por grandes aldeas nucleadas y pequeños poblados a su alrededor que tenían diversos intercambios y compartían la importancia del cultivo de maíz (Valencia, 2010).

En 1539, Robledo empezó la fundación de los pueblos en el nombre del rey con la fundación de la ciudad de Anserma, ésta tenía jurisdicción española “...desde la tierra de los indios Gorriones (Cartago) al sur y las minas de Buriticá (Marmato) al norte...” y desde ahí se enviaron comisiones para explorar las regiones de los poblados indígenas en el actual Riosucio (Caicedo, 2009, p.54-60). Para la conquista de la región, Robledo empleó rancheos y asaltos, traductores,

traición, religión, secuestros, engaños, rivalidades entre indígenas, perradas, asesinatos, entre otros medios (Caicedo, 2009).

En 1627, el oidor de la Real Audiencia de Bogotá, Lesmes de Espinosa y Sarabía, por el maltrato de los encomenderos a los indios, escogió un sitio enorme abundante en agua donde los indios no se podían utilizar en minería por los encomenderos; ellos solo harían sus labores agrícolas tradicionales y sus artesanías propias para la despensa agrícola de los Reales de Minas (Zuluaga 2006, p.17). De esta manera, el Resguardo indígena del actual San Lorenzo se entregó a los Tursuagas y a 5 familias sonsoneñas (Tapasco, Gañan, Lengua, Blandón y Andica) trasladadas al territorio desde el sector de Sonsón de la provincia de Arma (actual sur de Antioquia y norte de Caldas) una aproximación de 15,000 hectáreas de lo que es hoy el Resguardo Indígena San Lorenzo con todos los atributos administrativos y políticos a la comunidad indígena (Tapasco 2000, p.27).

No obstante, los títulos de San Lorenzo se destruyeron en Anserma durante la guerra de Independencia. La Nueva República dictó, desde 1821, varias leyes para repartir los Resguardos, empero, San Lorenzo fue una rara excepción; en 1835, Juan de la Cruz Andica se fue a pie hasta Bogotá para aclarar los títulos originales. Juan de la Cruz Andica pudo exponer su caso y el presidente de la República, el General Francisco de Paula Santander, le ordenó al gobernador del Cauca proteger el territorio indígena y en 1836 se expidieron nuevos títulos al Resguardo con los mismos límites que había señalado el visitador Lesmes de Espinosa en 1627 (Caicedo, 2009).

En 1889, se siguió fortaleciendo la organización indígena con la otorgación de la **Escritura n.93** reconociendo las delimitaciones de 1627 y de 1836 en mano de 473 familias y constituyendo una comunidad civil como una figura de propiedad colectiva prevista en el Código Civil de 1873 “...para seguir siendo indígenas y continuar explotando en conjunto el territorio como lo vienen haciendo desde 1627; la comunidad sería dirigida por un Consejo de Indígenas y un Administrador, elegidos popularmente, pero con doble valor el voto de los comuneros con sangre indígena por las dos líneas” (Tapasco, 2000, p.27; Caicedo 2009, p.17).

La ley 89 de 1890, de cierta manera, permitió fortalecer la comunidad civil indígena de San Lorenzo, pues el gobierno le daba 50 años al Resguardo para hacer el repartimiento de sus tierras entre los comuneros. No obstante, la iglesia tenía que ayudar en este proceso para civilizar a los indígenas (Resguardo Indígena San Lorenzo, 2014). De esta manera, en 1905, se construyó la primera iglesia en San Lorenzo y en 1914 San Lorenzo se convierte en una vereda del municipio de Riosucio con su respectivo inspector. Con estos cambios políticos y religiosos, también se introduce en estos años el monocultivo del café, lo cual cambia de manera importante las dinámicas sociales y económicas. Igualmente, en estos años, los políticos de Riosucio eran repetitivos sobre el atraso de ser indígena y vivir en comunidad y le prometían a la población general y al cabildo que el gobierno podría facilitarles créditos y herramientas de trabajo cuando se tuvieran parcelas individuales (Caicedo 2009, p.19).

Después de los desastres de la Guerra de los Mil Días y la separación de Panamá, la clase dirigente necesitaba compensar con una modernización acelerada y una reapropiación territorial del país por lo que empezaron a dinamizar el mercado de tierra y a homogeneizar la población

como mestiza: esto significó la necesidad de disolver la propiedad colectiva de los Resguardos indígenas y su poder político. Con la Ley 19 de 1927 se ordenó disolver todos los Resguardos del país (Caicedo, 2009, p.14). Para el Resguardo Indígena San Lorenzo, esto significó que desde 1939 se hicieran varios intentos desde el gobierno para disolver el Resguardo. San Lorenzo, hasta ese momento, era un obstáculo para los políticos ya que, como lo observó el antropólogo Luis Duque Gómez al visitar esta parcialidad en 1943, pues el cabildo había logrado impedir eficazmente el ingreso de mestizos y blancos y además ejercía una autoridad muy fuerte en los comuneros (Duque, 1943). El Resguardo antes del siglo XX era muy cerrado y organizado, lo cual inquietaba a la elite del momento ya que buscaban la manera de tener sus tierras. En su informe, Luis Duque Gómez (1943), afirma que los indios de las comunidades de Riosucio, Quinchía y Guatica son del mismo origen de los de la familia del Chamí siendo Riosucio uno de los núcleos indígenas más fuertes del departamento (p.2). En este municipio vivían 15,000 indios, 5000 de ellos en San Lorenzo (el más poblado de todos) y "...aunque haya desaparecido por completo su idioma primitivo y la mayoría de sus costumbres son la de los blancos, sólo el tipo se conserva muy puro, en ciertas parcialidades sobre todo" (Duque, 1943, p.2).

Jorge Gartner de la Cuesta, oriundo de Riosucio, siendo ministro de Economía Nacional del presidente Eduardo Santos expidió el Decreto N° 2454 de 1939 (27 de diciembre), por el cual se ordenó disolver el Resguardo Indígena San Lorenzo y repartirlo en lotes entre sus habitantes o sea parcelarlo para que las tierras pudieran ser compradas (Caicedo, 2009). Sin embargo, este decreto no se llegó a ejecutar, y fue sólo hasta la **Resolución N° 1 del 20 de mayo de 1943** que declaraba el Resguardo inexistente por la falta de titulación necesaria para tener la calidad de

Resguardo argumentando que los títulos que se tenían no eran suficientes para acreditar la propiedad colectiva.

La disolución del Resguardo, para los comuneros de San Lorenzo, cambió drásticamente la organización económica y política que tenían sus antepasados y la identidad indígena, pues muchos se empezaron a considerar campesinos para evitar ser vistos como atrasados y para beneficiar de las ayudas del gobierno. Los indígenas pasaron a ser colonos adjudicatarios “...sujetos a otro régimen de propiedad y con más libertad para vender sus parcelas que era en últimas lo que le interesaba a quienes promovieron la extinción del Resguardo” (Caicedo, 2009, p.23; Tapasco, 2000). Como plantea el Plan de Vida (2014), con este debilitamiento organizativo, el proceso de aculturación fue cada vez más fuerte lo que conllevó a que los comuneros aceptaran con más facilidad las organizaciones e instituciones de afuera, la compra de tierras por colonos y su nueva identidad campesina.

Organización y Resistencia

Con el Frente Nacional, la disminución de la Violencia Política y el avance de los derechos de los pueblos indígenas a nivel internacional, el gobierno fomentó el aspecto agropecuario de las comunidades indígenas aceptando las formas comunitarias de propiedad al interior del sistema individualista dominante. Por este nuevo contexto el Ministerio de Agricultura expidió el Decreto N° 1130 del 5 de mayo de 1960, por el cual se crea la Reserva Indígena de San Lorenzo. De este decreto es importante resaltar que otra vez se le otorga a los indígenas de San Lorenzo la personalidad de comunidad, se convierte la reserva del baldío de 1943 a la forma de un título colectivo de usufructo sobre el baldío nacional, con destino de ser convertido en Resguardo, y se incluye como reserva todo el territorio reconocido en 1627 y 1836 (Caicedo 2009, p.24). Sin

embargo, esta figura de Reserva no le delegaba el poder político a los comuneros, por esto varios líderes, a pesar de la estigmatización y de la violencia en su contra querían recuperar sus tierras, sus procesos organizativos y comunitarios y su autonomía política

Bajo el gobierno de Carlos Lleras Restrepo se impulsó la Reforma Agraria y se promovió la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos (ANUC) en la cual participaron varios líderes de Riosucio, sobre todo de Cañamomo y San Lorenzo. En este proceso, los indígenas, hasta ese momento invisibles, tomaron conciencia y empezaron un proceso de organización propio (Tapasco, 2000).

Esto permite que desde los años 70, los indios surjan con su movimiento bajo los principios de Unidad, Tierra, Cultura y Autonomía. Con su organización y respondiendo a cientos de años de injusticias políticas, sociales y económicas, se promueven acciones reivindicatorias propias como recuperación de tierras, oposición a la división de los Resguardos, rechazo al terraje o servicio personal, rechazo al Instituto Lingüístico de Verano, oposición a las relaciones coloniales con la Iglesia, etc., y crean sus propias organizaciones por departamento. Estas toman forma con la creación de la Organización Nacional Indígena de Colombia en 1982. Desde allí lucharon por la raíz de sus problemas: la tierra y también por su reconocimiento político (Caicedo, 2009, p.25; Tapasco, 2000).

Para el caso de Caldas, se crea primero el Consejo Regional Indígena de Occidente (CRIDOC) en 1981, que reunía indígenas de Antioquia, Caldas y Risaralda y en 1982 se organiza el Consejo Regional Indígena de Caldas (CRIDEC) (Caicedo, 2009, p.25). En San Lorenzo, el proceso fue

muy duro ya que muchos no querían “retroceder” según ellos, pues ya eran campesinos, y volver a tener un cabildo y un Resguardo, implicaba volver a ser salvajes.

El proceso de recuperación del Resguardo empezó formalmente en la comunidad en 1983 con la asamblea de 700 personas en San Jerónimo. Sin embargo, tuvieron que esperar 16 años de muchos esfuerzos, sacrificios y organización, para que finalmente el 29 de junio del 2000, en la Resolución #010 se reconoció legalmente el Resguardo Indígena San Lorenzo como Emberá Chamí con raíces ancestrales de Sonsones y Armas. Sin estos mayores que sufrieron tantas humillaciones no se hubieran organizado, el Resguardo todavía estaría como muchos otros en el país careciendo de organización propia.

Organización Política

El Cabildo Indígena de San Lorenzo es una organización política conformada según los términos de la ley 89 de 1890, reconocido por el Estado Colombiano como una entidad pública de carácter especial para el gobierno propio del territorio y colectivo para la comunidad Emberá; según la constitución de 1991, las tierras comunales de los grupos étnicos son inalienables, inembargables e imprescriptibles (*Estatutos aprobados por las dos Asambleas de 2010-2011*, Cabildo Indígena de San Lorenzo).



Foto 5: Minga 2016, organización comunitaria del cabildo
Foto tomada por Sara Ortiz Ospina.

Es primordial anotar que debido a la disolución del Resguardo desde 1943 hasta el 2000, las Juntas de Acción Comunal, en esta época, eran la forma política de organización del territorio. Sin embargo, según el Plan de Vida del 2014, las Juntas de Acción Comunal son instituciones políticas que no respetan la diversidad étnica ni la cultura ancestral Emberá (Resguardo Indígena San Lorenzo, 2014, p.11). Según una noticia de la Patria del 21 de agosto del 2016, persisten varios conflictos con estas instituciones municipales, por ejemplo, en el 2009, el ex gobernador de San Lorenzo, Abel David Jaramillo, tuvo que instaurar una acción de tutela en contra de la alcaldía de Riosucio pues su alcalde en turno, Jesús Alberto Cardona, expresó que no se entendía con ningún cabildo ni con ningún Resguardo, pues solo reconocía a las JAC. Después de dos años tuvo efecto por un fallo de la corte constitucional que ordenó la suspensión de las JAC en zonas indígenas; los cabildos son la máxima autoridad de los territorios indígenas. Sin embargo, algunos comuneros propulsados por partidos políticos siguen proponiendo a las JAC, diciendo

que es un derecho de libre asociación (Espinosa, 2016).



Foto 6 : Asamblea general mitad de año, 2016.
Foto tomada por Sara Ortiz



Foto 7 : Cabildo indígena estudiantil, Institución Educativa San José.
Foto tomada por Sara Ortiz

Salud

El Plan de Vida (2014) plantea que el área de salud fue creada dentro de la estructura del gobierno propio para fortalecer la medicina tradicional y poder articularla con la medicina occidental para mejorar la salud de la población indígena en el territorio. El área de Salud está dirigida por un médico tradicional para poder cumplir con los objetivos. Asimismo, la medicina tradicional de San Lorenzo se ha conservado de generación en generación con los sobanderos, las parteras y los médicos tradicionales. Desde el año 1997, Ángel María Bueno inició la Escuela de Medicina Jaibía para la recuperación de la medicina ancestral, la preparación de jóvenes interesados en la medicina y Doña Berenice inició el proceso de la preparación de parteras, un oficio ancestral del territorio (Vargas & Bañol, 2008).

En San Lorenzo, también se cuenta con el centro de salud del centro poblado que tiene: enfermería, medicina general, odontología, transporte asistencial básico, toma de muestras, laboratorio clínico, citologías, gestación, seguimiento de desarrollo y crecimiento, rehidratación oral, vacunación, higiene oral, planificación general, promoción y prevención. Este centro tiene consulta médica, odontólogo y servicio de vacunación todos los días de 8am a 5 pm. El centro de salud de San Jerónimo tiene servicio de enfermería, prevención de enfermedad, promoción de salud y consulta médica todos los jueves. Para todo San Lorenzo, hay 5 promotoras y 2 auxiliares de enfermería para hacer visitas domiciliarias, visitas a pacientes, controles de pacientes sanos, procedimientos de primer nivel, asesoría en los diferentes programas, vacunación, educación y promoción de la salud y citologías (Perfil Epidemiológico de Riosucio, 2014).

Según el seguimiento del hospital San Juan de Dios de las gestantes del puesto de salud de San Lorenzo (algunas prefieren ir hasta el hospital San Juan de Dios), desde junio del 2015 hasta julio del 2016, ha habido 98 gestantes que han hecho sus controles en el puesto de salud de San Lorenzo con un promedio de edad de 23.23 años, siendo la más joven de 14 años y la mayor de 39 años. De las 98 mujeres, 23 mujeres usan anticonceptivos; 16 mujeres con la inyección y 7 se hicieron la ligadura de trompas. 37 de ellas están entre 10 y 19 años, o sea 37.76% del total las cuales se caracterizan por tener un embarazo de alto riesgo. De las 37, sólo 4 se declaran en unión libre y 1 casada. Sólo dos de ellas querían quedar en embarazo. Para finalizar, en el documento, se refiere a la distancia como el único obstáculo para que las jóvenes reciban una atención en salud adecuada (Comunicado interno del hospital San Juan de Dios, 2015-2016).

Economía

En San Lorenzo, la actividad económica gira principalmente alrededor de monocultivos como el café y la caña, seguidos del plátano, la ganadería y cultivos de pan coger. En menor grado, se ven también las artesanías y la minería artesanal para complementar las actividades. Asimismo, debido a la falta de oferta laboral en el territorio, el jornaleo fuera del territorio es la actividad más frecuente en la comunidad para mejorar la estabilidad económica de las familias. Sobre todo con la siembra y cosecha del café, se requiere de la mano de obra más que todo de los hombres y, en el trabajo doméstico, de las mujeres (Resguardo Indígena San Lorenzo, 2014, p .67).



Foto 8 : Cultivos de pan coger, rodeado por potreros, sector la Rinconada, Tunzará.
Foto tomada por Sara Ortiz



Foto 9: Monocultivo de café y plátano. Tunzará.
Foto tomada por Sara Ortiz

Según la información que la Federación Nacional de Cafeteros tiene de San Lorenzo en abril del 2016, el área promedio de las fincas de los caficultores registrados (1100) es de 0.98 hectáreas y el área utilizada para el café es de 0.65 hectáreas. El ingreso neto por año por familia cafetera es de 2.340.000 con un promedio de 6 personas por familia. En las propias palabras de la institución, “esto refleja la difícil situación económica de las familias cafeteras en la zona, debido a su poca productividad a la edad de sus cafetales y a la utilización de variedades que son susceptibles a enfermedades limitantes en el café como lo es la roya” (Análisis Corregimiento de San Lorenzo, 2016).



Foto 10: Cultivo de yuca, maíz y frijol.
Foto tomada por Sara Ortiz

El Plan de Vida del Resguardo (2014) prioriza la problemática con la producción y la economía del Resguardo, pues se tiene que evitar que los monocultivos arrasen con la agricultura ancestral la cual permite mantener una soberanía alimentaria. De este modo, en el Resguardo hay

custodios de semillas para no perder los conocimientos sobre la producción propia (Resguardo Indígena San Lorenzo, 2014).



Foto 11: Reunión del cabildo sobre producción propia. Foto tomada por Sara Ortiz.

Violencia y Conflicto Armado

El pueblo indígena del departamento de Caldas ha sufrido la violencia desde la independencia; pues ha sido un territorio donde se han vivido crudamente los vejámenes de las guerras civiles, de la época de violencia entre liberales y conservadores y del conflicto armado entre diferentes grupos desde 1970. Es un territorio estratégico para el paso entre el Chocó y el centro del país y además hay un gran interés por el control de sus recursos naturales desde diversos grupos, tanto legales como ilegales (Consejo Regional Indígena de Caldas, 2012).

Históricamente, San Lorenzo ha sido utilizado tanto por las guerrillas de las FARC, ELN y los paramilitares, más que todo las Autodefensas del Magdalena Medio utilizando comisiones en la

zona en el 2000 y desde el 2000 el Bloque Central Bolívar con el cacique Pipintá y el en 2007 con las Águilas Negras, como corredor indispensable para dominar la zona central del país (Observatorio Programa Presidencial para los Derechos Humanos, 2009).

Además, la violencia se ha caracterizado por ser selectiva en contra de los líderes con amenazas, persecuciones y asesinatos. Tres indígenas que se lanzaron a la alcaldía fueron asesinados (1987, 2002, 2003), y hace apenas más de un año, el hermano y el padre del gobernador que también eran líderes de la Medicina Tradicional y del Jaibanismo, fueron asesinados por el trabajo de defensa del territorio que hace el líder.

Aunque la violencia haya disminuido, el control por los recursos, sobre todo el oro, sigue siendo una preocupación para los comuneros, pues en el futuro puede significar aún más violencia. Las multinacionales mineras son una amenaza para el territorio ya que en el momento tienen minería en Marmato (Gran Colombia Gold) y concesiones mineras en Riosucio (12) y Supía (Consejo Regional Indígena de Caldas, 2012).

Según Abel David, exgobernador de San Lorenzo y exalcalde de Riosucio, casi 100% del territorio indígena está a solicitud de títulos mineros por las multinacionales, y agrega: "...eso está sujeto a consulta previa y a la concertación con los pueblos indígenas. En el municipio estamos en contra de la minería a gran escala, debemos seguir protegiendo nuestros ecosistemas. El tema de los títulos mineros es una situación que el Gobierno Nacional debe evaluar porque de avanzar nos convertiríamos en un pueblo sin territorio, con hambre y violencia, que es lo que genera la minería a gran escala"(Correa, 2015).

Como expone la Unidad de Víctimas, en este momento, el Resguardo está adelantando una reparación integral y colectiva que le exigió al gobierno para el saneamiento territorial, indemnización individual, reconstrucción del tejido social, identificación y exhumación de fosas comunes y protección de los líderes, entre otros para poder sanar todo el sufrimiento ocasionado en el territorio (“Resguardo indígena San Lorenzo (Caldas), trabajando en su recuperación emocional,” 2016).

Resultados

Comportamiento Reproductivo de las adolescentes de Veneros, Tunzará y San José

En esta primera parte de los resultados, se describe el comportamiento reproductivo de las adolescentes a partir de su calendario reproductivo, en otras palabras, cómo ellas viven y perciben su menarca, su inicio de relaciones sexuales, su entrada a la unión, su primera gestación, su primer parto, la lactancia y la limitación del número de hijos. El comportamiento reproductivo requiere de una comprensión de la vivencia biológica, social y cultural en torno al ciclo reproductivo. Por lo tanto, los resultados se basan en una relación compleja e interdependiente entre lo individual, grupal y estructural con las vivencias biológicas de las jóvenes.

Pese a que estas interconexiones en la vida real no se pueden separar, en este apartado, se acentúa el plan individual (micro): las experiencias, decisiones y percepciones de las vivencias directas de las jóvenes con una breve descripción de las influencias o contradicciones por su condición de mujer adolescente en el Resguardo Indígena San Lorenzo y por las historias y enseñanzas de sus abuelas y madres. De este modo, no se busca profundizar en detalles sino establecer algunas generalidades de sus vivencias para poder relacionarlas con su salud sexual y reproductiva en cuanto al acceso en los sistemas médicos y con algunos aspectos estructurales y grupales como la producción y las posibilidades de trabajo para las mujeres.

Los resultados de este apartado se construyeron principalmente con las 23 historias reproductivas (HR) de adolescentes entre 10 y 19 años de Veneros, San José y Tunzará. De las 23, 17 Historias Reproductivas se hicieron durante el trabajo de campo entre febrero y abril del 2016 y para complementar se utilizaron 6 HR del 2014 y sus respectivas entrevistas semi-estructuradas hechas con fines académicos para la clase de Antropología Médica. Como se expuso en la metodología, para utilizarlas se volvieron a pedir los asentimientos de las jóvenes y los consentimientos de sus padres.

El comportamiento reproductivo es presentado con datos cualitativos y un enfoque cuantitativo para mejorar su explicación con las edades: mínimas, máximas, promedios, intervalos promedios y con algunos porcentajes. La parte cualitativa se cimentó primordialmente con las entrevistas semi-estructuradas que se hicieron con las HR y con la descripción etnográfica; se triangularon las observaciones con las entrevistas abiertas y conversaciones con las mujeres mayores y

personal del colegio para entender con más profundidad las experiencias de las jóvenes ya que varios temas por ser delicados, no se hablan fácilmente.

Tabla 1: Resumen del Calendario Reproductivo de las 23 adolescentes entre 10 y 19 años de las comunidades de San José, Veneros y Tunzará.

Etapa Reproductiva	Edades		
	MIN (años)	MAX (años)	Promedio(años)
Menstruación	10	14	11.67 años
Inicio Relaciones Sexuales	12	17	14.29 años
Edad primera gestación	13	17	14.66 años
Edad primer parto	14.06	17.62	15.85 años

La muestra no es representativa ni de la población del Resguardo ni de las comunidades. La mayoría de las jóvenes entrevistadas fueron recomendadas con la ayuda de los profesores de la Institución Educativa de San José, otras por medio de la organización de mujeres del Resguardo y unas por algunos líderes de las comunidades.

En relación a la representatividad de las comunidades, 14 jóvenes son de San José, 7 de Veneros y 2 son de Tunzará. Al principio se intentó obtener un número igual de participantes en todas las comunidades pero fue casi imposible por la disponibilidad en el colegio y por la falta de tiempo de acceder a jóvenes de Tunzará que no estuvieran estudiando. Asimismo, en Tunzará hay una población más pequeña (60 familias, 281 personas) comparado con San José (194 familias, 662 personas) y Veneros (193 familias, 655 personas) (Censo Comunitario 2015, Cabildo Indígena de San Lorenzo).

Sin embargo, no hay una diferencia significativa entre las comunidades que afecte el comportamiento reproductivo ya que estas comunidades son de la parte alta hacia Caramanta y presentan dinámicas sociales, culturales y económicas similares. Los recorridos (transporte en jeep) llegan diariamente a las tres comunidades, siendo en San José un poco más accesible. Solo dos aspectos alteran un poco las dinámicas en San José donde se ubican la institución educativa San José y una iglesia evangélica, La luz del mundo, siendo los dos significativos pero no determinantes para ciertos elementos del comportamiento reproductivo de las adolescentes, ya que a las dos instituciones acuden de las tres comunidades.

En cuanto a la representatividad de las edades, las adolescentes de las HR se encuentran entre 10.58 y 19.82 años, con un promedio de 14.64 años. En la muestra, hay 5 jóvenes con un hijo y 1 embarazada con 1 hijo.

El grado de alfabetización de las mujeres es de 100% pues todas saben leer y escribir. En cambio, el acceso a la escolaridad es un poco menor pues el 87% está estudiando o en primaria o

en bachiller (solo una en sabatino), una es bachiller, y tres se salieron sin finalizar sus estudios de bachillerato por un embarazo.

Menarca: “...me sentía un poco mal, pero ya me fui acostumbrando”

De las 23 adolescentes indígenas, 21 han tenido su primera menstruación con una edad mínima a los 10 años y la edad máxima a los 14 años, siendo 11.67 años el promedio.

La menarca es el primer estado del ciclo reproductivo de las jóvenes que genera, en la mayoría de ellas, miedo y confusión. En palabras de una de ellas cuando le llegó la primera vez: *“me dio mucho miedo ... yo estoy mojada, será que me mie, y cuando miré, era pura sangre. Y mi mamá dormida, y yo no, ahorita se levanta y me pega, yo con un miedo no sabía cómo ponerme la toalla”* (Historia Reproductiva 12, Mujer de 15 años, San José). Las jóvenes que expresan estas emociones de miedo y confusión se impactan principalmente por la sangre y porque no saben qué hacer. No obstante, varias jóvenes también vivieron su primer sangrado como algo “normal”, debido primordialmente a que sus madres ya les habían mencionado lo que era o porque a sus hermanas o primas mayores ya les había llegado. Una de ellas expresa cuando le llegó el periodo *“me pareció normal porque ya mi mamá me había hablado de eso. Entonces no, normal, me pareció normal, fui al baño y ya”* (Historia Reproductiva 8, Mujer de 16 años, Tunzará). En estos casos, cuando la madre le ha mencionado a la hija algunas de las consecuencias de la menstruación antes de su menarca, disminuye el sentimiento de miedo y de confusión y se asume de manera más natural el cambio en el cuerpo.

La menarca para las jóvenes es más un aspecto al que se tienen que acostumbrar y no tan explícitamente un asunto de paso entre niña y mujer, pues ellas consideran que se sienten

“normal” o “igual” después de su primer sangrado. Una joven de 13 años, por ejemplo, al día siguiente de su menstruación describe: “...*pues si me sentía un poco mal, pero ya me fui acostumbrando. Si toca*” (Historia Reproductiva 4, Mujer de 13 años, Veneros). Aunque algunas efectivamente notan un cambio fisiológico, pocas lo relacionan explícitamente con la transición hacia ser mujer. Más bien se mencionan algunos cambios como cuenta una de ellas después del primer sangrado: “...*ya no me gustaba jugar ni con los muñequitos. Y ya ahora ya los guardo*” (Historia Reproductiva 2, Mujer de 17 años, Veneros). Aunque este tipo de comportamiento puede parecer algo sutil, las jóvenes tienen que empezar a adaptar su comportamiento al cambio fisiológico.

Además, los cambios de niña a mujer se dan esencialmente por los consejos que les da su madre para empezar a cuidarse y a comportarse correctamente, pues en el caso de las jóvenes, no hay ningún ritual o fiesta que se asocie directamente con el primer sangrado. La fiesta de quince años, aunque tiene que ver con el crecimiento de las jóvenes se relaciona más con el hecho de no tener hijos a temprana edad: “...*para celebrar los quince que cumple la muchacha y que no se ha metido con ningún muchacho. Por acá si alguna muchacha de quince llega a los quince y está embarazada o tiene un niño pues no le celebran los quince*” (Historia Reproductiva 20, Mujer de 12 años, San José).

La madre es entonces fundamental en este proceso pues es la que aconseja y guía a la joven en su comportamiento. En el colegio también les explican pero ninguna adolescente expresó que haya sido importante para esta etapa, sino más bien para aprender un poco sobre los métodos de planificación. Por ejemplo, una joven recuerda como en cuarto de primaria “... *la profe nos habló que cuando le venía a uno, que era, sí que desarrolló, uno iba formándose, y no me*

acuerdo más” (Historia Reproductiva 4, Mujer de 13 años, Veneros). Como ella, muchas jóvenes no recuerdan bien lo que les dicen en el colegio, y más bien expresan que las explicaciones y consejos de sus madres son lo principal en esta etapa.

Las explicaciones y consejos de las madres en cuanto a la menstruación se centran en que la regla les llega a todas las mujeres, que es algo normal y que hace parte de la maduración de la mujer por lo que las madres les reiteran “... *ustedes ya se tienen que cuidar mucho que por ejemplo si quieren tener una relación pues no, con eso es más fácil que quede embarazada*” (Historia Reproductiva 6, Mujer de 17 años, San José). La menarca no significa estar cerca de contraer matrimonio, todo lo contrario: muchas madres empiezan a regular más a las hijas y a darles consejos para cuidar bien su cuerpo que ya es capaz de procrear. La mayoría de las adolescentes establece una íntima e importante relación con la madre en el proceso reproductivo para aprender a cuidarse como mujer.

Las jóvenes empiezan a cuidar sus cuerpos después de la menarca para evitar un embarazo, mas no consideran que tienen que cuidarse durante sus sangrados mensuales. Durante estos días de menstruación, las jóvenes siguen su cotidianidad pero no hacen tanta fuerza como trapear y tratan de bañarse con agua tibia. Empero, el hecho que no lo hagan, no quiere decir que no conozcan los cuidados necesarios durante la menstruación tal como expresa una joven: “*las duchas deben ser con agua caliente para que no le dé tan duro, porque no le haga daño a uno, es que el frío se le empieza a meter a uno, y que por eso lo de los dolores*”, no obstante después cuando la misma adolescente explica cómo se cuida dice: “*...mi mamá me explicó, sino que calentar agua que pereza, con esos calores, yo me baño con agua fría, más bueno con estos calores*” (Historia Reproductiva 6, Mujer de 17 años, San José).

Este desgane también se ve con las bebidas calientes de plantas. Por ejemplo, una joven explica “...mi mamá me dice quisque el agua de romero que para que no le duela el estómago, y pues yo no me he tomado eso, y ayer me hizo una agua quisque de caléndula pero no me la tomé” (Historia Reproductiva 18, Mujer de 11 años, San José). De esta manera, con la menstruación, muchas jóvenes no consideran necesario cuidarse y siguen su cotidianidad normalmente, a menos que tengan cólicos o dolores en el cuerpo y solo ahí acuden a sus madres o abuelas para sus cuidados.

Inicio de Relaciones Sexuales: “Charlando” con los novios

El inicio de las relaciones sexuales en la vida de las adolescentes indígenas de San Lorenzo se asocia estrechamente con los noviazgos, los cuales no son prohibidos tajantemente en la comunidad pero si producen mucho temor en las familias. Habitualmente en un periodo cercano a la menarca, la joven recibe consejos principalmente de la madre pero ya debe empezar a decidir por ella misma sus acciones y a conocer las implicaciones de las curiosidades que produce la sexualidad, sobre todo por las posibilidades de un embarazo.

De acuerdo con las 23 historias reproductivas, 30.43% ha tenido una relación sexual, con una edad mínima de 12 años y máxima de 17, y un promedio de 14.29 años. El intervalo promedio entre la menarca y el inicio de relaciones sexuales es de 2.57 años.

El noviazgo es la posibilidad de conocer a alguien sin ir a convivir juntos y poder tener relaciones sexuales antes de la unión conyugal formal, así la mayoría de las adolescentes

participantes iniciaron las relaciones sexuales con sus novios. Hablar de relaciones sexuales es un asunto muy íntimo, por lo tanto ellas cuentan más abiertamente sobre sus novios siendo normal entre los jóvenes desde alrededor de los 11 años. Como cuenta una joven de 15 años al preguntarle sobre su novio: *“Pues la verdad...si...hace pues desde los 12 años, llevaba 2 años con él. Pero él me terminó ...Cumple 20 años ahora, pero ya no charlamos...Y ahora, tengo un amigo ahí y charlamos y todo”* (Historia Reproductiva 1, Mujer de 15 años, Veneros). Aunque algunas tienen novios de su misma edad, muchas prefieren novios mayores pues consideran que son más maduros y responsables.

Con esa respuesta también se puede vislumbrar que los noviazgos empiezan rápidamente y son flexibles; estos pueden durar algunas semanas “charlando”, o sea compartiendo conversaciones y actividades con alguien que les interesa más allá de una amistad para después ser novios:

Hace una semana estamos juntos. Es del colegio es que un día yo iba a almorzar entonces el niño me llamó y me dijo que si quería ser amigos, yo le dije que sí. Al otro día, que si podíamos hablar detrás del salón, y me preguntó que si podíamos ser novios y yo le dije que sí. Pues, no me gustaba mucho pero bueno, nos dimos un beso y ese fue mi primer beso.

[Me da] regalitos, salimos a caminar (Historia Reproductiva 20, Mujer de 12 años, San José).

Primero charlan para conocerse y después son novios lo que implica hacer actividades de amigos pero además darse besos. Las jóvenes alrededor de los 14 y 15 años, siguen charlando con los novios, pero en vez de besos, se empiezan a interesar por las relaciones sexuales.

Tener novio no es un asunto mal visto a nivel social, sin embargo, los noviazgos se relacionan con las relaciones sexuales por lo que algunas familias deciden prohibirlos y otras aceptarlos pero con condiciones. Una joven recuerda las palabras de su madre: *“Que, no nada, que si puedo tener novios, pero solo así, como por ejemplo no relaciones sexuales que cuando vaya a hacerla le diga a ella”* (Historia Reproductiva 20, Mujer de 12 años, San José). Las madres pueden dejar a sus hijas tener novios, no obstante temen que esto implique su inicio de las relaciones sexuales por lo que algunas tratan de mejorar la comunicación con sus hijas para poder aconsejarlas.

Por el otro lado, algunas familias simplemente les prohíben a las jóvenes tener novios. No las dejan salir con muchachos hasta que ellas ya sean mayores: *“Mi mamá no me deja hasta los 17 años. Yo le hago caso a mi mamá”* (Historia Reproductiva 20, Mujer de 12 años, San José).

Además de los límites familiares, algunas obedecen a las prohibiciones, porque también consideran que tener novio no las deja estudiar: *“Yo nunca he tenido novio, prefiero pensar en mis estudios”* (Historia Reproductiva 16, Mujer de 15 años, San José). Un novio puede implicar que descuide sus estudios o hasta que deje de estudiar por un embarazo. No obstante, no todas obedecen y prefieren esconder a sus novios para evitar problemas o por no tener la confianza suficiente para contarle a sus madres: *“No yo nunca le conté a mi mamá”* (Historia Reproductiva 7, Mujer de 18 años, Veneros). De todas formas, las relaciones sexuales se inician con los novios estén aceptados o no en la familia.

Finalmente, el inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes participantes también se relaciona con la primera gestación; 3 de las 23 jóvenes madres participantes dicen haber quedado en embarazo en la primera relación sexual con su novio. Una de ellas tenía *“17 años. La primera*

relación sexual quedé en embarazo” (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará). En palabras de otra joven en cuanto a su primera relación sexual: *“a los 14 años, con mi novio. Pues, es el papa de la niña”* (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros). En ambos casos, el inicio de relaciones de las adolescentes está relacionado con sus novios y con el inicio de la primera gestación.

Entrada a la unión: *“yo ni siquiera en mis planes estaba de casarme”*

La entrada a la unión para las jóvenes participantes se proyecta después de haber estudiado y adquirido un trabajo estable para evitar la dependencia económica del esposo. No es una aspiración primordial para las adolescentes mucho menos a temprana edad ni siquiera cuando quedan en embarazo pues la entrada a la unión no es una etapa fundamental en la vida reproductiva de las mujeres. De las participantes, 21 de las 23 se proyectan casadas después de los 23 años y cuando hayan terminado sus estudios y solo una joven del total de las participantes entró a la unión por un embarazo no deseado a los 17 años.

La entrada a la unión para las jóvenes aunque pueda ser una decisión propia y por amor a su novio, significa tener que tomar el rol de esposa, o sea encargarse de la cocina y del hogar, lo cual ellas sienten que no las deja seguir con sus sueños: *“Ya voy a terminar [el bachillerato], tenía un novio de 30 años en Medellín pero no quiero ir a vivir con alguien para cocinarle, quiero estudiar derecho”* (Entrevista abierta 4, Mujer 18 años, Tunzará, 2016). Para las jóvenes participantes, como plantea una de ellas, la entrada a la unión: *“a tan temprana edad no. Yo primero pienso hacer mi estudio en medicina”* (Historia Reproductiva 22, Mujer de 12 años, San

José). Según ellas, casadas o viviendo con alguien a temprana edad no tendrían tiempo para finalizar sus estudios y poder dedicarse a la carrera que quieren.

De hecho, la única joven que se casó, lo hizo a pesar de que su familia le haya ofrecido el apoyo para seguir estudiando y así evitar que ella dependiera de su esposo, como lo relata la joven:

...mi papá [me dijo] “no se case, mire que yo la apoyo... si quiere nosotros le ayudamos a levantar la niña, usted no necesita de su esposo”, cuando mi hermano: “que no se case”, cuando mamá me dijo “no se case, que nosotros le apoyamos” (Historia Reproductiva 6, Mujer de 17 años, San José).

Las familias de las jóvenes no son una presión para contraer matrimonio, ni siquiera con un embarazo. En este caso, es pertinente mencionar que la joven de 17 años y su esposo van a la iglesia Evangélica la Luz del Mundo en San José, por lo que esto pudo haber influido en esta decisión.

Sin embargo, la decisión de esta joven de 17 años no refleja sus proyecciones antes del matrimonio lo que muestra el choque que existe entre los sueños de las jóvenes y la realidad a la que se tienen que enfrentar: *“yo ni siquiera en mis planes estaba de casarme, que yo si algún día me caso que sea que ya después del colegio terminado mis estudios cuando tenga un trabajito, quisque para no depender de él, pa’ no estar pidiendo plata”* (Historia Reproductiva 6, Mujer de 17 años, San José). En este momento, le toca depender de su esposo quien encontró trabajo en Pereira por lo que se tuvo que salir del colegio sin finalizar once. Esto no es un caso único. Las proyecciones de estudio, trabajo e independencia de las jóvenes son complicadas de alcanzar por los limitantes principalmente económicos que tienen las mujeres indígenas del

Resguardo pues no pueden seguir estudiando después del bachiller ni conseguir trabajo en su territorio.

En menor medida, la entrada a la unión para las jóvenes se vuelve una solución a falta de posibilidades de trabajo como lo era para muchas de sus madres y abuelas. Casarse se considera como una solución para los problemas económicos: *“Mmm... casar, casar que digo yo. Si casar si, mientras uno no se casa, el marido se va a conseguir otras. No más maluco, y no responden por uno en cambio si uno está casado ahí si responden por uno”* (Historia Reproductiva 12, Mujer de 15 años, San José). Son muy pocas las que hacen este tipo de comentarios, pero se vuelve palpable cuando las adolescentes quedan en embarazo.

Una madre adolescente de 18 años de Veneros recurre al apoyo económico del padre de uno de sus hijos, pero opta por no casarse para evitar los problemas que conlleva el matrimonio:

...estoy muy joven, y tampoco me gustaría casarme mire el espejo de mi mamá. Mire que tengo un espejo que me mira, y me siento mejor en una relación así (de novios)...más bien dura la relación así que casado. Mantiene uno emproblegado que una cosa que la otra... Él me ha ayudado cuando estaba más chiquito mi hijo, que para controles, que pañales, yo le veía como un amigo pero un día, hasta que me empezó a enamorar (Entrevista Abierta 6, Hija 18 años, 2016).

Aunque la joven requiera del apoyo del hombre, no se casa ya que siente que todavía es muy joven y retoma la mala experiencia de su madre con el matrimonio para optar por mantener un

noviazgo. Esta situación muestra cómo a pesar de las necesidades económicas de las madres adolescentes, el matrimonio no se vuelve ni una obligación ni un deseo.

Primera Gestación: “*Ya no puedo jugar, ni brincar que ya soy una madre*”

La primera gestación es una etapa conflictiva en los primeros meses para las adolescentes pues empieza con el miedo de aceptar su embarazo y de la reacción de la familia. Es un momento de soledad y de angustia por lo que las jóvenes descuidan los primeros controles prenatales. En los siguientes meses, el ánimo de las embarazadas depende de la acogida y del apoyo de la familia, que muchas veces la empiezan a apoyar pero con nuevas condiciones y responsabilidades en el hogar.

De las 23 jóvenes, 6 han tenido por lo menos un embarazo o sea 26.09% de las participantes y 1 ha tenido dos embarazos. La edad promedio de la primera gestación fue de 14.66 años, siendo 13 años el mínimo y 17 años el máximo. Entre la menarca y gestación hay un promedio de 2.83 años de intervalo. Ninguna de las seis jóvenes tuvo un embarazo deseado lo cual es muy común en las adolescentes de San Lorenzo.

Las adolescentes participantes se dieron cuenta de su embarazo entre el segundo y el quinto mes por miedo y/o por no querer confrontar sus cambios fisiológicos, como el retraso de su menstruación, mareos o vómitos, afectando así el inicio de los controles prenatales. Algunas lo esconden conscientemente pero otras especulan que es un retraso normal de su menstruación.

Una joven por un examen médico se dio cuenta: *“Me dijeron que tenía dos meses, me había retrasado, será que si, pues a mí me parecía normal porque a veces me pasaba eso”* (Historia Reproductiva 6, Mujer de 17 años, San José). Otra joven se dio cuenta de sus 4 meses de embarazo porque su mamá la llevo al hospital ya que no le llegaba la menstruación: *“...entonces mi mamá me preguntó si es que yo estaba en embarazo, pero que no, yo no estoy en embarazo, que yo no quería tener hijos, estoy muy joven, y mentiras. [Cuando fui al hospital me dijeron] que yo estaba en embarazo y tenía 4 meses”* (Historia Reproductiva 17, Mujer de 15 años, San José). Las adolescentes al verse confrontadas con un embarazo se consideran muy jóvenes para ser madres.

En la casa, el embarazo de las adolescentes ocasiona rabia y decepción. Todos estos reproches se mezclan con la frustración de un embarazo no deseado lo que genera en las jóvenes mucha tristeza: *“ya cuando me salió positivo, yo no hacía sino llorar. Pero era cómo le digo a mi mamá, yo eso días no podía vivir tranquila. Yo era triste, aburrida, no...mejor dicho era horrible”* (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros). Después de su tristeza por la noticia, su familia le reprochó, sobre todo su padre:

...me dijo de todo, y yo sólo llorar y llorar, y me dijo ya está hecho, pues yo no le pegó. ¿Qué ganó con pegarle? Porque al igual si yo le pego, no va a cambiar que usted esté en embarazo. No y ya mi mamá me dijo que lo hecho, hecho estaba, pero que ella no me iba a apoyar en nada, y mi papá estuvo como dos semanas, no me hablaba, era indiferente conmigo (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros).

Las jóvenes tienen que pasar por esta fuerte etapa de rechazo y además empezar a asumir su rol de madres, pues principalmente, para sus padres, si su hija tuvo relaciones y además quedó en embarazo, tiene que asumir su responsabilidad ayudando más en la casa y dejando de estudiar. Tal como cuenta una adolescente de 15 años con su gestación *“Ya no puedo jugar, ni brincar que ya soy una madre”* (Historia Reproductiva 17, Mujer de 15 años, San José).

Las adolescentes, no obstante, se ven con la nueva imagen de madres la cual no concuerda con sus vivencias y experiencias; no se sienten preparadas para ser madres ni tienen como responder solas por sus hijos. Con el embarazo se dan cuenta que son demasiado jóvenes, y con la gestación reflexionan más sobre su situación: *“no, uno joven apenas aprendiendo a vivir a experimentar, ya es muy complicada, la juventud es más complicada”* (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros). Ellas no se sienten preparadas para tener hijos tan jóvenes y menos a tomar una responsabilidad solas.

La reacción negativa en las familias afecta tajantemente la gestación de las adolescentes, no obstante, en todos los casos de las jóvenes entrevistadas, después de algunos meses, la familia empezó a aceptar el embarazo. Una madre, aunque su esposo, le quisiera quitar el apoyo a su hija y echarla de la casa, le dijo: *“...así me toque hacer lo que sea con ella, ella de aquí no se puede ir, no yo no le puedo dar la espalda a esa muchacha, ahora que me va a necesitar”* (Historia Reproductiva 23, Mujer de 14 años, San José). Como se expuso, durante la menarca, la mayoría de las madres indígenas acompañan a sus hijas, no obstante ante una eventual gestación de la adolescente, su rol de protección y de cuidado se vuelve aún más importante y se fortalece para el bien de su hija y de su nieto, como le dijo una madre a su hija: *“...que pa’ que lloraba que eso*

me iba a afectar a mí y al bebé, y ya, ya después cambió conmigo, mi mamá, ya con los antojos...” (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros). El apoyo de la familia cambia radicalmente el sentimiento de tristeza de las jóvenes. No obstante, es importante anotar que en observaciones de campo y en varias conversaciones con líderes y mujeres de las comunidades, un número considerable de adolescentes embarazadas no cuentan con el apoyo económico ni emocional de sus padres.

Otra característica de la primera gestación de las adolescentes, es el poco apoyo de los padres, lo cual no es particular por ser adolescentes, sino que es una generalidad en el proceso de gestación y de crianza en el Resguardo. Varios padres huyen la responsabilidad, pues es la mujer la que tiene la obligación de cuidar a sus hijos: *“Yo cuando estaba en embarazo, a él le dijeron que la niña que estaba esperando no era la niña de él. Se dejó llevar de ese cuento, y él negó mucho a la niña”* (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros). Otra con una experiencia similar señala: *“...no volví a hablar con él, donde me hubiera dicho que él hubiera respondido por la niña hubiera seguido hablando con él pero como no quería porque la criatura que yo estaba esperando no era de él, sino que era de otro”* (Historia Reproductiva 23, Mujer de 14 años, San José). De vez en cuando, los padres envían comida o acompañan a una cita médica, pero su compromiso se limita a lo que él quiere dar. De esta manera, en la gestación, el padre juega un rol casi nulo contrariamente a su familia quién se convierte en su mayor apoyo.

En cuanto a los cuidados en esta etapa del ciclo reproductivo, las adolescentes participantes acuden principalmente a los controles prenatales. De hecho, al preguntarles sobre sus cuidados, las jóvenes mencionaban: *“Que tenía que cuidarme, no hacer esfuerzo. Estar haciendo los*

controles, iba cada mes, sólo una vez no fui, pero regresé” (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará). Ir a los controles hace parte de su cuidado pues, según ellas, es fundamental tanto para su bienestar como el de su hijo.

Desde la postura de las adolescentes participantes, la gestación es una etapa que no requiere de tantos cuidados minuciosos. Muchas jóvenes se cuidan simplemente evitando hacer fuerza: *“los tres primeros meses me cuide, no hacía esfuerzo. Trataba de estar lo más quieta, que mi abuela me dijo que me cuidará los tres primeros meses que eran los más importantes ...”* (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará). Asimismo, los cuidados dependen, como con la menarca y menstruación, en gran parte de la madre o abuela: *“mi mama me decía que debía de cuidarme mucho, ellos me explicaban lo que no debía tomar o hacer. No me acuerdo mucho, tomar cosas calientes, no cómo recoger vientos o agua, y que mas, no hacer fuerza y que más. No me acuerdo...”* (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros). Sin embargo, es importante anotar que no se pudieron establecer generalidades en cuanto a los cuidados con bebidas y baños en esta etapa.

Primer Parto: “Yo me sentía mal, toda sola”

El primer parto de las jóvenes de San José, Veneros y Tunzará es un momento de mucha tensión que requiere del apoyo familiar para poder estar tranquilas y no sentirse solas. Alrededor de las decisiones de cómo y dónde se va a desarrollar el proceso de parto existe mucho temor por los riesgos posibles y por las implicaciones de las cesáreas.

De las 23 participantes, 6 han tenido un parto. Todos los partos fueron en el hospital; 2 de ellos fueron por cesáreas y el resto fue natural. La edad mínima del primer parto fue de 14.06 años y la máxima de 17.62 años con un promedio de edad de 15.85.

En el caso del parto hospitalario, las jóvenes saben que por ser adolescentes pueden tener más complicaciones durante el parto y por ende, una cesárea es muy probable, lo cual causa angustia pues todas las entrevistadas prefieren el parto natural. Hasta en los momentos críticos esperan poder evitar la cesárea: *“Porque yo iba a tener la cesárea, por tener riesgo de perderla, porque yo era muy pequeña, muy chiquita todavía, si tenía riesgo de embarazo, cuando ese día, ese bebé está muy abajo, entonces gracias a dios la tuve normal”* (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros). Otra joven, en su ansiedad, utilizó bebidas tradicionales para evitar la cesárea: *“Las aguas de brevas, esas frutas, para aligerar para que el niño naciera normal, pero no eso no me funcionó. Eso es amargo, la manzanilla macho que para poderlo tener normal, pero tampoco me funcionó, y pa’ nada porque al final me lo sacaron por cesárea”* (Historia Reproductiva 7, Mujer de 18 años, Veneros). La mayoría pudo tener sus hijos por parto natural, no obstante, es importante mencionar que la cesárea, en los dos casos, fue necesaria por complicaciones en el parto, en palabras de una joven que le hicieron la cesárea: *“No, si yo estaba ahí era muriéndome”* (Historia Reproductiva 7, Mujer de 18 años, Veneros).

En el proceso de parto, las adolescentes también enfatizan su sentimiento de miedo y soledad. El parto en las salas hospitalarias es solitario: *“Yo me sentía mal, toda sola...pero que no que todavía no puede entrar, hasta que la pasemos a sala, ahí adentro, pero...cuando me pasaron, y ya nadie me volvió a visitar, nadie, nadie”* (Historia Reproductiva 6, Mujer de 17 años, San

José). Muchas tienen que ir solas o con una persona que les quiere ayudar como la suegra, o muy pocas veces el papá del hijo:

...no mi mamá no estaba, pero usted sabe que en ese momento, lo que uno más necesita es a la mamá. Mi mamá me llamo y me dijo: “hija, ¿cierto que eso es muy duro?”, y yo no hacía sino llorar, “usted sabe que la necesito es a usted y todo” (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros).

La soledad es algo reiterativo en el proceso de parto hospitalario pero se acentúa cuando no está la madre. La mayoría de las madres acompañan a sus hijas en el parto hospitalario y les ayudan a llevar ropa y comida. No obstante, como se mencionó en la gestación, algunas madres optan por no apoyarlas ni emocional ni económicamente durante el parto.

Después del parto, la mujer y el recién nacido requieren de una etapa de transición de alrededor de 40 días para reponerse del desgaste fisiológico y emocional del embarazo: esta etapa se denomina puerperio o mejor conocido por las mujeres del Resguardo, como la dieta. Las jóvenes entrevistadas reiteran que quedan muy frágiles emocional y físicamente y requieren de mucho apoyo familiar ya que no se sienten con la capacidad de realizar las tareas del hogar como trapear, cocinar o lavar ropa. De todos los ciclos reproductivos, es en la dieta que las adolescentes se cuidan más; las pautas culturales de cuidado se ven más claras y de manera más consensuada. Los cuidados se centran principalmente en la alimentación: guineo con gallina criolla, calditos, chocolate, comida sin cenizas y también en cuidarse de los fríos con baños y bebidas calientes:

Pero 40 días no, solo 1 semana, y yo me cuidaba mucho, y que verdad uno queda muy débil. Yo me sentía mi estómago diferente, sentía mi estómago

raro, todavía me sentía en embarazo pero más liviana, no me enfermé ni nada. Me cuidaba mucho, no hacia fuerza, no me ventaba, mi mami me llevaba la comida a la cama, pero uno se aburre en la cama (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros).

Las jóvenes sienten la necesidad de cuidarse, pero tampoco siguiendo exactamente las tradiciones de sus abuelas: *“eso es muy aburridor, estar 40 días acostado sin dejarlo salir a uno. Que por que el viento el frío y el calor”* (Entrevista abierta 3, mujer 18 años, San José). Solo una joven dice haberse cuidado los 40 días; el resto entre 1 o 2 semanas.

El aburrimiento es una palabra reiterada para hacer alusión a unos cuidados tan rigurosos, sin embargo, en los cuidados de las jóvenes, también se pueden vislumbrar las contradicciones entre la generación de las abuelas y la de las madres, las cuales, en algunos casos, difieren sobre los cuidados necesarios y sus afectaciones en la salud de la madre y su hijo. Una adolescente cuenta que su madre no se cuidó, porque ella relaciona el cuidado con debilidad:

No porque no, les enseñaron a qué no. Tenían que ser fuertes, entonces ella no se cuidaba y me dijo lo mismo, no pero cuidarse verdad si es importante. Si porqué es importante porque después, por lo menos uno se cuida bien, por lo menos 15 días bien cuidados, pero si no se cuida uno los problemas si siguen (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará).

Según las abuelas si una mujer no se cuida la dieta, la mujer puede quedar con dolores bajitos, de cintura o de cabeza durante años. Contrariamente, las madres de las adolescentes empiezan a divergir con los cuidados de sus madres. En este caso, la joven, aunque su madre le dice que no se tiene que cuidar, prefiere cuidarse por lo menos 15 días para evitar

futuros problemas. Como complementa otra adolescente con las palabras de su madre: “... *es que usted quiere tener dolores de cabeza, dolores de todo, no una dieta mal cuidada, eso le queda muy mal a uno, mire la experiencia de su suegra la experiencia mía, no...ellas están enfermas por unas dietas que no se cuidaron*” (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará).

Otras Variables del Comportamiento Reproductivo: Lactancia y Limitación del número de Hijos

Lactancia

La lactancia, entre las adolescentes entrevistadas, es considerada algo fundamental para el crecimiento y buen desarrollo de sus hijos y no ocasiona ningún problema para su rutina. De las 23 participantes, 6 tuvieron un parto del cual 100% amamantó. La duración exacta de la lactancia fue imposible de definir para cada una, pues la mayoría se refiere a un tiempo de lactancia impreciso que concuerda con el inicio de los primeros pasos, pero se calcula en base a las entrevistas, que todas amamantaron entre 9 y 18 meses.

Según las jóvenes, amamantar o como ellas dicen “dar alimento” es proporcionarle fuerza al bebé para su crecimiento y buena salud, lo cual es también una norma cultural del proceso de embarazo y parto: “...*si es un bebé que se alimenta con alimento de la leche materna pero también con complemento de alimento normal, entonces va a ser un bebé sano y fuerte*” (Entrevista Semi-estructurada 4, coordinadora de parteras). En campo, se pudo observar como las madres adolescentes le dan leche materna a sus hijos sin un horario fijo sino que aprovechan cada vez que empiezan a llorar o a sentirse incómodos como cuenta una madre de 18 años: “*Si el niño lloraba... a veces no quería teta y tenía la leche pegada ahí*” (Historia Reproductiva 7, Mujer de 18 años, Veneros).

Un asunto reiterado que las jóvenes utilizan para saber hasta cuando amamantar es cuando el bebe camina: “...*hasta que camine, la niña, ya está empezando a parar, pero uno solo le quita el alimento cuando se pare bien. Ya después de que empiece a caminar bien, le quito el alimento*” (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros). O bien otro simplemente dice: “*El año, que camine*” (Historia Reproductiva 6, Mujer de 17 años, San José). No obstante, también se registra cómo las mujeres en el Resguardo paran de amamantar por el trabajo: “*Muchas mujeres que dicen no es que yo no alimento mi hijo porque no podía por estar trabajando*” (Entrevista Semi-estructurada 4, coordinadora de parteras).

Limitación de número de hijos

En el Resguardo en general, la limitación de número de hijos para las mujeres indígenas se considera como un aspecto que afecta la continuación cultural y biológica de su pueblo, no obstante, varias mujeres, tanto madres como adolescentes, han decidido usar anticonceptivos sobre todo por las dificultades de brindar condiciones de vida aceptables a una gran cantidad de niños. En el caso particular de las adolescentes participantes, los anticonceptivos generan miedo por sus consecuencias y además se presentan obstáculos para utilizarlos por la familia, los novios y la religión.

De las 23 adolescentes, 2 usan regularmente anticonceptivos, 1 se hizo la ligadura de trompas, 2 dicen haber usado algunas veces condones y 10 dicen tajantemente que no han usado métodos en sus relaciones sexuales. La limitación de número de hijos se hace por medio de los métodos de planificación siendo el condón, la inyección y el implante subdérmico los más comunes.

Además, se pudo registrar un poco sobre el tema del aborto, el cual es tabú y es un asunto delicado de tratar en la comunidad.

En varias reuniones comunitarias, los líderes mencionaron la necesidad de la reproducción biológica y cultural de los pueblos, como dice un líder: *“Ese problema viene desde antes, hay un exterminio de los pueblos indígenas, y es que la planificación es algo occidental”* (Conversación 1, Mayor, Tunzará). Las mujeres tienen un rol central en la reproducción de su pueblo; ser mujer en la comunidad se asocia normalmente con ser capaz de reproducir, como dice una joven de 18 años que se hizo una ligadura de trompas después de su segundo parto sin el consentimiento de su madre: *“yo no le pude decir a mi madre, que por que una mujer que no puede tener hijos ya no es mujer”* (Diario de campo, Sara Ortiz, septiembre 2016).

Como esta joven, varias madres y adolescentes han empezado a utilizar métodos anticonceptivos por la dificultad de poderle brindar, a una gran cantidad de hijos, buenas condiciones de vida y por sus proyectos de vida. Las jóvenes participantes expresan que sólo quieren 1 o 2 hijos para poder estudiar y trabajar pero también por la poca capacidad para mantenerlos, tal como expresa una joven que tuvo su hija a los 14 años: *“yo pienso que es peor traer montón de niños a sufrir y aguantar hambre, y a llevar del bulto, es mejor una bien mantenida que una chorrera, llorando y uno tras el otro”* (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José). Otra joven de 20 años apoya esta idea ya que: *“...antes tenían 30 hijos y con agua y plátano, pero ya es muy duro”* (Entrevista semi estructurada 7, Bombera, San José). De hecho, 2 de las jóvenes empezaron a planificar después de la experiencia del embarazo pues empiezan a entender las implicaciones y dificultades de una crianza. Una joven que nunca había utilizado anticonceptivos, después de su embarazo confirma: *“No, pues ya después de tener la niña me puse la pila (implante subdérmico), ya la tengo”* (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros).

No obstante, la gran mayoría de las jóvenes no usa anticonceptivos por el miedo a los efectos secundarios, como dice una adolescente *“las pasticas me daban miedo, unas engordan otras manchan la cara, no sé no se adaptan al cuerpo de uno”* (Entrevista abierta 4, Mujer 18 años, Tunzará). O bien otra se refiere a la pérdida de fertilidad por las pastillas anticonceptivas *“pues eso de tanto lo esteriliza a uno, y la idea pues sí, no quedarse uno solo siempre”* (Historia Reproductiva 8, Mujer de 16 años, Tunzará). Como el rol de la mujer se asocia con su fertilidad, por lo que muchas deciden no tomar el riesgo de quedar estériles por los métodos de planificación.

Otras jóvenes también se ven limitadas al acceso a los métodos de planificación por sus familias ya que un número importante de padres expresan que les tienen miedo pues los relacionan con el libertinaje sexual: *“No pienso planificar. No, porque mi mamá dice que si uno se pone a planificar es para estar con uno u otro. No le gusta que planifiquemos”* (Historia Reproductiva 12, Mujer de 15 años, San José). La familia juega un rol determinante en el acceso a los métodos de planificación de las adolescentes pues influye en su perspectiva y además es muy complicado para las jóvenes de las comunidades altas, poder ir a los centros de salud sea en el pueblo de San Lorenzo o en Riosucio, sin que sus padres se den cuenta ya que requiere de tiempo y plata.

Asimismo, el novio tiene un poder decisivo en la limitación del número de hijos de las adolescentes: *“Yo le dije que se pusiera condón, pero él no quiso. Que quería tener un hijo conmigo, y yo le dije que no que no podía que es que mis tíos me regañan. Son capaces de sacarme de la casa. Ay que no, que quería tener un hijo conmigo”* (Historia Reproductiva 17, Mujer de 15 años, San José). Por decisión del novio, en este caso, la joven quedó en embarazo en su primera relación sexual a los 13 años. Como explica la psicóloga del colegio de San José con

varios casos de los adolescentes: *“Todavía manejan de que si el hombre no se protege, entonces ellas no porque es lo que el hombre disponga”* (Entrevista semi-estructurada 7, Psicóloga colegio de San José). Este poder del hombre es un asunto que ocurre también con las madres pues si quieren planificar tienen que hacerlo al escondido de sus esposos ya que aunque ellas no quieran más familia, a ellos no les gusta la planificación ya que en cierta medida la mujer pierde su rol de reproductora.

Además, dentro de la limitación del número de hijos se halló también que el aborto es otra práctica que tienen algunas mujeres siendo un tema muy delicado y poco compartido. En muchos casos, las jóvenes, en su angustia, tratan de encontrar una solución a un embarazo no deseado, como ilustra el caso de una joven al empezar el trabajo de campo:

El novio de una joven se me acerco, y me pregunto que si yo sabía dónde podía abortar su novia que ella no sabía, y no le llegaba el periodo, por un rato me escribió por el celular, pero después se salió del colegio y no se volvió a saber nada de ella (Diario de campo, Sara Ortiz, 1 marzo 2016).

La psicóloga del colegio también ha visto con el aborto que: *“... es algo muy tabú, pero también se sabe que había mujeres que si abortaban...se oculta mucho, porque la muchacha resulta en embarazo y se la llevan de vacaciones y aparece sin el embarazo”* (Entrevista semi-estructurada 7, Psicóloga colegio de San José).

El aborto es una realidad de las jóvenes y de las mujeres, pero es muy complicado en la comunidad. La mujer tiene que tomar los riesgos de su decisión sola, pues aunque en la comunidad no existe un castigo directo, es una práctica que genera mucha discordias. En un

embarazo de adolescente, por ejemplo, una señora iba a ayudar a abortar *“quisque porque estaba muy joven para poder tener hijos. Con un remedio, que se lo dan a uno. “Mami, que una señora me va a hacer un remedio para abortar”. La abuela dijo que no. “Que usted no quiere hacerse eso”. Donde lo abortara, me podía condenar* (Entrevista 1, adolescente 14 años, San Lorenzo, 2015). Por ser un tema tan delicado, no pude obtener otra información sobre las bebidas tradicionales utilizadas para el aborto. Lo que sí se puede percibir con fuerza es el influjo directo de la religión en este tipo de decisión pues el aborto se relaciona con una condena por ser un pecado. De hecho, tanto desde la iglesia católica como desde el culto evangélico que tiene mucha acogida en esta parte alta, se prohíbe cualquier tipo de limitación del número de hijos, como testimonia una joven de San José:

...una muchacha se pone las inyecciones, y nadie se la quiere poner sino yo, que porque abajo la gente que está en la oración dice que es malo, ella tiene 24 años y tiene 4 hijos. Tan bobita, yo se las pongo, que porque allá la religión católica les dijo que era malo, allá la iglesia [evangélica] dice que es malo (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José).

Acceso a los sistemas médicos para la atención de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de las comunidades de Veneros, San José y Tunzará

En esta segunda parte relativa a los resultados, se caracteriza el acceso a los sistemas médicos para la SSR de las adolescentes entre 10 y 19 años de Veneros, Tunzará y San José. Las jóvenes acuden a los sistemas médicos de auto-atención, de biomedicina y a la medicina tradicional especialmente en busca de apoyo para sus cólicos menstruales, planificación, gestación y parto. De esta forma, para empezar, se hace una breve descripción de los 3 sistemas médicos y posteriormente, para cada aspecto mencionado de la SSR, se expone lo que buscan las jóvenes en los sistemas médicos y los principales problemas y redes de apoyo para acceder a ellos.

Los sistemas médicos son el primer plano donde las jóvenes buscan resolver problemas concretos en cuanto a su SSR debido a una necesidad, un dolor, y/o una inquietud relacionada con su SSR más allá de lo individual y familiar y se encuentran bien sea con ciertas redes de apoyo o con obstáculos para su acceso por su edad, género y condición socio-cultural. Entre las adolescentes de las 3 comunidades, no existe una diferencia significativa en cuanto al acceso de los sistemas médicos.

Para lograr desarrollar este objetivo, fue necesario volver a utilizar las entrevistas semi-estructuradas de las historias reproductivas de las 23 jóvenes, y también complementarlas con 7 entrevistas semi-estructuradas y 2 de tipo abiertas a algunos de los encargados de los sistemas médicos: coordinadora de parteras, una partera mayor, un médico tradicional, enfermera del puesto de salud, encargada de la red de salud sexual y reproductiva del hospital San Juan de

Dios, promotora de salud del hospital San Juan de Dios en Veneros y una bombera de San José. Todo esto se complementó con algunas observaciones en campo, especialmente con los talleres en el colegio, con las jóvenes, con el acompañamiento a un control prenatal de una joven de 18 años en su sexto mes de embarazo, en el trayecto desde Veneros hasta Riosucio donde fue hospitalizada y la asamblea general del cabildo, donde uno de los temas centrales fue el de los servicios médicos,

Sistemas médicos

Sistema de Auto-atención

El sistema de auto-atención se basa en un conocimiento terapéutico sin especialistas que se transmite de generación en generación primordialmente curaciones con bebidas y baños de plantas medicinales, una alimentación adecuada pero también utilizando la dicotomía entre el frío y el calor. Es un sistema que se da en la misma casa, con vecinos de la joven o con personas de confianza, normalmente la madre, la abuela o un familiar, en palabras de una joven cuando está enferma: *“mi abuela me hace unos remedios y ya. Como mi abuela es de las antiguas”* (Historia Reproductiva 17, Mujer de 15 años, San José). Las antiguas o mayores son mujeres que ya por sus experiencias y conocimientos heredados y adquiridos, pueden aconsejar y mejorar la salud de familiares y a veces de vecinos. Más no sólo son ellas las que pueden curar, ciertas personas en la familia como las hijas y, en menor medida algunos hombres, sobre todo mayores, también han aprendido algunos remedios.

Estos conocimientos también se necesitan para complementar la biomedicina, ya que como dice una señora: *“los remedios del campo los necesito porque uno baja al hospital muriéndose y le*

dicen que regrese en 8 días, cuando ya está muerto” (Conversación 1, Diario de campo, 28 de febrero 2016). Sin embargo, los mayores dicen que ya no se tiene el mismo conocimiento que en su época, sobre todo por el desinterés de los jóvenes en aprender, como expone la coordinadora de partería: *“Ese conocimiento tradicional se lo llevan los mayores y no hay pues quien lo reciba”* (Entrevista semi-estructurada 4, coordinadora de escuela de partería). Igualmente, hay cada vez menos personas que conocen de manera adecuada los remedios caseros y por lo tanto prefieren acudir a un médico tradicional o, hasta en algunos casos, a libros de recetas de remedios naturistas.

Medicina Tradicional y Partería

La medicina tradicional en San Lorenzo se organiza principalmente en la escuela de medicina tradicional Jaibia (espíritu bueno) creada en 1997 por 2 mayores del Resguardo con experiencias y conocimientos tradicionales, para fortalecer la transmisión de la enseñanza tradicional a jóvenes que quieran aprender y ayudar en las comunidades. Se basa mucho en el sistema de auto-atención pero se capacitan por medio de talleres y visitas de especialistas o de médicos tradicionales de otros pueblos indígenas para obtener un conocimiento más profundo y amplio de las plantas y de otros remedios tal el tabaco para poder sanar aspectos espirituales tanto individuales como colectivos en el Resguardo.

En este momento, hay 22 médicos tradicionales y tienen una sede en el pueblo de San Lorenzo donde atienden a los comuneros de todo el Resguardo. El objetivo de la escuela es hacer 5 jornadas de salud cada año en las comunidades para facilitar el acceso y poder ofrecer el servicio a la población más vulnerable en las mismas comunidades. Como afirma Bañol (2008), muchos

comuneros prefieren acudir a la medicina tradicional por su bajo costo y porque en este sistema se reconocen enfermedades a las que a veces no les dan importancia en el hospital.

Conjuntamente, dentro de esta escuela, hace aproximadamente 3 años, se empezaron a organizar las parteras con su propia escuela en la que se busca fortalecer el conocimiento de mujeres y de algunos hombres en cuanto a enfermedades propias de la mujer, más específicamente en todo su proceso reproductivo. En la actualidad, hay 4 parteras que comparten su conocimiento con varias mujeres de las comunidades interesadas en proseguir y perpetuar este saber. Igualmente, en las comunidades hay algunas parteras que aunque no están asociadas con la escuela de partería, saben por las enseñanzas de sus madres desde edades muy tempranas atender partos y todos los cuidados necesarios para el bienestar de la mujer y el recién nacido.

Las parteras componen la matriz y el niño durante el embarazo con unos masajes por la matriz y el abdomen, en palabras de una joven, las parteras “...*le acomodan a uno el bebé, para que uno no se canse tanto*” (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará), asimismo conocen bebidas y baños con plantas pertinentes para toda la gestación, parto y puerperio y son un apoyo emocional fundamental para las mujeres. Por vivir en las comunidades, las parteras se acomodan a las situaciones de lejanía de las mujeres y además suelen hacer su trabajo gratis o cobrar muy poco, como resalta una partera de Veneros: “*Yo a nadie le cobre cinco centavos, yo a nadie le cobre nada*” (Entrevista abierta 9, partera, Veneros).



Foto 12: Partera componiendo, taller de partería. Foto tomada por Sara Ortiz.

Sin embargo, ahora quedan muy pocas en el Resguardo Indígena San Lorenzo y están más que todo están ubicadas en otras comunidades como San Jerónimo y Lomitas pues en Veneros, San José y Tunzará no se mencionan ni se reconocen abiertamente. En Veneros, la comunidad sólo reconocía a una partera, quien hace poco murió (e.p.d.) y en San José y Tunzará, no se reconoce a ninguna directamente, pero si hay varias abuelas con conocimientos sobre la gestación, parto y dieta, y les ayudan a sus hijas, nietas y vecinas. No obstante, estas parteras no se reconocen como tal, lo que empieza a generar mezclas entre la partería con los cuidados de la auto-atención. El caso de una joven ilustra muy bien la situación:

...mi abuelita atendió muchos partos pero ella casi no habla de eso, como es muy reservada, así son los viejitos, y ellos van a buscarla y sale, pero yo le dije un día que me enseñara y me dijo que no. No es que las parteras no enseñan mucho eso. No le aprendí a mi abuelita (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José).

La transmisión de su conocimiento a otras generaciones no es común y cada vez son más reservadas con su saber. El acceso a la partería es entonces restringido por la falta de parteras y además porque éstas no son muy visibles en la comunidad.

Biomedicina

La biomedicina presta su servicio para las adolescentes de Veneros, San José y Tunzará mediante las promotoras de salud, el puesto de salud de primer nivel de San Lorenzo situado en el pueblo, el hospital San Juan de Dios de segundo nivel en Riosucio y el hospital de tercer nivel de Manizales.

Las promotoras en la parte alta son “...*esenciales para las mujeres y jóvenes ya que por muchas restricciones como las económicas o sociales, les queda muy duro desplazarse. Además, la promotora es una traductora del sistema biomédico con las citas, las llamadas o medicamentos. La promotora es acogida en las familias y conoce las dinámicas de la comunidad*” (Sara Ortiz, Diario de campo, Veneros). Las promotoras están desde las 8 am hasta las 5 pm de Lunes a Viernes en las comunidades o haciendo diligencias en el hospital y son las responsables de la promoción y prevención, sobre todo en cuanto a todo el proceso reproductivo de las mujeres: planificación, gestación, parto y controles de crecimiento. En las comunidades de San José, Veneros y Tunzará, hay 2 promotoras atendiendo, sin embargo, el principal problema de este servicio es la falta de personal, ya que cada promotora puede tener hasta 3 comunidades bajo su alcance lo cual dificulta un servicio de calidad para toda la población.

En el caso del puesto de salud de primer nivel situado en el centro poblado se ofrecen consultas médicas generales, vacunaciones, citologías, controles prenatales, programa de planificación,

controles de crecimiento y desarrollo y atención odontológica con un personal de salud, sobre todo auxiliares de enfermería las 24 horas, empero no hay un médico permanente aunque prestan su servicio todos los días pero únicamente entre 9am y 5pm. Desde las 3 comunidades, el centro de salud queda en promedio entre 1 y 2 horas caminando o a unos 40 minutos en recorrido (4.000\$) o en moto (entre 6 y 15.000\$).

Finalmente, el hospital San Juan de Dios, situado en Riosucio, presta los servicios de segundo nivel, pero presenta muchas dificultades en cuanto al servicio de medicina especializada como la ginecología. Para los embarazos adolescentes, este especialista es fundamental para ciertas complicaciones por lo que muchas jóvenes son remitidas al hospital de Manizales de tercer nivel en ambulancia. Sin embargo, esto resulta muy complicado para la familia que se tiene que desplazar hasta esta ciudad y buscar alojamiento. Para ir hasta Riosucio, las jóvenes normalmente cogen uno de los 3 recorridos, que pasa por su comunidad y que se demora unos 30 minutos y que cuesta 5.000 pesos. Esta situación genera para todos los servicios un problema al acceso adecuado por la distancia, la cual a su vez, se convierte en un problema económico cuando no se tiene la capacidad de bajar caminando.



Foto 13: Recorrido en las comunidades. Foto tomada por Sara Ortiz.

Aspectos de la SSR y su acceso a los sistemas médicos

Cólicos Menstruales

Las adolescentes viven los días de la menstruación con mucha normalidad y sin mayor cuidados; no obstante, en casos de cólicos muy fuertes o irregularidades, las jóvenes acuden principalmente al sistema de auto-atención, y, en algunos casos, mezclan este sistema para mejorar su bienestar con la medicina tradicional y el sistema biomédico.

Algunas adolescentes acuden a los sistemas médico debido a los cólicos muy fuertes que les impide seguir con su cotidianidad, como cuenta una joven de 15 años: *“tenía el periodo, y no*

comía o tomaba algo y me dolía más, no, no podía comer. Y eso me dolía, no hasta me quitó el hambre” (Historia Reproductiva 12, Mujer de 15 años, San José). Otras son muy irregulares, lo cual también causa preocupación: *“Yo soy muy descontrolada. A veces me dura tres días, a veces cuatro la verdad no sé. Me viene a veces cada mes. Soy muy descontrolada, el año pasado me vino y luego me volvió un año después”* (Historia Reproductiva 4, Mujer de 17 años, Veneros).

Estos dolores o irregularidades de la menstruación se asocian generalmente con los fríos:

“cuando una mujer no se cuida, le da abultamiento: parece embarazada y hasta que no deje salir los gases con agua caliente ese frío se le queda” (Conversación 1, Mayor, Tunzará). De esta forma, en el sistema de auto-atención, los principales remedios se relacionan con bebidas y baños calientes con plantas medicinales que ayudan a disminuir los cólicos y a regular la menstruación.

Las madres y las abuelas son quienes manejan el conocimiento tradicional de las plantas que se utilizan en bebidas calientes para aliviar los cólicos menstruales; según las entrevistas con las jóvenes, las más utilizadas son prontoalivio (*Lippia alba*), caléndula (*Calendula officinalis*), hierbabuena (*Mentha sativa y spicata*), manzanilla (*Chamaemelum nobile*), romero (*Rosmarinus officinalis*) y ruda (*Ruta graveolens*) en agua de canela o de panela y salvia (*Salvia apiana y Salvia officinalis*), altamisa (*Artemisia vulgaris*) y ruda (*Ruta graveolens*) en baños calientes. En las entrevistas, varias jóvenes mencionan la eficacia de las plantas: *“sólo[tomo] plantas, quisque prontoalivio es muy bueno para eso, me lo tomo cuando estoy en la menstruación para que no me dé mucho ni me dure demasiado* (Historia Reproductiva 3, Mujer de 16 años, Veneros).

Asimismo, estos remedios tienen mucho que ver con la persona que los prepara, por ejemplo una adolescente comenta que se alivia con *“planticas medicinales que mi mamá me hace en bebidas, ella lo que hace es bendito...con planticas”* (Entrevista abierta 4, Mujer 18 años, Tunzará, 2016), y sienten que este sistema responde a sus problemas, como dice una joven que sólo toma bebidas

con plantas “*Las pastillas no me gustan, traen enfermedades*” (Historia Reproductiva 1, Mujer de 15 años, Veneros).

Otras jóvenes complementan el sistema de auto-atención con la medicina tradicional influenciadas por sus madres o abuelas ya que los médicos tradicionales ayudan con las enfermedades propias de las mujeres, como cólicos, quistes y hemorragias. Por ejemplo, la madre de una adolescente que padecía de dolores menstruales muy fuertes fue al médico tradicional y con el jarabe que le recetó, la joven mejoró:

A mí me daban dolores muy fuertes, me hacen llorar. Pero también tomo las pastas que me da mi mamá. Y aguas tomar que pereza, a mi mamá no le digo nada, le digo que la tomé y ya. Me hace manzanilla y canela, eso no me quita a veces ese dolor, ni las pastas me lo quitan del todo. Antes yo me detenía mucho, tenía dos meses que no me venía. Mi mamá me mandó a ver y me mando jarabe, un médico tradicional me mandó el jarabe y me reguló la menstruación. Y hasta le di jarabe a mi prima porque se le detenía mucho (Historia Reproductiva 19, Mujer de 12 años, San José).

En este apartado se puede ver como las jóvenes tienen los tres sistemas médicos a su alcance y los combinan para poder encontrar un bienestar.

En cuanto al sistema biomédico, una mayoría de las adolescentes entrevistadas prefieren tomar pastillas únicamente pues, tal como hace una joven para controlar sus cólicos: “*Yo me tomo una pasta y ya*” (Historia Reproductiva 19, Mujer de 12 años, San José), no obstante, el sistema

biomédico se limita a este consumo pues muy pocas jóvenes acuden al hospital por sus cólicos ya que este sistema no se ve como una solución para los problemas menstruales, sino como un medio para cerciorarse que las jóvenes no estén embarazadas. De hecho, cuando van al hospital, es primordialmente porque las madres las llevan debido a sus irregularidades, que sospechan causadas por un embarazo, como cuenta una joven: *“me duró dos meses sin venirme, entonces mi mamá, ay que yo estaba en embarazo que porque no me venía ...cuando me iba a mandar ver, y me vino”* (Historia Reproductiva 19, Mujer de 12 años, San José).

En el hospital y en el centro de salud, muchas veces por las irregularidades y los cólicos no formulan nada, o simplemente les recetan pastillas anticonceptivas lo que no cumple con las expectativas de las adolescentes, pues les dicen que los cólicos y las irregularidades son normales: *“...que porque las hormonas, que no sé que las hormonas, que uno empieza, explicaron montón de cosas pero que no, que era normal y ya”* (Historia Reproductiva 6, Mujer de 17 años, San José). Las pastillas anticonceptivas no se consideran como una solución para los cólicos y tampoco para las irregularidades pues las mujeres lo relacionan principalmente con su efecto anticonceptivo, por lo que si la madre no quiere que su hija planifique, el tratamiento no se lleva a cabo.

Planificación

Las adolescentes de las comunidades de San José, Veneros y Tunzará acceden únicamente a la biomedicina para la planificación pero se ven limitadas por las prohibiciones de las familias, por ser menores de edad y por los servicios limitados cercanos a ellas y que se adapten a sus pocos recursos y horarios. De esta forma, dentro de este sistema, las promotoras se vuelven esenciales ya que se adaptan más a las condiciones socio-culturales de las adolescentes.

En el puesto de salud del centro poblado de San Lorenzo, todos los martes son los días de planificación y en Riosucio, todos los miércoles hay servicio amigable para las jóvenes mayores de 14 años que quieran planificar sin el permiso de sus padres. Empero, las adolescentes entrevistadas de las tres comunidades dicen nunca haber ido al servicio amigable de Riosucio, y muy pocas al centro de salud de San Lorenzo pero no se sienten satisfechas ni con la información ni con los métodos recomendados: *“Cuando yo entré a planificar fui al pueblo, sí, primero me mandaron las inyecciones y eso me cayó mal, y después las pastas, y ya...No me atendieron bien* (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José). De esta manera, las jóvenes acceden muy poco a estos servicios principalmente por la poca accesibilidad, y por ende prefieren buscar información más cercana como en *“Facebook. Internet... Nunca hemos ido a nada al centro de salud. Si preguntamos le preguntamos a una señora de edad, que sepa cositas, a la promotora”* (Entrevista abierta 4, Mujer 18 años, Tunzará, 2016).

Por ejemplo, para poder acceder a la planificación se necesitan varios requerimientos, entre otros, una citología, pero como explica una joven: *"A mí me mandaron a hacer eso, pero no sé cómo se hace esa vaina. No sé nada. No, no sé qué haría"* (Entrevista Abierta 4, mujer 18 años, Tunzará). Para complementar, la psicóloga del colegio de San José explica:

...estamos en uno de los territorios más lejanos de los servicios de salud, entonces para poder ir a una cita de planificación familiar, es un problema porque las mamás se dan cuenta y las regaña, si van al escondido es peor. Fuera de eso hablamos de que el preservativo, y donde está para ellos acceder, si van a una de las tiendas de acá a comprarlo entonces todas las familias se van a dar cuenta, o sea, es una realidad que uno ve. O sea, ser joven y ejercer la sexualidad con responsabilidad en este territorio es difícil. Todos se dan cuenta y dicen, vea su

hija va a tener relaciones porque ayer compró un condón, pues, entonces donde queda también la vida privada de ellos. Es muy difícil (entrevista Abierta 7, Psicóloga, Colegio de San José)

Existe un desconocimiento por parte de las jóvenes de los servicios médicos y de los procesos para poder planificar.

El sistema biomédico tiene repercusión en las jóvenes primordialmente con la promotora, pues cómo lo explica la de Veneros con un caso de una joven de 17 años de esta comunidad:

Ella me decía que quería planificar pero que la mamá, que el papá, “que por favor ayúdeme”, que si le conseguía una cita para el domingo, para que ella le dijera al médico, “doctor quiero planificar”. Como ellas van a la primera consulta, les mandan una prueba de embarazo, para darse cuenta que no esté en embarazo para poderles mandar. Entonces ella me dijo “ay es que eso es un proceso, que no...“y no hágale tranquila que yo le colaboro todo el tiempo, y que ese examen sólo lo hacen lunes y miércoles, el gravindex, para que se vaya de aquí a allá. Pero, “¿cómo sigo reclamando la inyección?” me preguntó...yo, tranquila, me da una copia de la orden del médico y yo se la sigo reclamando y nos encontramos o yo te la pongo (Entrevista Semi-estructurada 5, promotora, Veneros).

Aquellas que quieren acceder al sistema médico se encuentran primero con el obstáculo social de la familia que relaciona los anticonceptivos con tener libertad en relaciones sexuales como se expuso en el comportamiento reproductivo. De esta manera, sin el apoyo de los padres, las jóvenes no pueden ir al pueblo por la falta de una excusa válida para perder clases y además,

porque no tienen la plata necesaria para el transporte de todas las citas que demanda el proceso de planificación. La promotora les ayuda a conseguir las citas necesarias y además les facilita las vueltas que tendrían que hacer, no obstante, hay que recordar que son muy pocas promotoras para tantas adolescentes y muchas veces, las promotoras tienen que hacer más de lo que estipula su trabajo para poder que las jóvenes empiecen y no dejen de planificar.

Finalmente, las jóvenes también se encuentran con un bloqueo para planificar debido a su edad, primordialmente con métodos definitivos. Una joven cuenta que cuando quedó en embarazo a los 14 años, quería ligarse las trompas en el proceso de parto, pero en el hospital le dijeron que no *“...porque era menor de edad, y uno no sabía si más adelante quería tener más hijos y que entonces, pues bueno no me operaron”* (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José). Por su edad, las jóvenes se encuentran con los obstáculos de la indecisión del sistema médico, que a veces pregonan los anticonceptivos, pero a su vez, los limita para las menores de edad, sobre todo cuando son definitivos.

Gestación

Durante la gestación, las adolescentes acuden principalmente a los controles prenatales de la biomedicina, los cuales consideran fundamentales para su bienestar y el de su bebé. De igual forma, las jóvenes tratan de tener citas con un ginecólogo ya que por ser un embarazo adolescente tienen más riesgos, no obstante, muchas veces no alcanzan a ser atendidas antes del parto. Para complementar los servicios de este sistema, algunas de ellas deciden también visitar a una partera que les ayuda a acomodar el vientre, a tener un embarazo más tranquilo, apoyo y cuidados en caso de alguna complicación.

Como se expuso en el comportamiento reproductivo alrededor de la gestación, las jóvenes se dan cuenta de su embarazo entre su segundo y quinto mes por el miedo que les genera aceptarlo y la reacción en la familia. Inmediatamente, las adolescentes empiezan a asistir a los controles prenatales, sea en el puesto de salud de San Lorenzo o en el Hospital en Riosucio lo que les genera tranquilidad: *“...bien después de empezar los controles, sí me explicaban ahí. Siempre iba a los controles en San Lorenzo”* (Historia Reproductiva 23, Mujer de 14 años, San José).

Las jóvenes, generalmente, son muy juiciosas con sus citas puesto que las consideran fundamentales para su salud y la de su bebé. No obstante, varias admiten sentirse incómodas por los comentarios sobre su temprana edad durante los controles: *“yo me hice los controles en el hospital, pero no me sentía bien, me decían que uno tan joven, no es así nada más. Le decía mami, mejor vámonos más bien”* (Historia Reproductiva 17, Mujer de 15 años, San José). Las jóvenes no sienten un trato diferencial, si no más bien un reproche, lo cual es peligroso puesto que puede afectar negativamente su percepción sobre los controles prenatales. Además, la promotora explica que algunas jóvenes no van a los controles:

No....esa y ya el problema para remisión, para iniciar controles, muchas llaman y nada, es que hay unos exámenes en san Lorenzo y otros en Riosucio. Pero las ecografías en Riosucio. Y las niñas que dicen que no tienen plata, y preguntan si es necesario...sí claro, no que tanta vuelta, y no van. Y muchas veces sin el papa, todas solitas solitas, entonces ahí yo empiezo como dejarla sola, que uno sabe que no tiene nada. Así es muy duro (Entrevista Semi-estructurada 5, promotora, Veneros).

Sólo en el caso de las jóvenes embarazadas menores de 14 años, se nota que hay más acompañamiento por parte de Bienestar familiar con psicólogos y ginecólogos, como en el caso de un adolescente que quedó en embarazo a los 13 años: *“Durante todo el proceso, vino una nutricionista, los de Bienestar Familiar... Y la ecografía en Riosucio, y vi con ginecólogo, no tengo quejas”* (Historia Reproductiva 23, Mujer de 14 años, San José). No obstante, esto es una excepción, pues para el resto de las jóvenes entre 15 y 19 años, el principal problema se debe al difícil acceso a un acompañamiento adecuado, sobre todo con los especialistas.

De hecho, tener una cita para las ecografías y contar con una atención más especializada con el ginecólogo es constantemente complicado. Como se pudo observar en campo, una joven: *“llevaba más de dos semanas pidiendo una ecografía pues [tenía] ya más de dos meses sin hacerse una. Le tuvo que contar a la promotora para que la ayude pero tampoco le contestan a ella”* (Diario de campo, Sara Ortiz, 13 julio 2016). De igual manera, al preguntarle por los controles, una joven explicó:

Y cuando me dijeron que no que para que lo mirará a uno un ginecólogo, que a toda embarazada lo tiene que tratar y eso que pedí la cita y no nunca, apenas me la mandaron a pedir diciendo que era menor de edad y que tales, y no nada de eso. Eso si no, nunca tuve cita con él, yo era de alto riesgo por los cólicos, sino ve que me llevaban a Riosucio hasta llorando. Eso fue muy maluco (Historia Reproductiva 6, Mujer de 17 años, San José).

Varias jóvenes viven situaciones parecidas, y tienen su parto sin poder acceder a este servicio por la falta de personal.

La mayoría de las jóvenes no sienten la necesidad de acudir a otro sistema médico para el bienestar de su gestación. Sin embargo, algunas, buscan a parteras en las comunidades o sus mismas abuelas les dan bebidas y las “componen” en palabras de una joven de San José: “...*mi abuelita, ella compone y entonces, ella me componía, el bebé se atravesaba mucho hacia este lado de acá* ” (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José). Igualmente, en caso de algún accidente o malestar es más fácil acceder a las parteras, o las mismas abuelas que ir hasta el centro de salud. Esto se pudo observar con una adolescentes de 18 años embarazada que se desmayó y se cayó en el baño, y aun con sus dolores no quiso ir hasta el hospital, sino que para ella eran suficientes los masajes y cuidados de su abuela, como dice ella con confianza “*es que los viejos si saben*” (Diario de campo, Sara Ortiz, 25 marzo 2016).

Según la coordinadora de parteras, las parteras son mucho más conscientes de lo que implica un embarazo adolescente en la comunidad ya que ellas buscan un bienestar social, emocional y físico de la gestante, sobre todo cuando es un embarazo adolescente pues:

Llega la niña asustada: “tengo un retraso de mes y medio, es que tengo mareos”...entonces llega donde una partera, “¿qué hago para esto?” Ahí pues lo primero es que uno entra en confianza, normalmente la partera vive cerca de las niñas y las conocen. En cambio, ellas no van primero a un hospital, porque primero es una prueba, que miedo. Por esto recurren a alguien de confianza, que les pueda aconsejar (Entrevista semi-estructurada 4, coordinadora de escuela de partería).

De las jóvenes que acudieron a las parteras, éstas relatan cómo el apoyo de éstas las ayudó mucho a guardar cierta tranquilidad en el proceso de gestación: “ *las que me estuvieron acompañando tres parteras, sí acá venían y me visitaban*” (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará).

Parto

Todas las jóvenes llevaron a cabo su proceso de parto en el sistema biomédico, siendo la falta de personal especialista su principal problema para un acceso adecuado. Igualmente, durante el parto, el problema de la distancia entre los hogares de las jóvenes y el hospital de Riosucio es mucho más complicado, pero se aminora con el apoyo comunitario de la organización de los bomberos. La partería, en Veneros, San José y Tunzará, es de difícil acceso por lo que el parto hospitalario se vuelve casi la única opción para ellas.

En la actualidad, las mujeres de San Lorenzo tienen la posibilidad de tener sus partos con parteras o en el hospital, siendo ésta última modalidad la más común. Anteriormente, algunas abuelas tenían a sus hijos solas o con el apoyo de un familiar, no obstante, esta práctica se considera demasiado riesgosa y ocurre en casos de emergencia, pero no por voluntad de las mujeres. La totalidad de las jóvenes entrevistadas tuvieron su parto en el hospital de Riosucio, y algunas, por prevenir o tener complicaciones van hasta Manizales, sobre todo por falta de especialistas para atender adecuadamente un embarazo adolescente en Riosucio. Esto se concretizó en el parto de una adolescente que tuvo su hijo a los 17 años: “ *de San Lorenzo a Riosucio, que necesitaban hacer una ecografía, pero no estaba la señora que las hacía, y como sólo hay una, y estaba de vacaciones, entonces que no, me tocaba echar para Manizales, además que porque no había ginecólogo*” (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará).

El parto hospitalario se ve también afectado de manera directa por la distancia de las tres comunidades. Muchas jóvenes, antes del parto, por el desconocimiento, van mucho al hospital, por dolores y por miedo de parir en la casa. Por la distancia, les toca bajar y volver a subir un gran recorrido. Les da mucho miedo cuando empiezan a sentir los dolores. Una joven desde Veneros empezó a sangrar:

... es que mire que no tengo dolores, ay no mire que tengo el niño acá que miedo, y ya al medio día nos fuimos al hospital. Llegué a Riosucio, yo no tenía dolores, normal, no estaba botando nada, y en el hospital me pasaron por urgencias, y ya me hicieron monitoreo y que no, no era tiempo. Como a las 7 pm nos devolvieron del hospital (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros).

La distancia es una realidad que afecta el parto de las adolescentes de las tres comunidades.

Los bomberos, sin ninguna remuneración, son los agentes comunitarios que intermedian con el problema de la distancia para los partos. Aunque estén con su puesto en San José van hasta Tunzará y Veneros en las condiciones que sea y así benefician a las jóvenes de todas las comunidades. Los bomberos reciben capacitaciones tanto del hospital como de las parteras. Una bombera describe que en medio del aguacero fueron a buscar a una joven y dio a la luz en el camino:

Tocó atenderla porque de un momento a otro escuchamos que lloró un bebé, y alumbramos y ahí mismo a ponernos los guantes y a cortar el cordón umbilical cayendo agua, nos tocó ahí, y para acabar de ajustar se le quedó la placenta y tocó meter las manos, a

veces uno no alcanza a llevarlas a un centro de salud (Entrevista semi-estructurada 7, Bombera, San José).

Afortunadamente, los bomberos están capacitados y equipados con los instrumentos y conocimientos necesarios para atender de manera adecuada los imprevistos de un parto, conocen muy bien su territorio y se capacitan físicamente para el terreno. Recientemente, la bombera explica que casi todas las que llevan en camilla son menores de 18 años, por lo que se convierten en un agente importante para el acceso de las jóvenes a la biomedicina que por falta de infraestructura y de personal no se adapta a las condiciones de las jóvenes.

Para el caso concreto de las adolescentes de las tres comunidades, a pesar de los problemas de acceso para el sistema biomédico, la partería no es una opción pues la gran mayoría o no conocen bien la labor de las parteras : *“No he escuchado hablar de eso. No sé nada, nunca sabe lo que puede suceder, no tendría mi hija con parteras”* (Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros), o bien temen principalmente que no sepan manejar una complicación:

Mi mamá me preguntó que si quería tener mi bebé con una partera, y yo le dije no más bien en el hospital. Mi mami quería con partera, ella sí, yo no, porque me daba miedo, porque mi mamita (abuela), me dijo que no es como por los mismos doctores, que porque...se le puede quedar la placenta por dentro, y uno se podía morir entonces me dio fue miedo, que más bien por un médico (Historia Reproductiva 17, Mujer de 15 años, San José).

Las jóvenes tienen que tomar una decisión la cual se ve influida por las contradicciones y los miedos de las mujeres mayores en cuanto a la partería. Esto confunde a las jóvenes pues no hay

un consenso sobre este agente tradicional: hay historias positivas pero también negativas de esta práctica en la comunidad lo que causa miedo en las jóvenes y las incita a tener a sus hijos en el hospital que es más seguro según ellas: *“Porque yo me siento más segura en el hospital, allá lo atienden bien a uno”* (Historia Reproductiva 20, Mujer de 12 años, San José).

No obstante, a algunas, les hubiera gustado tener sus hijos con una partera sobre todo por el trato más humano, más íntimo y más cómodo para la mujer, como dice una joven: *“Con partera tienen más cuidado. Ayudan más, en cambio en el hospital la hacen aguantar mucho como a mi mamá. Con mi hermano chiquito, se fue por la mañana y la dejaron esperando hasta medio día, no aguantó”* (Historia Reproductiva 10, Mujer de 12 años, Veneros). Otras relacionan la partería más con lo tradicional: *“a mí me hubiera gustado que mi hijo hubiera nacido aquí. Como a nosotros que nos dejaron el ombligo aquí en la casa”* (Historia Reproductiva 7, Mujer de 18 años, Veneros). Empero, en las tres comunidades de donde provienen las jóvenes, la partería se ha debilitado mucho y se ubican más en otras comunidades de San Lorenzo como Lomitas y San Jerónimo por lo que la decisión de estas jóvenes también se ve constreñida al poco contacto con las parteras. Asimismo, las parteras tienen mucha precaución con los partos adolescentes, pues saben que son riesgosos, por lo que muchas veces les niegan a las jóvenes su servicio para evitar una complicación. Como le explicó una partera a una adolescente: *“que no se comprometía conmigo, porque era primeriza y además en el carnet habían puesto que era de alto riesgo”* (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará).

Aspectos Grupales y Estructurales que afectan la SSR de las mujeres adolescentes

En esta última parte de los resultados, se analizan algunos asuntos grupales y estructurales que afectan la SSR de las adolescentes. La SSR es un estado general de bienestar físico, mental y social con todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Este estado se concretiza por los estilos de vida, los modos de vida y las determinaciones y contradicciones estructurales. Además, la SSR, en este contexto, tiene particularidades por relacionarse con el concepto de salud indígena el cual no es sólo simplemente biológico, pues, desde una perspectiva integral y comunitaria, entrelaza aspectos biológicos con espirituales y con el territorio. Las jóvenes hacen parte de un colectivo que ha sido colonizado y explotado, pero también que ha resistido por su derecho al territorio y a mantener sus formas de organización propia en cuanto a su medicina tradicional, educación y formas de producción, entre otros.

De esta manera, la SSR de las adolescentes de las comunidades de San José, Veneros y Tunzará tiene que ver con el carácter socio-cultural particular de una población, en este caso, con el pueblo indígena Emberá Chamí que promueve en su colectividad ciertas pautas de cuidados y de salud para las mujeres. El cambio en los modos de producción y las posibilidades de trabajo para las mujeres son los dos elementos que afectan de manera más contundente la SSR de las adolescentes participantes. Para este último apartado de los resultados, se describe de manera general el contexto del cambio productivo y del trabajo de la mujer y cómo se materializan en la vida de las jóvenes y en su SSR.

En este objetivo, se analizan las dos primeras partes de los resultados con el contexto grupal y estructural descrito con las observaciones y observaciones participantes de los espacios de jóvenes y de mujeres, la Minga y los espacios de los procesos organizativos del cabildo. Se acudió también a las entrevistas semi-estructuradas con lideresas y líderes que tienen una visión integral de las problemáticas grupales y estructurales, y de cómo éstas afectan la cotidianidad de las mujeres y su salud. De igual manera, se usaron las 23 historias reproductivas y las entrevistas semi-estructuradas de las adolescentes y se complementaron con las entrevistas abiertas, semi-estructuradas y grupos de discusión con las madres y abuelas las cuales tienen una visión más amplia y comparativa sobre los cuidados para su salud.

Cambio en los Modos de Producción: En la dieta “...no faltaba el maíz, la chicha, de todo, en cambio ya no se ve”



Foto 14: Joven deshierbando maíz. Foto tomada por Sara Ortiz.

Para las adolescentes de las comunidades de Veneros, Tunzará y San José, el puerperio o como lo denominan las mujeres, la dieta, es una etapa crítica que requiere de cuidados, sobre todo, con una buena alimentación para poder preservar una buena salud y evitar futuras complicaciones y debilidades. Sin embargo, aunque a nivel colectivo existe un consenso en cuanto a la alimentación necesaria para la dieta, el cambio productivo que ha ocurrido en San Lorenzo ha afectado la diversidad, la forma de adquisición y producción de los alimentos.

En San Lorenzo, la actividad económica gira principalmente alrededor de monocultivos de café (*coffea*), caña (*Saccarum officinarum*), plátano (*Musa paradisiaca*), seguidos por la ganadería y cultivos de pan coger como el maíz (*Zea mays*) y el frijol (*eg. Phaseolus vulgaris*) (Resguardo Indígena San Lorenzo 2014, p .67). En las comunidades de San José, Veneros y Tunzará, los comuneros viven substancialmente del monocultivo de café, seguido del de plátano. El monocultivo de café lo llevan a cabo pequeños productores pobres: los productores tienen muy poca tierra lo que no les permite modernizar sus equipos y por ende, que la venta no sea rentable, ya que no se tiene en cuenta todo el trabajo invertido por la unidad familiar desde la siembra hasta la recolecta del café. De esta manera, por la dependencia en el café y su baja rentabilidad en el territorio han incrementado los problemas con “*bajos ingresos económicos en las familias, generando desempleo, pobreza, desnutrición, emigración y desarraigo a la tierra*” (Resguardo Indígena San Lorenzo 2014, p .76). Asimismo, estos monocultivos han generado una dependencia de la comunidad en los alimentos externos: según el Plan de Vida (2014) 90% de los alimentos consumidos en el territorio son de afuera (p.76).

Como se mencionó en el contexto histórico, la implementación con más fuerza del monocultivo de café a mediados del siglo XX en San Lorenzo implicó instaurar relaciones capitalistas, es decir, el cambio del trabajo por dinero para poder adquirir bienes de consumo. Antes de que el monocultivo de café ganara tanta importancia en San Lorenzo, la alimentación de los mayores se basaba principalmente en los cultivos como maíz, frijol, plátano y en la caza de animales de monte. Para poder sembrar *“le arrendaban un tajo [a los terratenientes] y se les daba un poquito de maíz y frijol, y el resto era pa’ uno”* (Grupo de Discusión 1, Grupo tercera edad, Veneros). Aunque muchos tuvieran poca tierra y tuvieran que arrendar la tierra a los terratenientes, podían sembrar sus cultivos tradicionales y prepararlos de diferentes maneras para su consumo e intercambio familiar y comunitario.

En Veneros, ubicado en la parte alta del Resguardo, hace alrededor de cuatro décadas, mucha gente tenía cosechadores de maíz y frijol que trabajaban en convites para después repartirse los productos y si se necesitaban otros alimentos, era muy común intercambiar entre vecinos. Una mayora cuenta con gran nostalgia: *“cuando se cosechaba en esas montañas, uno traía una canasta de maíz, y llegaba uno a desacalorarse y a desgranar maíz y hacer envueltos o pura chicha de maíz espesa, como era de bueno...para que negar con eso que somos indígenas”* (Grupo de Discusión 1, Grupo tercera edad, Veneros). La manera de sembrar, cosechar y preparar la alimentación tiene una relación muy fuerte con la identidad indígena, aspecto con el cual ya no se identifican tanto los jóvenes.

El monocultivo de café no se dio de manera aislada; el cambio económico también ocurrió con cambios políticos y sociales como fue la disolución del Resguardo en 1943 que promovió la

parcelación individual, su venta, el ingreso de colonos y la pérdida de la identidad indígena. Muchos vendieron sus tierras por precios irrisorios y disminuyó considerablemente el trabajo colectivo ya que muchos tuvieron que dedicarse a jornalear para complementar lo poco que daba la venta de café en su tierra y así comprar la comida que necesitaban sus familias, pues como expone una mayora *“porque lo que daba la tierra con el café no daba pa’ uno, para sobrevivir había que trabajar”* (Entrevista abierta 8, Abuela, Veneros).

Este cambio productivo, se asocia hoy con cambios de la cultura y la alimentación que están afectando la identidad de los jóvenes: ellos ya no producen su propia alimentación ni de manera colectiva. El sistema de producción propio está fundamentado *“...en prácticas de producción natural basadas en las fases lunares, la rotación de cultivos, el establecimiento de huertas caseras y la conservación de especies menores las cuales son importantes en la alimentación diaria de la comunidad”* (Resguardo Indígena San Lorenzo 2014, p .79). La conservación de las prácticas propias de producción mantiene la diversidad de semillas, conocimientos de alimentos y plantas medicinales aspectos fundamentales que garantizan la pervivencia del pueblo indígena de San Lorenzo.

Este cambio también se asocia con el deterioro para la salud de la mujer, como expone la coordinadora de Mujer y familia:

La alimentación también ha cambiado mucho. Antes se tenía de todo lo que se necesitaba, en este momento, se tienen que comprar muchas cosas que no se tienen en la casa ya. Estamos trabajando monocultivos de café, plátano o la caña, pero no la tenemos para el consumo de nosotros mismos, sino que la

tenemos para poder exportarla, para poder ver como un ingreso económico en plata, por todo ese trabajo. Eso afecta mucho la salud de la mujer, también la de los hombres, pero en especial la de la mujer, porque son las gestantes, lactantes, quienes más llevan toda esa carga porque tienen que alimentar a dos personas al mismo tiempo, y muchas veces las madres si no están bien alimentadas, bien nutridas eso empieza a generar muchos inconvenientes en salud, tanto para ella como para el bebé (Entrevista Semi-estructurada 6, coordinadora de área Mujer y familia).

En la actualidad, la diversidad de alimentos que se puede consumir es más variada, pero la capacidad adquisitiva de las familias es muy baja. Muchos comuneros no ganan lo suficiente para poder comprar la comida sana y diversa que ofrece el mercado por lo que se compra lo más barato y menos nutritivo como el arroz, gaseosa, galletas y pastas.

Para ilustrar lo anterior, en Veneros, una madre soltera de 18 años vive con sus dos hijos, su abuela, su mamá y sus dos hermanos los cuales no tienen tierra para sembrar, por lo tanto es el hermano de 16 años, principalmente, que responde por la casa con el jornaleo en cafetales. De vez en cuando, ellas trabajan lavando ropa, jornaleando, o trabajando en las moliendas para que les paguen con panela y tienen algunos pollos y una pequeña huerta con cebollas. Su alimentación es poco diversa y en las oportunidades en las que comen más variado, por ejemplo, queso, frutas, yogurt, es cuando el papá de uno de los hijos de la adolescente, les compra comida. Contrariamente, la madre de 51 años cuenta que cuando sus hijos eran más chiquitos: *“Un día no había nada que comer en la casa, estábamos muy mal y me fui con mi hijo por el monte*

cogiendo chochos [tipo de frijol salvaje], comimos toda la semana, pero comimos” (Entrevista abierta 15, Madre, 51 años, Veneros).

El cambio de la alimentación afecta la salud de la mujer en general pero mucho más durante el puerperio. Retomando el apartado del comportamiento reproductivo, según las mujeres mayores y jóvenes, el puerperio es el momento más crítico de una mujer, pues como explica la coordinadora de parteras: *“la mujer tiene que estar tranquila para empezar, después de los 40 días a asumir su verdadero rol, el de mamá, entonces tiene que levantarse de la cama siendo una mujer fuerte físicamente porque la crianza de un bebé no es cosa fácil: tiene que amamantar y criar”* (Entrevista semi-estructurada 4, coordinadora de escuela de partería). Según esto, la dieta es cuando la mujer coge fuerzas para asumir su rol, de esta manera los cuidados de alimentación son esenciales ya que *“si no hay mayor cuidado, se coge una enfermedad que no tiene cura, se cura teniendo otro embarazo y cuidándose la dieta, de resto no”* (Entrevista semi-estructurada 4, coordinadora de escuela de partería). Para muchas de las mujeres mayores, si no se cuida la dieta, la mujer puede quedar con dolores bajitos (de matriz o de útero), de cintura o de cabeza durante años y queda con debilidad para asumir su rol de madre.

En las entrevistas, las jóvenes no le dan tanta importancia a la diversidad y calidad de la alimentación, como respalda una joven *“el primer día de la dieta llegué, con comida común y corriente y después también”* (Historia Reproductiva 5, Mujer 19 años, Tunzará). No obstante, como durante el puerperio, las madres y abuelas son las principales encargadas de los cuidados de las adolescentes y para ellas, la comida es fundamental y se constituye principalmente con maíz, la bebida espesa que hacen con este alimento (chicha), la gallina criolla, el chocolate y los

animales de monte, las jóvenes terminan comiendo lo que ellas les preparan: “...*me cuidaba mi mamá con guineo con gallina criolla, calditos*” (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José).

De acuerdo con las mayores, las jóvenes sufren de debilidad por comer mal durante la dieta: “...*pura chatarra, y nada, galletas y esas vainas eso les debilita mucho. En cambio, en nuestra época era pura comida natural. Mucha energía les daba que no hay hoy en día*” (Grupo de Discusión 1, Grupo tercera edad, Veneros). La fuerza de las mayores, en oposición a la debilidad de las jóvenes, se debe a que antes “...*no faltaba el maíz, la chicha, de todo, en cambio ya no se ve*” (Grupo de Discusión 1, Grupo tercera edad, Veneros). La alimentación ayudaba a las mujeres a guardar la fuerza necesaria para asumir su rol de madre y para los trabajos pesados del campo como cargar leña o coger café.

En resumen, el cambio en los modos de producción ha ocasionado un incremento en el monocultivo del café lo que ha significado una disminución en la comida tradicional como el maíz y el frijol, y un aumento en la dependencia de los alimentos de afuera. El territorio es fundamental para la salud de los pueblos indígenas ya que en él producen su alimentación la cual es fundamental tanto para la salud de las madres y para su pervivencia como pueblo. Sin una producción propia, se pierden los conocimientos de la siembra, de la medicina tradicional y de la posibilidad de los cuidados de las madres y abuelas en cual se sustenta, para esta población, en la alimentación propia y en las plantas medicinales. De esta forma, el cambio en los modos de producción en el Resguardo Indígena San Lorenzo afecta de manera directa la diversidad de los

alimentos que prescriben las pautas culturales para mejorar la salud y fuerza de la mujer durante sus etapas críticas como el puerperio, afectando así la SSR de las jóvenes.

Trabajo de la Mujer: “aunque me quiera quedar aquí, no hay trabajo acá entonces toca irme”

Ella se levanta antes de ver el sol salir detrás de las montañas, unas montañas llenas de café, plátano y potreros. Con esa primera luz rojiza, casi siempre recuerda uno de sus anhelos más profundos: poder irse con sus tres hijos de la casa pero con un anillo en el dedo, una fiesta y muchos invitados. El amor o mejor dicho el matrimonio es lo único que ella siente que puede ayudarle a irse de su hogar y dejar a su madre sola, sola con un hermano que se acompaña con tragos. Solo una de sus cuatro hermanas salió casada, las otras se fueron a jornalear con sus novios. Ella se quiere quedar en sus montañas, por eso ella quiere el matrimonio y de pronto una casa. Ella se la pasa riendo aunque sus palabras se enredan al salir de su boca, aunque no se entienda lo que quiera, ella intenta decir que cree en el amor, o mejor dicho en el matrimonio. Pues aunque vaya y granee el café de los inmensos cafetales, lave ropa en las quebradas por su casa o cocine para otra gente, esa plata que a veces ni le pagan... todos en su casa la necesitan y nadie le deja ni para poder lavar las cobijas de la casa. Así ha tenido que aprender a lavar la ropa sin que se le acabe el jabón azul. Ella lava pensando en que no se le puede agotar. Las otras mujeres que a veces le ayudan a esconder su plata, no entienden cómo hace para lavar sin gastar e jabón, y la admiran por eso. Sólo por eso.

-Sara Ortiz, según varias historias de mujeres

Las mujeres indígenas del Resguardo Indígena San Lorenzo, incluyendo las de San José, Veneros y Tunzará, tienen posibilidades limitadas para poder aportar económicamente a la familia, por lo que muchas, en contra de sus deseos, tienen que irse a trabajar en la servidumbre en las ciudades. Muchas jóvenes crecen con sus abuelos sin recibir el apoyo que necesitan durante su crecimiento y desarrollo, siendo la menarca un momento crucial para recibir consejos

y aprender a cuidarse como mujeres. La presión es aún más fuerte para las madres solteras adolescentes, quienes no logran cumplir con las expectativas de la crianza que le quieren dar a sus hijos por tenerse que ir lejos de ellos a trabajar en algo que no aporta en sus proyectos de vida.

La gran mayoría de las mujeres de San Lorenzo son amas de casa, trabajo muy dispendioso pero poco valorado y no remunerado que conlleva a una dependencia económica de los hombres.

Algunas mujeres también trabajan en la agricultura sea vendiendo los productos que siembran o jornaleando en las fincas cafeteras donde les pagan menos que a los hombres ya que no pueden cargar los costales. Además, el trabajo en los cafetales depende de las épocas de cosecha, por lo que muchos hombres y mujeres quedan sin trabajo cuando no están en temporada. En menor medida, algunas mujeres también trabajan en una maquila de vestidos de baños ubicada en el centro poblado, no obstante les pagan muy poco por cada vestido de baño hecho. Otras mujeres hacen artesanías (sea independiente o en cooperativa), sin embargo, muchas veces el ingreso no es suficiente para suplir todas sus necesidades. Finalmente, una de las fuentes de empleo más comunes es la servidumbre en ciudades como Bogotá, Medellín y Manizales donde las mujeres indígenas no tienen que pagar hospedaje y pueden por lo tanto mandar lo que más puedan para ayudar a mantener a sus familias.

Es importante anotar que en la actualidad está aumentado el número de madres solteras en el Resguardo y sólo tiene las opciones mencionadas las cuales generan muy pocos ingresos para su sostenimiento. Normalmente, las familias integran a la hija embarazada, sea adolescente o no, y el apoyo emocional y económico se da en la medida en que ella también tome responsabilidades en las labores de la casa y, en algunos casos, aporte económicamente. Como explica una joven,

muchas mujeres tienen que buscar trabajo afuera del territorio en trabajo doméstico “...pero más cuando son madres solteras” (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José).

Según las observaciones y las entrevistas realizadas, el rol de la mujer para las mujeres mayores se limitaba al ámbito doméstico, o sea a cuidar al esposo y la familia por lo que no era común que una mujer estudiará hace algunas décadas, como explica una joven de 18 años sobre su abuela: “no tuvo nada de estudio, solo hasta segundo, ah no, hasta primero...sus papás la sacaron que porque las mujeres no eran para estudiar sino para estar en la cocina y en la casa” (Historia Reproductiva 7, Mujer 18 años, Veneros). Aunque sigue este ideal de la mujer indígena en la actualidad, para la mayoría de las adolescentes estudiar hace parte de su proyecto de vida y las familias las apoyan pues ven en el estudio una posibilidad de mejorar sus condiciones de vida. De este modo, varias madres y abuelas declaran que las jóvenes no trabajan ni sufren tanto en los trabajos del campo y del hogar como ellas en su juventud.

Sin embargo, en las observaciones y en las experiencias vividas por las jóvenes entrevistadas, persiste este ideal del rol centrado en la ama de casa a pesar de las transformaciones que ha tenido sobre todo por el acceso a la educación. Muchas de las entrevistadas antes de ir a estudiar, tienen que dejar la casa limpia y el desayuno y el almuerzo hechos para los hermanos y el padre. Del mismo modo, tienen que llegar temprano para hacer la comida y estar pendientes de la casa. Esto es más notable cuando las madres de las adolescentes se van a trabajar a la ciudad y cuando éstas son madres solteras. Como ilustra el caso de una joven de 17 años de Veneros, desde que quedó en embarazo, tuvo que dejar de estudiar “yo si quería seguir estudiando pero mi papá no. Que ¿para qué?, que no, que me saliera” (Historia Reproductiva 3, Mujer 17 años, Veneros).

Esta adolescente tomó la totalidad de las responsabilidades en el hogar ya que sus padres se tuvieron que ir a jornalear en otro departamento, y ella se quedó con su hija de 5 meses, encargada del hogar y de cuidar a sus abuelos.

Como esta joven, un número importante de las adolescentes entrevistadas, con o sin hijos, tuvieron que dejar el estudio o sólo tomar clases los sábados (sabatino) para poder ayudar en la casa con los oficios o para aportar ingresos jornaleando en los cafetales o trabajando en la servidumbre. Un buen ejemplo de esto se pudo percibir en dos jóvenes de Veneros con 14 y 16 años, las cuales decidieron salirse del colegio para ayudar más en el hogar jornaleando un tiempo y trabajando en la servidumbre, pues como declara la más joven: *“aunque me quiera quedar aquí, no hay trabajo acá entonces toca”* (Conversación 17, Diario de Campo, 30 de junio 2016).

Asimismo, muchas jóvenes terminan su bachillerato, pero son muy pocas las que siguen sus estudios universitarios, primordialmente, por lo que implica económicamente para sus familias. En el Resguardo, hay un aumento significativo de mujeres profesionales que trabajan en el hospital, en las guarderías o en los colegios, pero siguen siendo muy pocas en el territorio. De esta manera, las oportunidades laborales son muy parecidas para las abuelas, madres e hijas, a pesar del nivel de estudio más elevado en las últimas generaciones.

En el caso de la servidumbre, muchas jóvenes, principalmente madres adolescentes solteras, ven una buena fuente de empleo. Algunas madres y abuelas que se fueron a trabajar desde los 8 años en este campo, afirman que ya no se “esclaviza” tanto a las mujeres de hoy, por lo que muchas piensan que: *“ya es más difícil que reciban menores de edad. Ya no es como la otra vez, que no*

les importaba la edad que tuvieran. Era como tener sus esclavas ahí. No les importaba, pero ya ahora hay mucha diferencia” (Entrevista abierta 8, Abuela, Veneros). Sin embargo, esto aunque sea menos común ahora y no reciban a niñas tan jóvenes, según las observaciones y las conversaciones, hay un número importante de jóvenes desde los 14 años que se dedican a esta labor para apoyar en su hogar.

Las adolescentes del Resguardo, en la actualidad, tienen más posibilidades de cambiar de lugar de trabajo y no aguantan tantos maltratos o malos salarios como tuvieron que hacer sus abuelas y madres. De esta manera, su trabajo se vuelve inconstante, en palabras de una de ellas cuando se fue a Pereira:

me pagaban 400.000 y era una casa finca de dos pisos, y yo desde las 4:30 hasta las 11 no....Solo duré un mes y me vine. Tenía 4 baños, 6 piezas, no esto no es pa' mí, y no podía salir, ni los domingos ...No es justo que una mujer se mate tanto, en ese trabajo tan duro de levante, despache, y hágale para que le paguen a uno tan barato no (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José).

A las jóvenes les toca muchas veces recurrir a la servidumbre pero en su mayoría no aguantan y solo ahorran unos meses para conseguir plata y regresar a sus hogares.

Algunas jóvenes son más tranquilas en cuanto a sus responsabilidades laborales, no obstante, muchas tienen que seguir acudiendo al trabajo doméstico pese a su voluntad, sobre todo cuando son madres adolescentes solteras. Muchas veces las jóvenes tienen que buscar un empleo

doméstico en las ciudades, ya que tienen que ayudar en el hogar para los gastos de su hijo pero también de su familia. Como expone una joven de 17 años:

¿Qué posibilidades de trabajo acá? No nada ninguna. Eso es lo que digo, yo a mi hija no me gustaría dejarla, yo he visto muchas personas que las mamás se van, dejan los niños un tiempo, ya los hijos no lo quieren a uno, ya quieren a la persona que estuvieron con ellos. Yo me pongo a pensar y yo no, yo siempre quiero que mi hija cuente conmigo, que tenga confianza como yo tengo confianza con mi madre (Historia Reproductiva 17, Mujer 17 años, Veneros).

Como se puede ver en este apartado, el ideal de buena madre para la adolescente se ve truncado por unas necesidades reales que puede solucionar con el trabajo doméstico. La mujer, por no poder satisfacer sus necesidades dentro del mismo colectivo, se ve forzada de abandonar su rol de mujer emberá, y por lo tanto, queda sin su territorio ni la posibilidad de criar a su hijo de la manera que ella desea.

Del mismo modo, muchas jóvenes quedaron solas durante su crecimiento puesto que las madres se iban a trabajar internas en una ciudad, como ilustra la madre de una adolescente de 14 años:

es muy duro uno irse a trabajar a otra parte, lejos de ellos, yo me fui, y no sabía, no estaba cuando me dijeron [que le había llegado el periodo] y ella me dijo, y tan joven, tan pequeñita, estaba muy joven, y no ... ellas vivían con las abuelas (Historia Reproductiva 23, Mujer 14 años, San

José).

La madre cumple un rol fundamental, primordialmente en el cuidado de la niña durante la menarca, pues como se expuso en el comportamiento reproductivo, las jóvenes desde los 10 años, empiezan a cambiar fisiológicamente lo que les genera miedo, confusión y pena. La relación con la madre es fundamental para explicar y aconsejar sobre los cuidados necesarios ya que en ningún otro lugar sea el colegio o en el hospital le aportan un apoyo significativo en esta etapa. Además, las madres son las encargadas de prepararles las bebidas, como explica una joven al preguntarle sobre los cuidados para los cólicos: *“mi mamá me hace [bebidas] con plantas medicinales, ella lo que hace es bendito, no verdad, con planticas, por eso la extraño”* (Entrevista abierta 4, Mujer 18 años, Tunzará, 2016). En el momento de la entrevista, la madre de la adolescente estaba trabajando en la ciudad como trabajadora doméstica.

Derivado de la observación y de las entrevistas, es habitual que los abuelos cuiden a los nietos en el Resguardo mientras las madres se vayan a trabajar en las ciudades. Las abuelas toman un rol fundamental en la crianza de las adolescentes, sin embargo, la mayoría de las abuelas no están acostumbradas a aconsejar a las jóvenes sobre todo en temas como los novios y las relaciones sexuales: *“ mi abuela, pues no, porque mi mamá me dijo que antes no les explicaban nada, y que todo eso, pues porque a ella nunca le llegaron a explicar nada...”*(Historia Reproductiva 3, Mujer de 17 años, Veneros). Presumiblemente por la distancia generacional y los tabús de las abuelas, las relaciones con las nietas son un poco más distantes que con las madres.

Para recapitular, la SSR de las adolescentes depende en gran medida de poder tener un apoyo adecuado desde su menarca, y, en el caso de un embarazo, de poder cuidar su salud y acompañar

a su hijo en su crecimiento. Las condiciones que requiere su SSR como mujeres adolescentes indígenas con necesidades culturales, sociales y biológicas particulares se ven perturbadas por el trabajo que deben ejercer ellas y sus madres para suplir sus necesidades económicas individuales y familiares, y así se tienen que ir de su territorio, el cual significa para el pueblo indígena de San Lorenzo *“la razón de permanecer y pervivir en constante relación con naturaleza, la cultura, el pasado y futuro de la comunidad indígena. Por lo tanto el territorio es colectivo, producto de un proceso de lucha y resistencia de nuestros ancestros para las futuras generaciones”* (Resguardo Indígena San Lorenzo 2014, p .80). De esta forma, la salud de las jóvenes indígenas tiene mucho que ver con la posibilidad de quedarse en el territorio pues sólo en él se pueden reproducir colectivamente con las enseñanzas de las tradiciones y pautas culturales de sus madres y abuelas.

Discusión

La Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes en los sistemas médicos: Pluralismo médico y Salud Intercultural

En el territorio de San Lorenzo, como se ha reportado en Latinoamérica (OPS, 2010; Noreña, Leyva, Palacio y Mejía, 2015; Campos, 2010), existe una inequidad en la utilización y en el acceso a los servicios de SSR para las mujeres indígenas. En este caso particular, las jóvenes sufren de una cuádruple discriminación por su etnia, género, edad y clase social, y por lo tanto son más vulnerables y tienen mayor exposición a riesgos para su SSR. En cuanto a la edad, las jóvenes tienen una *“mayor vulnerabilidad por su desarraigo cultural por la historia de*

colonización, por la educación que no tiene en cuenta su cultura y los problemas de violencia además de exclusión y discriminación” (ONU, 2011).

En el informe de la muerte materna de Caldas entre los años 2001 y 2012, Arboleda (2013), expone que, debido a que la gran mayoría de la población es indígena en Supia y Riosucio, el factor socio-cultural es el más representativo de esta región pues

...influye en el momento de necesitarse intervención oportuna y eficaz para las gestantes...debido a las creencias en la medicina alternativa, a los paradigmas que manejan en cuanto a la medicina tradicional, las limitaciones económicas y socio-culturales que presenta la población, la falta de autonomía por parte de las mujeres para acceder a los diferentes métodos de anticonceptivos y servicios de salud y el acceso geográfico distante y difícil que tiene el Municipio de Riosucio (Arboleda, 2013, p.12).

La autora considera que la creencia de las mujeres indígenas en la medicina tradicional es un factor negativo en las tasas de mortalidad materna indígena en el Alto Occidente de Caldas. No obstante, en la mayoría de los procesos reproductivos, las adolescentes entrevistadas en este trabajo de grado buscan la biomedicina, pero por bloqueos económicos, sociales, culturales y/o por su edad, no logran acceder adecuadamente a ella.

De este modo, en esta zona, la falta de una salud intercultural que tome en cuenta las particularidades de las adolescentes indígenas y la situación grupal y estructural del Resguardo, es un factor mucho más determinante de la SSR, que la creencia en la medicina tradicional. Las adolescentes de las 3 comunidades acuden principalmente por cólicos menstruales, planificación,

gestación y parto a los sistemas médicos que tienen a su alcance: auto-atención, biomedicina y medicina tradicional, el cual incluye la partería. En el caso de la menstruación y de la gestación, las jóvenes participantes acuden a los tres sistemas médicos, contrariamente a la planificación y al parto los cuales se limitan al uso de la biomedicina. En este apartado analizaremos con más detalle el parto para ejemplificar las problemáticas por la falta de una salud intercultural adecuada.

Un sistema médico es un conjunto coherente, organizado y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de la salud/enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva partiendo de una dimensión conceptual y una conductual de las personas (Lerin, 2004, p.116). En el territorio de San Lorenzo, coexisten tres sistemas médicos que están en constante contacto e interacción mutua, creando un contexto de pluralismo médico, o sea la capacidad para que un proceso de sanación combine indistintamente y en más de una forma todo el espectro de recursos terapéuticos disponibles para una solución eficaz a los padecimientos (Citarella, 2009, p.79). Por ejemplo, con los cólicos menstruales, muchas jóvenes acuden a los tres sistemas médicos, en palabras de una joven: *"Mi mamá me hace manzanilla y canela. No me las tomaba...eso no me quitaba ese dolor. Ni las pastas, más o menos, a veces no me quitan los cólicos. Y después mi mamá me mandó a ver un médico tradicional y me mandó fue jarabe"* (Historia Reproductiva 19, Mujer 12 años, San José).

El pluralismo médico es muy diferente respecto la salud intercultural; la última es "...una plataforma conceptual para el desarrollo de políticas de salud que apunten, por un lado, a la adecuación de los programas y servicios a las necesidades específicas de la población originaria

y, por otro lado, a la valorización y rescate de las tradiciones de la medicina originaria” (Citarella, 2009, p.77). Esta plataforma considera esencial que el personal indígena consciente de su realidad socio-cultural pueda vincularse a las instituciones biomédicas para disminuir las barreras económicas, sociales y étnicas y para ayudar a entender los procesos terapéuticos (Alarcón et. Al 2003, p. 1064).

En San Lorenzo, el personal más capacitado para conocer la realidad socio-cultural de las jóvenes en el sistema biomédico son las promotoras. No obstante, para empezar, no hay un número suficiente para cubrir toda la población lo que impide una cobertura adecuada. Segundo, no tienen suficiente apoyo de las instituciones de salud para hacer una adecuación y de verdad disminuir los bloqueos. Una promotora relata: *“en las comunidades es duro, y uno ve, ah ya vaya hágale, le doy el pasaje, para que este aquí a las 7 am, y si mejor dicho trato de ayudarles. Pero no todas las promotoras lo hacen”* (Entrevista Semi-estructurada 5, promotora, Veneros). Las parteras son otros agentes tradicionales de salud (Luna 2015) que conocen muy bien la situación de las jóvenes, no obstante, no se han incluido en el proceso biomédico de manera formal en este proceso.

Para el caso del parto, existe también un contexto de pluralismo médico, sin embargo, la salud intercultural en estas situaciones es muy diferente, pues, como se expuso en los resultados, las jóvenes expresan que prefieren únicamente el sistema biomédico por miedo o poco conocimiento sobre la partería. Además, son muy pocas las parteras y ellas son conscientes de las complicaciones posibles con un parto adolescente, por lo cual, en muchas ocasiones, prefieren no

atenderlas y las remiten a un hospital, lo cual muestra su capacidad de dialogar e interactuar con el sistema biomédico.

No obstante, durante el parto hospitalario, las jóvenes se enfrentan con la distancia, la falta de dinero, de acompañamiento y con el miedo de una cesárea. La mayoría de las mujeres tienen miedo frente al trato en el hospital, como expone una mujer en un taller en la escuela de partería sobre su percepción del sistema biomédico: *“Si uno se marea en el hospital ¿qué hacen? Lo rajan a uno de una”* (Diario de Campo, Sara Ortiz, 6 de Mayo 2016). Según este testimonio, en varias ocasiones, las mujeres sienten que el personal del hospital no toma en cuenta las necesidades de la mujer en momentos críticos y hacen procedimientos que ellas no entienden o no consideran necesarios. Contrariamente a sus madres y abuelas, el parto para las jóvenes se da únicamente en el sistema biomédico, pese a sus inconvenientes y los miedos que les genera:

La verdad el cambio ha sido muy diferente, cuando la época de nosotros, yo tengo 78 años, en ese tiempo no se veía salir con la señora al hospital, o el cuerpo de bomberos, no habían. Había solo una partera que vivía aquí en la comunidad. Entonces se llamaba y ella atendía el parto, normal salía bien. Y ya si no es al hospital o no es a cirugía, ya las mujeres de hoy en día nada (Grupo de Discusión 1, Grupo tercera edad, Veneros).

Mendoza (2005) también constata que en mujeres indígenas jóvenes en México, el parto es un periodo *“...en donde la práctica médica alópata ha ganado espacios, quizá por ser el período más temido donde se reconoce el riesgo de muerte para la madre y el niño”* (Mendoza, 2005, p.233). Las jóvenes a pesar de sentirse solas o incómodas durante el parto hospitalario, no lo cuestionan por evitar complicaciones.

En Colombia, Valencia (2005) argumenta que el desplazamiento del parto domiciliario por el hospitalario en el pueblo Emberá Chamí de Antioquia se debe principalmente a la adhesión a los programas estatales que han pretendido aumentar la cobertura del parto institucional-hospitalario. No obstante, la autora cuestiona este cambio cultural pues esto afecta la autonomía de los pueblos indígenas ya que disminuye la autosuficiencia para los eventos de la vida como lo es el nacimiento y se pasa a depender de un sistema médico que desvaloriza la cultura indígena. Asimismo, en este proceso se enajenan saberes especializados tradicionales como la partería por lo cual concluye que “...no es poca la responsabilidad del sistema de salud en el desplazamiento del saber tradicional; además, existe una distancia real entre las pérdidas en la autonomía para enfrentar los eventos de la vida, y una atención adecuada a las especificidades étnicas que compense la enajenación cultural” (Valencia, 2005, p.1095).

En San Lorenzo, una mayora explica sobre las parteras: “No ya no hay, las que eran parteras ya murieron y no les enseñaron a nadie. Los jóvenes no saben, todo tiene que ser en el hospital” (Grupo de Discusión 1, Grupo tercera edad, Veneros). Un caso que ejemplifica esta situación:

...a mí me tocó sacar a una nuera de carrera...le llegó la enfermedad a las 2 de la mañana, y esa muchacha la había dejado sola y ella solita...no tuvo más de otra que mandarme razón, ya estaba el niño para nacer ¿y cómo la sacábamos a esa hora para el hospital? Y me comprometí me eché la bendición...y gracias a Dios fui capaz...Primer vez, pero siempre miraba como lo arreglaban a uno en eso, y le llegaba a uno también y me acordaba como era, y ya para cortar el ombligo,

llamamos a un señor que sabía mochar ese ombligo (Grupo de Discusión 1, Grupo tercera edad, Veneros).

Luna (2015), en su trabajo de grado en el Resguardo Indígena San Lorenzo, argumenta que el rol de las parteras como agentes tradicionales en salud que brindan apoyo en las etapas reproductivas de las mujeres es necesario para las mujeres debido a su situación de vulnerabilidad, desigualdad y por el poco acceso a los servicios médicos institucionales por estar ubicadas en zonas alejadas y de marcado conflicto social. Las jóvenes, al no contar con las parteras, y al tener poco acceso al hospital de Riosucio, se encuentran con más probabilidades de tener un parto riesgoso. De hecho, como se detalló en los resultados, muchas adolescentes, no hubieran llegado al hospital sin el apoyo de los bomberos.

La falta de una salud intercultural en San Lorenzo es similar a lo que ocurre entre las comunidades Nasa y Misak del departamento del Cauca, pues las mujeres muchas veces no pueden acceder a los cuidados que se proponen desde los sistemas médicos tradicionales ni al biomédico. Las mujeres no pueden acceder al sistema tradicional ya sea por tenerse que ir a trabajar, por el desplazamiento forzado o por el escaso apoyo

...brindado a las instituciones de salud indígenas para el fortalecimiento de la medicina tradicional, condiciones que han conducido a una pérdida progresiva de valores y que dificultan, no solo la posibilidad de la pervivencia cultural del pueblo, sino también “el buen llevar” del embarazo, el parto y la dieta desde el punto de vista cultural (INS y ONS, 2015, p.86).

Para el caso de la biomedicina, su deficiencia reside en parte por una alta rotación del personal de salud por el tipo de contratación o por problemas de seguridad y varios factores que trascienden lo institucional y se refieren a “...dificultades administrativas, financieras o de otro tipo, propias de la estructura del sistema de salud” (INS y ONS, 2015, p.59).

Las jóvenes indígenas empiezan a depender completamente de un sistema médico que no cumple con sus expectativas y necesidades. Como dice Drovetta (2009) no es suficiente la integración del sistema biomédico en las comunidades indígenas para el cambio de las condiciones epidemiológicas, en este caso de la morbi-mortalidad materna. La invisibilización en la que cae el modelo tradicional, si bien no garantiza su eliminación, sí conduce a la paulatina pérdida, diluido entre otras prácticas y contribuyendo al proceso de aculturación en el que están inmersas estas comunidades (Drovetta, 2009, p.150).

La SSR, superando un enfoque netamente demográfico y biológico, se ha definido como “un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” siendo primordial el derecho a una atención médica óptima para la planificación familiar y un proceso de embarazo y parto seguro, entre otros (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, p.37). Como propone la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Nacional (2014-2021), la atención médica para la SSR requiere de un enfoque de derecho y diferencial por género, etnia y ciclo de vida (p.15). En este caso concreto, para referirnos a una salud intercultural, desde antes de tener un embarazo y durante la gestación y el parto, se requiere de un acompañamiento emocional a las adolescentes en el que haya consciencia de la situación

socio-cultural y económica de las jóvenes, pero también se requiere de un apoyo en los trámites de salud ya que, como se ha discutido, son muy complicados para una mujer joven indígena. Es entonces necesario un incremento en la cobertura de las promotoras, mejorar su acceso a las ecografías y a un ginecólogo, además un fortalecimiento en cuanto a la formación de las parteras y los bomberos, para que puedan apoyar en caso de una emergencia en la comunidad, o si una joven toma la decisión de no ir al hospital por alguna razón.

Estas condiciones para mejorar la salud materna son difíciles de lograrse, principalmente porque en Colombia se tiene un sistema de salud neoliberal que no se adapta ni a la realidad política, económica y administrativa nacional ni a las necesidades de la población en cuestión de salud (Groote, Paepe y Unger, 2007) lo que impide una salud intercultural adecuada para los pueblos indígenas. Como explica Arboleda (2013) en el Alto Occidente de Caldas, las muertes maternas ocurren, entre otros, por la falta de compromiso por parte de las EPS para la gestión en la atención oportuna, falta de oportunidad de las citas con especialistas, falta de autorización de exámenes, falta de información articulada entre las diferentes instituciones y programas de salud y la alta rotación de salud (p.13).

El decreto 1953 del 2014 donde se concretiza el SISPI (Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural), la salud se propone dentro de su organización política y en su lucha y resistencia histórica por su derecho a pervivir como pueblos (INS y ONS, 2015, p.81). En San Lorenzo, es palpable que la salud se debate también entre la autoridades tradicionales, la comunidad y las entidades de salud: en la asamblea de mitad de año del 2015 entre los líderes, comuneros y

representantes del hospital San Juan de Dios y las EPS AIC se tuvo un debate sobre la salud.

Como exclamó un ex gobernador del Resguardo Indígena San Lorenzo:

Entonces se tiene que hacer una reunión con junta directiva del hospital, que corresponde a la organización, si es que no hay suficiente personal, si no se está atendiendo bien a la gente, ¿qué está haciendo la organización para eso? El gerente, uno ve en San Lorenzo, el servicio ha mejorado, pero puede que estemos retrocediendo en algunos aspectos, y dar más claridad a la gente. Todo lo de salud, lo vamos a mandar para que el hospital nos conteste de manera escrita, y la emisora hacer un programa para acceder a los derechos, los servicios para no poner a voltear la gente. Lo que está en nosotros cambiémoslos, para que podamos pedir y exigir y reclamar a los de arriba (Observación 1, Asamblea Mitad de Año, ex gobernador y ex alcalde indígena).

El cabildo indígena de San Lorenzo permite generar un diálogo político con las entidades de salud para mejorar su acceso y atención mucho más en este momento, cuando hay una crisis en la contratación del sistema subsidiado entre la EPS AIC y el Hospital San Juan de Dios.

Mujeres Indígenas, Procesos Organizativos y Salud

*Tú mujer emberá
¿Hasta cuando estás así?
Con tu cabeza agachada,
Sin saber sobre nuestros antiguos,
Sin pensar en ellos.*

*No mujer, así tampoco es.
Vamos a levantar bien alto nuestras cabezas.
Vamos a refregarnos la cara,
Levantándola hacia arriba.
Respiremos bien, entonces lo nuestro que parece una finca grande,
hagamos escuchar nuestras voces con las de los otros indígenas,
Vamos a engrosar nuestro pensamiento con los otros hasta endurecer.*

*Pero esto que les digo,
No lo vamos a hacer hoy,
Ni mañana, ni pasado mañana,
Ni dentro de un mes.
Esto va a ir retoñando despacio.
Por esto mujer: usted, aquella, esta, todas nosotras pensamos en luchar
¿por qué?*

*La tierra es de todos,
Es la respuesta.*

(ONIC (1988) citado en Salgado, 2010, p.123)

Este proyecto de grado, se propuso la comprensión de la SSR de las adolescentes indígenas de Veneros, San José y Tunzará a partir de sus experiencias, expectativas y percepciones individuales enmarcadas en la realidad socio-cultural e histórica del pueblo Emberá Chamí del Resguardo Indígena San Lorenzo. Según la ONIC (2012), las mujeres indígenas colombianas son todavía “...víctimas de múltiples violencias, son vulneradas como parte de sus pueblos y son vulneradas individualmente, por el hecho de ser mujeres, lesionando así lo colectivo...” (ONIC 2012,88). En San Lorenzo, existe una violencia socio-cultural, económica y física contra la mujer que se manifiesta en la familia, en la comunidad, y en

relación con la sociedad dominante, lo que afecta la SSR de la mujer pues perturba su bienestar y su capacidad de transmitir sus tradiciones, pautas y normas culturales para que su pueblo indígena siga existiendo. Frente a esto, el proceso organizativo de mujeres anclado en un proceso histórico de lucha y resistencia ha construido una red de apoyo comunitaria fundamental para las mujeres a nivel grupal del Resguardo.



Foto 15: Reunión coordinadoras de Mujeres, Veneros. Foto tomada por Sara Ortiz.

Un ejemplo que evidencia el impacto de la violencia contra la mujer se plasma en las vivencias de una joven de 18 años de Veneros quien cuenta que varias veces han ido hombres borrachos a tratar de entrar a su casa:

Nosotras somos 4 mujeres solas en una casa y como me ven con un bebé y otra vez barrigona piensan que yo... [hacienda un gesto de brazos de acto sexual] y vienen borrachos a tocar a la casa dizque para que les abramos la puerta. El otro

día me tocó subir al techo porque un vecino tiro una piedra y daño 8 tejas y empezó a llover (Conversación 6, Mujer 18 años, Veneros).

Esta joven afirma que se va ir del territorio, a pesar de que “...*mi ombligo esté enterrado en mi fogón, cuando se muera mi abuela o se vaya mi hermano, pues quedaría sola con mi hermana, y ahí los hombres solo con golpes nos respetan*” (Conversación 7, Mujer 18 años, Veneros). De esta forma, este tipo de violencia está afectando la permanencia y el sentido de seguridad de las mujeres en el territorio. De hecho, las mujeres no deberían caminar solas de noches ya que muchos hombres al ver una mujer en esta situación consideran que éstas buscan algo.

La violencia sexual también ha afectado de manera directa la SSR de las mujeres. La violencia sexual a nivel familiar es una preocupación del cabildo y de la comunidad ya que han aumentado los casos denunciados por el trabajo de sensibilización que se ha venido haciendo. De igual manera, la violencia sexual dentro del conflicto armado apenas se está discutiendo desde diferentes procesos comunitarios, pero se está empezando a reconocer, como expone una lideresa de la comunidad de Piedras:

...en los 80, digamos que un guerrillero, abusó una mujer sexualmente en Llano grande, por ejemplo, una mujer que iba con su hija y un canasto de leña, 3 guerrilleros las abordaron, las violaron, y siguieron derecho. Y paso en Llano Grande, muchas cosas pasaron aquí en el Resguardo. En los 90, por guerrilleros, soldados o no se sabe si paramilitares, muchos soldados nos acosaron cuando íbamos al colegio cuando éramos niñas. Que incluso tenían ciertos miedos para mandarnos a las escuelas cuando éramos pequeñas, ...y a ustedes

que son de otra generación ya adultas, les toco otro tipo de elementos, en los 80 y 90 fue otro tipo de violencia que hubo en el territorio. Y uno no cree, pero uno crece con esos temores, temores a salir de noche, a relacionarse con cierto tipo de personas (Sara Ortiz, Diario de campo, Reunión Defensoría sobre Violencia Sexual, 23 junio 2016).

Durante el conflicto armado, las mujeres, además de la inseguridad, persecuciones, violencia y amenazas fueron víctimas de violencia sexual. Por ser mujeres, el conflicto armado dejó secuelas muy profundas en sus vidas y por ende en la comunidad en general.

La mujer se sitúa inmersa en las problemáticas del territorio, y además se enfrenta desde el hogar a otras violencias por ser mujer. Por ejemplo, el rol de las mujeres se limita a ser amas de casa, como expone una mujer de la comunidad de Lomitas en un taller de partería “*ser ama de casa es una enfermedad*” (Sara Ortiz, Diario de campo, Lomitas, 6 mayo 2016), ya que todo el día tiene que estar pendiente de los quehaceres, sin poder concentrarse en talleres o en capacitaciones. Relaciona el rol de mujer limitado a la casa con una enfermedad, lo cual trasciende la visión biológica, pues afecta su desarrollo como mujer. Como expone Breilh (1996), los problemas del ámbito doméstico afectan seriamente la calidad de vida y de salud de la mujer pues “...produce estrés por sobrecarga o subcarga-dependiendo de las clases sociales puede darse fatiga y agotamiento físico extremos, o una exasperante subutilización del tiempo-casi siempre con medios impropios e insuficientes en las clases populares y, sin reposo y recreación adecuados” (p.12).

La salud se debe comprender dentro de la posición de un grupo socio-cultural, en otras palabras, según Breilh (1996), con la clase social, género y etnia pues "...el estado de salud de una población no se establecen en los individuos sino en la vida colectiva, en los seres individuales se especifican los procesos de salud y enfermedad" (p.220). La salud de una mujer, por ejemplo, se entiende con sus condiciones de reproducción social y la cantidad e intensidad de los procesos físico y psicopatológicos históricamente padecidos y que llevan a la enfermedad. "En cada grupo social y en cada uno de los aspectos de la reproducción social (proceso de trabajo, procesos del consumo, relaciones con el medio ambiente o entorno, organización política y prácticas de la población y grado de conciencia) se da una oposición entre los aspectos benéficos y protectores y los aspectos destructivos y deteriorantes" (Breilh, 1996, p.222). En este caso particular de las mujeres indígenas de San Lorenzo, el proceso organizativo de las mujeres es un aspecto benéfico y protector para su salud.

El proceso organizativo de la mujer se concretiza principalmente en el área de Mujer y Familia con las coordinadoras en las comunidades de grupos de mujeres, adultos mayores y de discapacidad, no obstante, también en este proceso se deben considerar las cabildantes mujeres, lideresas de procesos juveniles y otros procesos de mujeres:

Ha sido un apoyo muy grande para la misma organización porque la secretaría de Mujer y Familia se empieza a crear desde 1990, y se formó de ver la necesidad de ese tiempo para atender a la población femenina muy diferente del resto. Ha sido bienvenida esa idea de los mayores. Pues en este momento tenemos muchas dificultades, pero en ese momento se tenían tantas dificultades, que ni sabían por donde empezar. En este momento, a través del tiempo, de errores y de

equivocaciones, se ha podido avanzar en el tema, y la idea es seguir avanzando para que en 10 años se vea. Se diga, eso no fue un error para transformar la sociedad, y es importante tener en cuenta a las mujeres, y las mujeres empezaran a ver, a escuchar a ver que habían mujeres que también podían aportar a procesos de organización, que había mujeres que también pensaban y que en su mayoría quieren tener, participación en los diferentes espacios para que las mujeres participarán. Lentamente ha sido una ganancia, de que el proceso de mujeres se mantenga en el proceso de organización que mantiene todo el cabildo, ha sido significativo, en un lapso de un tiempo, pueda ser mejor la situación de las mujeres y no solo para las mujeres sino en las comunidad porque las mujeres estamos en todos los espacios, en el hogar, en las reuniones, en convites, en mingas, en todos los espacios estén las mujeres, pero que bueno que el cabildo haya podido ver que las mujeres pueden estar, pero con un nivel de conciencia también porque es muy diferente por decir algo una compañía, puede ser de un animal, de alguien que no ayuda a pensar, pero si esa mujer se forma y ayuda a pensar pues va a ser mucho mejor el trabajo que se puede lograr (Entrevista Semi-estructurada 6, coordinadora de área Mujer y familia).

Para el caso de las jóvenes, estos espacios comunitarios son una alternativa en su tiempo libre para aprender sobre las experiencias de mujeres mayores, sobre la historia del proceso organizativo y sobre su cultura a través de talleres de artesanía, música, danza, etc. Las jóvenes se educan en sus núcleos familiares pero también en estos espacios comunitarios. Este es un

aspecto grupal que influye de manera importante en la situación de la mujer y en la reflexión en torno a sus problemáticas, en palabras de una joven:

...me acuerdo cuando yo quedé en embarazo de ella me decían no hasta aquí llegó...No que uno no puede seguir con los hijos, pero yo digo que uno con los hijos puede seguir saliendo adelante. Solo que es propósito de uno salir adelante, si no ahí queda, hay que rebuscársela. Y no hay otras formas, como las artesanías de las shakiras, y otro muchacho me enseñaba a hacer collares, y mochilas. Y del cabildo vinieron a enseñar. Después escuela propia. Sino que a gente de por acá piense están en las ciudades, pero yo no creo, y es que si fuera a trabajar es a esclavizarse por otra persona. La mayoría de por acá se van y yo lo hice una sola vez, pero no yo no me vuelvo” (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años, San José).



Foto 16: Madre Adolescente en taller de comunicación Foto tomada por Sara Ortiz.

Este tipo de organización de mujeres indígenas no sería posible sin “los esfuerzos emprendidos por hombres y mujeres hace treinta años y que conllevaron a la organización, lucha, visibilización, representación frente a otros actores sociales o en instancias estatales” (Salgado, 2010, p.15). La organización de mujeres indígenas en algunas partes del país empieza con más fuerza con la ANUC (Asociación Nacional de Usuarios Campesinos), siendo la participación política de la mujer un tema central de la asociación. A través de los comités y encuentros femeninos iniciados desde 1973, la mujer indígena se empieza a incorporar en las luchas de la sociedad:

...solo a través de la lucha popular con la creciente participación de las mujeres, podían conquistar sus derechos femeninos y se acogieron como reivindicaciones inmediatas: luchar por las condiciones laborales de las agricultoras, las condiciones de la mujer indígena, el mejoramiento de los precios de la artesanía, defender el derecho a la salud y educación...y el rechazo a las arbitrariedades cometidas por los terratenientes (Salgado, 2010, p.106).

Este tipo de organización incluye la lucha de la mujer dentro del movimiento indígena, lo cual es un aspecto protector para la salud de la mujer, pues parecido a lo que propone Breilh (1996) no es suficiente comprender de manera aislada los problemas biológicos y sociales que afectan negativamente, , se tiene que conocer los perfiles sociales de ese grupo social y de su población con sus problemáticas específicas para que el proceso organizativo sea aún más fuerte, pues “la lucha por la salud es una lucha política” (Breilh, 1996, p.135) como explica el gobernador del Resguardo San Lorenzo en una entrevista radial del 3 de marzo:

Lo que exijo yo como el gobernador indígena de San Lorenzo, y exigieron mi colegas de los otros tres Resguardos, como bloque de autoridades, es que

resuelvan el tema administrativo y garanticen que las gestantes, los niños, los jóvenes, los adultos, los adultos mayores, en general la población no se queden sin servicio, ... No se puede dejar de lado que somos emberá chami, con legitimidad, tenemos reconocimiento político, jurídico, legítimo y somos tratados como sujetos de derechos colectivos, es decir que prima lo colectivo sobre lo individual.

Tenemos que pensar realmente en el sector de salud, aunemos esfuerzos, peleemos todos para que el derecho a la salud sea realidad en Riosucio, pero también en todo Colombia (Entrevista radial, Ingrumá Estereo, 3 de marzo).

La SSR de las mujeres indígenas, en su mayoría de bajos recursos, de la parte alta, y adolescentes, depende de su bienestar en su comunidad. Las mujeres en diferentes procesos organizativos han generado un elemento protector para la SSR de las mujeres, pero especialmente de las jóvenes pues con los espacios de reflexión, formación y opciones productivas están mejorando su capacidad de liderar procesos políticos y económicos que afecten sus vidas cotidianas, la violencia intrafamiliar, sexual y comunitaria y por ende, les permiten cuestionar su rol como mujer indígena para poder defender sus sueños. Ante la falta de salud intercultural, es importante fortalecer el proceso organizativo de las mujeres, para que continúe este factor protector, pues además como vimos la SSR de la mujer tiene mucho que ver con la producción y con el trabajo para la mujer. De esta forma, el desgaste de la mujer, y los problemas de salud se relacionan con los problemas de organización política y de la conciencia social. "...ante el conjunto de peligros y agresiones del trabajo y del consumo, las clases populares defienden mejor su salud cuando están mejor organizadas. El individualismo y la alienación son fuentes de enfermedad"(Breilh, 1996, p.234).

Comportamiento Reproductivo: Rol de la mujer

El comportamiento reproductivo es "...la renovación permanente de los efectivos demográficos y constituyen la base humana para reproducir la continuidad étnica en un espacio y grupo determinado" (Gálvez et al., 2002, p.19). El comportamiento reproductivo de las adolescentes indígenas de las comunidades de San José, Veneros y Tunzará aporta a la reproducción biológica y social del pueblo indígena Emberá Chamí del territorio de San Lorenzo y al pueblo Emberá en general. Su comportamiento reproductivo se ve afectado por la aceptación de la planificación y por el rol de la mujer, que está trascendiendo el ámbito de la maternidad para permitir que la mujer pueda estudiar y acceder a otros roles en la comunidad. Como plantean Valencia y Arias (2014) en el caso de las embera chamí de Karmata Rua, la escolaridad y la contracepción para las mujeres son asuntos que han afectado sus decisiones individuales, y por lo tanto su comportamiento reproductivo. Asimismo, es importante anotar que la condición migratoria de las mujeres emberá chamí de San Lorenzo a las ciudades es una realidad socio-cultural de las mujeres que es necesario analizar para comprender las repercusiones en su comportamiento reproductivo.

No existe información sobre el comportamiento reproductivo de los pueblos indígenas en Caldas, por lo es necesario discutir algunos de los resultados de este trabajo sobre el comportamiento reproductivo en relación con los estudios hechos en Antioquia en los cuales, de los pueblos indígenas de Antioquia: los tulé, zenú, y emberá eyabida y dobida, el subgrupo emberá chamí del Resguardo de Karmatarúa (también conocido por el nombre colonial del Resguardo, Cristianía,) exhibe un patrón diferente caracterizado por una menor fecundidad (Arias, 2001, p.272) debido,

entre otro, al aplazamiento de la edad de la primera gestación y al uso de métodos de planificación (Arias, 2005, p.1094).

El pueblo Emberá Chamí de Karmatarúa y de San Lorenzo tienen sus diferencias, empezando que en San Lorenzo no se habla la lengua nativa como en Cristianía. No obstante, la historia de los emberá chamí tiene características similares como su reducción a pueblos coloniales, una colonización exhaustiva de sus tierras, una política de disolución de Resguardos durante muchos años y el establecimiento de misiones religiosas católicas para mejorar su educación y erradicar su idioma. Su producción cambió de manera radical con el monocultivo de café y con el fortalecimiento de los jornaleros ocasionales en las fincas de terratenientes (Gálvez et al., 2002, p.14). Arias y Cuesta (2004) argumentan que el Resguardo de Karmatarúa se enfrenta con una fuerte presión de la sociedad externa desde lo económico, cultural, religioso, social y político que pone en riesgo la sobrevivencia y pervivencia cultural de su pueblo indígena como un grupo diferencial. No obstante, los indígenas tienen prácticas basadas en la solidaridad, sobre todo desde la organización social y política basada en el parentesco, que ayudan a mantener la sobrevivencia y pervivencia cultural de su pueblo. Las autoras exponen que esto crea un estado de equilibrio inestable para una sociedad como la emberá chamí de Karmatarúa. En San Lorenzo, se necesitaría hacer un estudio en este tema, empero, como se presentó brevemente en el contexto histórico, su pervivencia y sobrevivencia como grupo diferencial también han sido muy complicadas por el conflicto armado, por el despojo histórico de su territorio, de su organización política, de su identidad cultural, y por factores que impone la sociedad dominante como el monocultivo de café.

Otra similitud entre ambos Resguardos, es que el rol de la mujer no se limita únicamente a la maternidad y a la esfera doméstica. En Karmatarúa, las mujeres han tenido más acceso a la educación y un nivel de escolaridad más alto que en el resto de los pueblos indígenas de Antioquia (Arias, 2005, p.1095). Asimismo, según Galvéz et. al (2002), en este departamento, únicamente en este Resguardo se ha institucionalizado la participación política femenina la cual también ha sido posible ya que la mujer empezó a tener más independencia económica por su trabajo como asalariada en el trabajo doméstico y en los cafetales (p.14). Como se discutió en la parte anterior y en los resultados del comportamiento reproductivo, el rol de la mujer en San Lorenzo también se ha diversificado y no se limita únicamente a ser madres y amas de casa, en palabras de una joven, *“es mejor estudiar y después pensar en niños”* (Entrevista abierta 4, Mujer 18 años, Tunzará, 2016).

El comportamiento reproductivo está influenciado por las expectativas y las normas culturales, explícitas o tácitas de reproducción y de continuidad étnica con las cuales está relacionado directamente el prestigio femenino (Arias, 2001, p.275). En San Lorenzo, el prestigio de la mujer no se basa únicamente en su rol de madre, como lo muestran los proyectos de vida de las adolescentes que *“...dan paso a la vivencia de relaciones de pareja como el noviazgo o el privilegiar el desarrollo personal y la autonomía, a través del logro educativo, por encima de la maternidad y la unión en pareja”* (INS y ONS, 2015, p.10). Por ejemplo, para el caso de la primera gestación de las adolescentes entrevistadas en este trabajo, ninguna desea tener hijos antes de los 25 años: *“[me casaría] a los 25 años, hijos después de los 30. Antes me gustaría estudiar, ser profesora de biología”* (Historia Reproductiva 1, Mujer 15 años, Veneros).

Esta idea es muy común entre las jóvenes, pero contrasta con la realidad de muchas de ellas que tienen un embarazo a temprana edad. En estos casos, la primera gestación se relaciona con el inicio de las relaciones sexuales lo que no concuerda con la entrada a la unión, pues se da el noviazgo, aspecto también observado en los emberá chamí de Antioquia (Valencia, 2013). 3 de las 6 jóvenes entrevistadas en este trabajo de grado que han tenido por lo menos una gestación, dicen haber quedado en embarazo después de su primera relación sexual con un novio: “*En la primera relación sexual quedé en embarazo*” (Historia Reproductiva 5, Mujer de 19 años, Tunzará).

Alcaraz y Galeano (1995), en su tesis de maestría con mujeres kuna de Antioquia, exponen una situación muy diferente para la mujer indígena de este pueblo pues la menarca muchas veces es seguida de la entrada a la unión, el inicio de relaciones sexuales y la primera gestación:

El estereotipo de la mujer en el mundo de lo doméstico está arraigado en la cultural, limitándose el ejercicio de otros roles en la esfera de lo social, en sus roles, la mujer kuna poco participa en responsabilidades comunitarias, políticas u organizativas, hecho que limita sus potencialidades y capacidad para participar en procesos de cambio social y resolución de problemas colectivos, a pesar de participar con su presencia en las reuniones y congresos, su palabra en público es sancionada negativamente (p.145).

El prestigio de la mujer se sostiene en el hecho de ser madre, la cual es su función principal. La buena salud de la mujer y su reproducción biológica asegura la continuidad de la etnia. En este contexto cultural y social, las autoras exponen que las mujeres tienen tasas de fecundidad muy altas y con pocos meses de intervalo entre las gestaciones.

En San Lorenzo y en Karmata Rúa, además del aplazamiento de la primera gestación, hay una aceptación de la planificación familiar. Al preguntarle a las adolescentes participantes sobre este tema, se percibieron muchos miedos y tabús, sin embargo, es aceptado sobre todo para atrasar su primera gestación, como cuenta una joven: *“las pastillas no me gustan, traen enfermedades. Primero, pensar y mirar cómo no quedar en embarazo muy joven”* (Historia Reproductiva 1, Mujer 15 años, Veneros). En la mayoría de los pueblos indígenas de Antioquia, existe un rechazo a la planificación occidental tanto por afectar la reproducción biológica y cultural del grupo y por el cambio del rol de la mujer ya que queda sin la posibilidad de gestar (Gálvez et al., 2002), de esta manera la planificación marca una ruptura con las normas de reproducción de los pueblos indígenas (Arias, 2005, p.1094).

Las chamí de Karmatarúa también aceptan los métodos de planificación familiar aunque se observan ambivalencias por contravenir el imperativo cultural de la reproducción étnica (Arias, 2001, p.275). No obstante, la influencia del hombre es una diferencia importante que se resalta entre el uso de los anticonceptivos en los dos Resguardos. En el caso de las mujeres indígenas de Karmata Rúa, la participación masculina es decisiva en la adhesión a la planificación familiar occidental: en las relaciones jerárquicas de género, el hombre es el que manda, pero los hombres chamí mandaron a las mujeres a planificar (Arias, 2005, p.1095). En contraste, las mujeres del Resguardo San Lorenzo, todavía tienen muchos problemas con los hombres para poder planificar. Aunque en la comunidad, la planificación es aceptada, la mujer es la que debe tomar la decisión, y muchas veces a escondidas de su pareja, por ejemplo una madre de 45 años cuenta que *“en la cesárea me ligaron las trompas, lo hice a escondidas, para no tener que hacer firmar a mi esposo, dije mentiras, todavía no se da cuenta, yo no quería más familia, si fuera por él...lo*

iban a llamar pero alguien firmó por él, a él no le gustan esas cosas” (Entrevista abierta 5, Mujer 45 años, Veneros).

Para finalizar, en este trabajo también se pudo observar y discutir con muchas mujeres sobre la migración de muchas de ellas a la ciudades para poder trabajar sobre todo en el servicio doméstico. Es una realidad socio-cultural y económica que afecta en muchos aspectos a las mujeres. Mendoza (2005), en un trabajo con mujeres indígenas migrantes de México, propone que la condición migratoria tiene una enorme influencia en la fecundidad y en el comportamiento reproductivo ya que :

...genera cambios en los patrones reproductivos de las parejas, condicionados por variables como las configuraciones culturales diversas, escolaridad, actividad productiva y tipo de unión conyugal, así como el papel esencial de la mujer migrante que se manifiesta en la realización de múltiples roles, y que tiene repercusiones en las relaciones conyugales e intergeneracionales de la familia (Mendoza, 2005, p.234).

Sería de gran importancia poder profundizar en este tema, pues una joven de Veneros cuenta:

Nosotros vivimos aquí hasta que mi abuela se enfermó. Pues eso ya va para 7 años, en esos 7 años nos fuimos a vivir 3 años a Pereira. No había quien nos cuidará, entonces mi papá vino, y mi abuela no tenía nada que dijera que fuera nuestra tutora entonces a mi abuelita tocó entregarnos. Mi papá nos llevó y ahí fue donde yo empecé a cambiar... Las malas compañías, me puse a drogarme ahí, normal a mi me parecía normal... Si porque allá no teníamos el apoyo ni de nuestra abuela, ni el apoyo de nadie, éramos solos...Nos dio muy duro porque mi

abuelita estaba enferma. No teníamos así, pero a mi me dio muy duro, yo lloraba mucho. Me dieron una salida fácil y comencé a drogarme. Y en medio de eso, conocí un amigo, normal, a dar un tiempo, tuvimos relaciones y en esa relación salió mi hijo cuando tenía 15 años (Historia reproductiva 7, Mujer 18 años, Veneros).

Este es un ejemplo fuera de lo común de las problemáticas que viven las adolescentes del Resguardo indígena San Lorenzo, no obstante, es importante empezar a cuestionarse sobre esa situación que viene afectando hace tanto tiempo la vida de las mujeres embera chamí, tanto en Karmata Rua como en San Lorenzo.

Consideraciones Finales



Foto 17: Madre adolescente con su hija de 2 meses. Foto tomada por Grupo Mujer, Comunicación y Liderazgo.

Este trabajo de grado ha permitido un acercamiento a la comprensión de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de las comunidades de Veneros, San José y Tunzará del Resguardo Indígena San Lorenzo. Se ha logrado tal comprensión en un contexto interdependiente en el que interactúan la vida cotidiana de las jóvenes alrededor de las etapas del ciclo reproductivo, la situación grupal de su Resguardo, sobre todo en cuanto al acceso a los sistemas médicos, y el contexto nacional en el que los emberá chamí de Caldas continúan luchando por pervivir y sobrevivir como grupo diferenciado.

Se comprendió el concepto de salud sexual y reproductiva en un contexto cultural, social, político y económico específico y, además, se evidenciaron algunos factores que afectan la salud sexual y reproductiva de las jóvenes. Se respaldó con las observaciones y entrevistas con las jóvenes y sus madres y abuelas cómo algunos aspectos protectores como lo son, por ejemplo, el apoyo y consejos de las madres durante la menarca y la importancia cultural de los cuidados alimenticios de la dieta, se ven perturbados por el trabajo de la mujer y el cambio de los modos de producción.

En cuanto los servicios médicos, se discutió primordialmente que las jóvenes no pueden acceder adecuadamente ni a la medicina tradicional, ni a la biomedicina para su salud sexual y reproductiva. Esto es una problemática de gran importancia, pues como se expuso en el planteamiento del problema, la salud de las poblaciones indígenas continúa afectada por las desigualdades sociales y la historia de colonización y de discriminación en contra de los pueblos indígenas. La salud intercultural debe empezar con pasos concretos hacia la articulación de los sistemas médicos y el fortalecimiento de la partería, en este caso, pero sin perder de vista que en

un sistema económico, político y social donde las mujeres emberá chami tienen que irse a trabajar a las ciudades en el servicio doméstico, el monocultivo socava la producción propia y diversa y la salud es una mercancía; se requiere por lo tanto de un cambio mucho más profundo para que la salud intercultural pase del papel a la realidad y mejore realmente las condiciones de salud y de vida de las mujeres. Por esto, la organización de las mujeres en el Resguardo, se considera un aspecto grupal protector para la salud de estas.

En relación con la metodología implementada, la etnografía fue una herramienta muy necesaria para evidenciar cómo las percepciones y experiencias de las jóvenes alrededor de los ciclos reproductivos son en algunos casos contradictorias y se determinan por decisiones individuales, pero también por prácticas y tradiciones culturales y sociales que se ven influenciadas por condiciones mucho más amplias. Así, fue fundamental, a nivel metodológico, triangular las entrevistas, las observaciones y los grupos de discusión con el trabajo y proceso del Grupo Mujer, Comunicación y Liderazgo, el trabajo con las mujeres, con los mayores y con la comunidad en general sobre algunas problemáticas que los afectan para poder tener una visión mucho más profunda de su compleja realidad. Mi acercamiento a las mujeres fue posible gracias a mi primer intento de recoger los conceptos en la vida, propuesto por Vasco (2007), aspecto que se tiene que profundizar y mejorar en futuras investigaciones.

Gracias al presente trabajo se dejan abiertas futuras preguntas de investigación en cuanto a las migraciones urbanas de las mujeres emberá chami para trabajar en el servicio doméstico y sus afectaciones a nivel individual y poblacional en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

Asimismo, sería importante profundizar sobre las rupturas intergeneracionales y cómo afectan

los sistemas médicos de auto atención y de la medicina tradicional, y por ende la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas.

Finalmente, se espera que este trabajo sea pertinente y aporte elementos de debate y discusión para el SISPI y para el proceso de adecuación socio-cultural en Caldas. Los trabajos investigativos y de intervención requieren de más conocimientos sobre la situación real de salud, y de los sistemas médicos, tanto del biomédico como del tradicional, pues si se trabaja sobre ideas que no concuerdan con la realidad, seguirán siendo las personas vulnerables las más afectadas.

Referencias Bibliográficas

Alarcón M, A. M., Vidal H, A., & Rozas, J. N. (2003). Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131, 1061–1065. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>.

Albert, M. J. (2007). *La investigación Educativa: Claves teóricas*. Madrid: McGrawhill.

Alcaraz, G., & Galeano, A. (1995). *El Estatus de la Mujer Indígena Kuna de Antioquia y su Relación con el Comportamiento Reproductivo* (Tesis de maestría). Departamento de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín.

Arboleda Mejía, A. (2013). *Informe Muerte Materna Caldas, Años 2011-2012*. Dirección Territorial de Salud, Caldas y Sistema Integrado de Gestión.

Arias, M. M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Invest.Educ Enferm.*, 18(1), 13–26. Recuperado de <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf>

Arias, M. M. (2001). Comportamiento reproductivo en las etnias de Antioquia-Colombia. *Salud Pública de México*, 43(4), 268–278. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342001000400003>

Arias, M. M. (2013). Calendario reproductivo en mujeres indígenas u'wa (tunebo) de Boyacá, Colombia. *Papeles de Población*, 75, 1–23.

- Arias, M. M. (2002). *Reproducción Y Cultura: Pervivencia Y Perspectiva De Futuro De Las Etnias De Antioquia-Colombia* (Tesis de Doctorado). Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz, Escola nacional de Saúde Pública, Brasil.
- Breilh, Jaime. (1989). *Deterioro de la Vida en Ecuador*. Quito: Publicación CEAS bajo auspicio del Fondo de las Naciones Unidas para Población.
- Breilh, Jaime. (2010). Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos (Ed.), *Determiinacao social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (pp. 87–125). Rio de Janeiro: CEBES.
- Breilh, Jaime. (1996). *El Género entre Fuegos: Inequidad y Esperanza*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. (CEAS).
- Cabildo Indígena San Lorenzo. (2015). *Censo Comunitario Resguardo Indígena San Lorenzo 2015*. Riosucio, Caldas, Colombia.
- Cabildo Indígena San Lorenzo. (2014). *Avances Plan de Vida*. Riosucio, Caldas, Colombia.
- Cabildo Indígena San Lorenzo. (2011). Estatutos aprobados por las dos Asambleas de 2010-2011. Resguardo Indígena San Lorenzo, Riosucio, Caldas, Colombia.
- Cabrera, F., & Alzate, D. (2009). *Informe Final: Identificación y Caracterización Socioeconómica, Cultural y Nutricional del Observatorio de la Situación de los Niños, Niñas y de las familias Emberá en Bogotá*. Bogotá: ICBF y Vía Plural. Recuperado de <http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/Informe%20Final%20-%20Observatorio%20Embera%20-%20VP.pdf>
- Caicedo, L. J. (2009). *Los títulos de San Lorenzo: recopilación y estudio de los títulos de propiedad del resguardo indígena San Lorenzo (Riosucio - Caldas), con miras al saneamiento integral del territorio*. Riosucio: Cabildo Indígena de San Lorenzo.
- Campos, Roberto. (2010). Mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva para el ejercicio de derechos y la reducción de la mortalidad materna e infantil. En G. Fernandez-Juárez (Ed.), *SALUD, INTERCULTURALIDAD Y DERECHOS: Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir* (pp. 195–222). Quito: Ediciones Abya-Yala, Ministerio Salud Pública de Ecuador, UNFPA.
- Campos, Roberto. (2009). Una visión general sobre la Salud Intercultural en Pueblos Originarios. In L. y A. Z. Citarella (Ed.), *Yachay Tinku, Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. (PROHISABA, pp. 31–45). Bolivia: Gente Común.
- Cardona, Jaiberth. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 630–643. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n4/v14n4a08>

- Carrillo, A. (2007). Mortalidad materna en Colombia : reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Revista de Ciencias de La Salud*, 5(2), 72–85.
- CEPAL. (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina*. (D. Jaspers-Faijer, F. del Popolo, & L. Reboiras, Eds.) (1st ed.). Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.lapatria.com/caldas/juntas-de-accion-comunal-buscan-reconocimiento-309642>
- Citarella, L. & A. Z. (Ed.). (2009). *Yachay Tinku, Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. (PROHISABA). Bolivia: Gente Común.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). *Encontrar el Sentido a los Datos Cualitativos: Estrategias Complementarias de Investigación* (Traducción). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Editorial Sage.
- Correa, M. V. (2015). En Riosucio, Caldas, hay una mina por cada kilómetro cuadrado. *El Colombiano*. Bogotá. Recuperado de <http://www.elcolombiano.com/colombia/en-riosucio-caldas-hay-una-mina-por-cada-kilometro-cuadrado-FH1933236>
- CRIDEC. Consejo Regional Indígena de Caldas. (2012). *Plan de salvaguarda. Pueblo indígena de Caldas*. Riosucio.
- Damoisel, M (Directora). (2009). *El Vientre de las Mujeres [Documenta]*. Francia: ARTE.
- Del Popolo, F., & Oyarce, A. M. (2005). Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la CIPD y de las Metas del Milenio. En *Seminario Internacional Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas* (pp. 1–31). Santiago de Chile: CEPAL.
- Dirección de Censos y Demografía. (2005). *Censo General*. Bogotá.
- Drovetta, R. I. (2009). Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la puna jujeña, Argentina. *Barbarói, Agosto-Diciembre* (31), 139–154.
- Espinosa, L. (2016). Juntas de acción comunal buscan reconocimiento. *La Patria*. Manizales. Recuperado de <http://www.lapatria.com/caldas/juntas-de-accion-comunal-buscan-reconocimiento-309642>
- Federación Nacional de Cafeteros. (2015). *Análisis Corregimiento de San Lorenzo*. Riosucio.
- Felitti, K. (2008). La “explosión demográfica” y la planificación familiar a debate: Instituciones, discusiones y propuestas del centro y la periferia. *Revista Escuela de Historia*, 7(2), 1–16. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-90412008000200003&lng=es&tlng=es.

- Figueroa, J. G. (1998). Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, S87–S96.
<http://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500018>
- Figueroa, J. (1991). Comportamiento Reproductivo y Salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios. *Ética Y Salud Reproductiva*, 33, 289–311.
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa*. (Segunda, Vol. 1). Medellín: Fondo Editorial Universidad de EAFIT.
<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gálvez, A., Alcaraz, G., Arias, M. M., Gutiérrez, S. Y., & López, A. D. (2002). *El mañana que ya entró. La fecundidad en los pueblos indígenas de Antioquia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Gobernación de Antioquia. (2014). *Pueblos Indígenas de Antioquia: Contexto Sociodemográfico. Boletín de Información para la Acción*. Medellín.
- Gobierno nacional de Colombia. (n.d.). *Situación grupo étnicos en Colombia*. Bogotá.
- Gómez, L. D. (1943). *Informe de la visita antropológica realizada en 1943 por el profesor Luis Duque Gómez al departamento del viejo Caldas, con especial referencia a los indígenas del río la vieja (Quindío), Riosucio y Supía (Caldas) y Quinchía (Risaralda)* Recuperado de <http://smpmanizales.blogspot.com.co/2011/06/informe-antropologico-sobre-el-viejo.html>
- Groote, T. De, Paepe, P. De, & Unger, J. (2007). Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 106–117.
- Guamá, L. (2007). Estado del Arte de los DESC: la salud de los pueblos indígenas. En E. Rey (Ed.), *Indígenas sin Derechos* (2nd ed., pp. 240–262). Bogotá: Centro de Cooperación al Indígena CECOIN Organización Indígena de Antioquia OIA.
- Gutiérrez, D. (1996). *Salud reproductiva : concepto e importancia*. Washington: OPS y OMS.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la Investigación* (4th ed.). México: McGraw-Hill.
- Hospital San Juan de Dios. (n.d.). *Informe de gestantes Resguardo Indígena San Lorenzo*. Riosucio.
- Ingrumá Estereo. (2016). *Hablemos Salud* (Programa de Radio). Riosucio.
- Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud. (2015). *Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del departamento del Cauca*. Bogotá. Recuperado de

http://saberesmultiples.unal.edu.co/fileadmin/docs/Ponencias/saberes_sociales/Vallejo-Rodriguez__Elkin_Daniel_____Castillo_Santana__Paula_Tatiana.pdf

- Laurell, A. C. (1981). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7–25.
- Lerín, S. (2004). Antropología y Salud Intercultural: Desafíos de una Propuesta. *Desacatos, Otroño-inv*(16), 111–125.
- Luna, L. C. (2015). *Parteras, guardianas de la vida Resguardo Indígena San Lorenzo de Riosucio caldas* (Tesis de Pregrado). Departamento de Antropología, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Morse, J. (1994). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (Traducción). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia, Editorial Sage.
- Mendoza González, Z. (2005). “¿Dónde quedó el árbol de las placentas?”: Transformaciones en el saber acerca del embarazo/parto/puerperio de dos generaciones de triquis migrantes a la ciudad de México. *Salud Colectiva*, 1(2), 225–236. <http://doi.org/10.1590/S1851-82652005000200006>
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: qué es medicina tradicional? *Alteridaes*, 4(7), 71–83.
- Menéndez, E. L. (2000). Factores culturales: De las definiciones a los usos específicos. En E. Perdiguero & J. M. Comelles (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (Bellaterra, pp. 164–188). España: Cultura Libre.
- Minayo, M. C. D. S. (2009). *La artesanía de la Investigación Cualitativa* (1st ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2003). Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá, Colombia: Dirección General de Salud Pública.
- Ministerio de Salud y Protección social, Profamilia, OIM y ONU. (2014). Política Nacional de Sexualidad , Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia*. Bogotá. Recuperado de [http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Análisis de situación de salud por regiones.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Análisis_de_situación_de_salud_por_regiones.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Perfil Epidemiológico de Pueblos Indígenas de Colombia-Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021)*. Bogotá.

- Municipio de Riosucio (2010). *Perfil epidemiológico del municipio de Riosucio. Capítulo 11: Salud Sexual y Reproductiva. Riosucio..*
- n.d. (n.d.). *Sistemas médicos de Riosucio*. Riosucio.
- Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Cairo: UN.
- Neira Rozas, J. A. (2001). Ciencias Sociales y Salud: Pre-textos para el Debate. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, (5), 127–138. <http://doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2001.n5-11>
- Noreña-Herrera, Camilo, Leyva-Flores, René, Palacio-Mejía, Lina Sofia & Duarte-Gómez, María Beatriz. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad. Saúde Pública*, 31(12), 2635–2648.
- ONIC. (n.d.). Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural, alternativa de buen vivir para la humanidad. In *Consejería de Medicina Tradicional y Salud Occidental ONIC* (p. 3). Bogotá: ONIC.
- ONIC. (2012). *Mujeres indígenas sabias y resistentes Mujeres indígenas*. (R. G. Henao, Ed.) (Segunda). Bogotá: Editorial Gente Nueva.
- ONU. (2011). *Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general* (Vol. 53). Santiago de Chile: ONU,OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú*. Washington: OPS. <http://doi.org/ISBN 978-92-75-331576>
- Oyarce, A. M., Pedrero, M., & Ribotta, B. (2009). *Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos*. Cepal, UNFPA, OPS. Santiago de Chile: CEPAL, UNFPA, OPS. Recuperado de http://new.paho.org/hq/index.php?gid=12416&option=com_docman&task=doc_download
- Quattrochi, Patricia & Guernez, Miguel. (2011). El modelo Intercultural en el campo de la salud reproductiva: una investigación aplicada en Yucatán, México. *Temas Antropológicos*, 33(1), 53–71.
- República de Colombia. Auto n.092 (2008). Bogotá: Corte Constitucional.
- República de Colombia. Auto n. 004 (2009). Bogotá: Corte Constitucional.

- Rojas, M. (2007). *Indígenas sin derechos: Situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas*. (E. Rey, Ed.) (Segunda). Bogotá: Centro de Cooperación al Indígena CECOIN Organización Indígena de Antioquia OIA.
- Salgado, E. K. (2010). *Participación de las Mujeres Indígenas en el Movimiento Indígenas de Colombia y el caso del Resguardo Karmata Rua, Antioquia, 1970-1991* (Tesis de Pregrado). Departamento de Historia, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Tapasco, J. S. (2010). *Reseña Histórica de mi Pueblo*. Riosucio.
- Ulloa, A. (1992). "Los Embera." En Á. Chaves (Ed.), *Geografía humana de Colombia. Región del Pacífico, Tomo IX*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Recuperado de <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/geograf/embera1.htm>
- Valencia, A. (2010). *Raíces en el tiempo la Región caldense*. (Primera). Manizales: Gobernación de Caldas.
- Valencia, E. (2013). *Dayi ëberã werãrã tokedé. Construcciones socioculturales del comportamiento reproductivo en indígenas embera eyabida de la comunidad de Nusidó. Frontino, Antioquia, Colombia*. (Tesis de maestría) Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Valencia, E., & Arias-Valencia, M. M. (2014). Reproductive calendar of the Embera eyabida indigenous groups from the Nusidó community in Frontino ,Colombia. *Invest Educ Enferm*. 32(2): 337-346.
- Vargas, D. L., & Bañol, N. D. (2008). *Análisis de la Percepción y el Grado de Satisfacción en la relación médico-paciente de la atención en Medicina Tradicional. Resguardo Indígena San Lorenzo, Riosucio, Caldas* (Especialización). Universidad CES, Medellín.
- Vasco, L. G. (1989). EMBERA. En D. Levinson (Ed.), *Encyclopedia of World Cultures: South America, Vol 7*. Boston: G. K. Hall.
- Vasco, L. G. (2007). Así es mi método en etnografía. *Tabula Rasa. Revista de Humanidades*, 6(enero-junio), 19–52.
- Vasco, L. G. (1986). Algunas notas sobre la Historia Chami. En *Ponencia para el Seminario Regional sobre Historia Indígena*. Medellín: Secretaría de Desarrollo de Antioquia. Recuperado de <http://www.luguiva.net/articulos/detalle.aspx?id=32>
- Zapata, L. F (2009). *Para que la sabiduría de los cofanes siga existiendo: La escritura del reglamento femenino de los cuidados de la salud de la mujer y protección de los taitas*. (Tesis de Pregrado). Departamento de Antropología, Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

Zuluaga, V. (2006). *Una historia Pendiente: Indígenas Desplazados del Antiguo Caldas*. Pereira: Gráficas Buda.

Anexos: Anexo 1: Consentimiento Informado Cabildo Indígena de San Lorenzo.

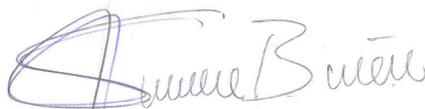
Consentimiento informado Cabildo San Lorenzo, Marzo 2016

Nombre del estudio: Salud Reproductiva de las mujeres adolescentes del Resguardo Indígena de San Lorenzo, Caldas.

Responsable: Sara Ortiz Ospina, estudiante de Antropología de la Universidad de Antioquia.

El cabildo indígena de San Lorenzo declara que en asamblea general, la comunidad manifestó estar de acuerdo con la realización del estudio que busca comprender la salud reproductiva de las adolescentes del resguardo indígena de San Lorenzo.

Los indígenas que participen en el estudio, lo harán de forma voluntaria, conscientes de la libertad para responder las preguntas que deseen y retirarse del estudio cuando lo crean necesario. La información del estudio, será usada sólo con fines académicos y para el bienestar de la comunidad. Se protegerá la identidad de los participantes y el informe de resultados del estudio, será conocido por la comunidad antes de ser publicado. Los indígenas participantes y la comunidad, tendrán derecho a recibir información y preguntar por el estudio cuando lo crean necesario. Para esto podrán comunicarse con la asesora de trabajo de grado, Erika María Valencia Cortés, al celular 3104183660 o correo electrónico emaria.valencia@udea.edu.co o bien, comunicarse con la investigadora, Sara Ortiz Ospina, c.c. 1126319197, al celular 316-213-4671, o correo electrónico sara.ortizospina@gmail.com.



Firma del gobernador del resguardo indígena de San Lorenzo.

Fecha



Firma de la investigadora

Fecha