

Universidad de Quintana Roo

División de Ciencias Sociales y Económico Administrativas



**Análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Belice
2007 – 2009. El caso de los adolescentes garifonas de Belmopán,
Belice**

**Tesis para optar por el grado de
Maestría en Antropología Aplicada**

Presenta

Mario Alfredo Pérez San Román

Director de Tesis

Dr. Julio César Robertos Jiménez

Chetumal, Quintana Roo, México

Abril de 2013

Universidad de Quintana Roo



**Tesis bajo la supervisión del comité de asesoría y aprobada como
requisito parcial, para obtener el grado de:**

Maestro en Antropología Aplicada

Comité

Supervisor: _____

Dr. Julio César Robertos Jiménez

Supervisor: _____

Mtra. Silvia Nélide Sansores Pérez

Supervisor: _____

Dr. Yuri Hulkin Balam Ramos

Suplente: _____

Dr. Alexander Wolfgang Voss

Suplente: _____

Dr. Andreas Koerchert

Agradecimientos

Al Programa de Maestría en Antropología Aplicada perteneciente a la DCSEA, Universidad de Quintana Roo, Unidad. Chetumal.

A todos mis amigos, especialmente a Luis Alberto Manjarrez Madrid, Omar Rodríguez Martínez y todo el Equipo de Mosaico.FM, Héctor Sánchez Domínguez, a todos y cada uno de los integrantes de la Asociación Renacimiento, así como a todos mis compañeros de maestría.

A los habitantes de Belmopán, Dangriga, aldea de Barranco, Belice, por haberme brindado su confianza, tiempo y conocimientos.

A mi familia: Mi esposa y compañera Areli Silva Iniesta, mi padre. Teniente de Fuerza Aérea Mexicana. Mario Pérez Mena, a mi madre María del Carmen San Román Gutiérrez, a mis dos grandes familias de México D. F. y Puebla, especialmente a mis abuelos Alfredo San Román Palacios (+), Dolores Mena Torres (+), Lilia Alejandra Gutiérrez Peñaloza (+), Esperanza Gutiérrez Carreón (+), Carolina San Román Roque (+), a todos y cada uno de ellos les agradezco profundamente el que hayan estado siempre a mi lado apoyándome de mil formas, pero sobre todo siempre con mucho amor, cariño, confianza y aliento.

ÍNDICE

Introducción / 5

Capítulo I. Marco contextual de la cultura garífuna de Belice: experiencia multicultural en el siglo XXI / 7

- 1. 1. Historia de los orígenes de la cultura garífuna / 8**
- 1. 2. La aldea garífuna. Estructura socio-cultural africana / 10**
- 1. 3. Cosmovisión religiosa garífuna / 13**
- 1. 4. Coexistencia y adaptación garífuna en Belice / 16**

Capítulo II. Políticas de Salud Reproductivas en Belice en el contexto de la adolescencia garífuna de Barranco a Belmopan / 24

- 2. 1. Adolescencia garífuna en Belice / 26**
- 2. 2. Adolescencia y sexualidad en Belice / 31**
- 2. 3. ETS en la Región Garífuna de Belice / 40**

Capítulo III. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Belice 2007 – 2009 / 47

- 3. 1. Promoción de la SSR mediante estrategias de participación social / 50**
- 3. 2. Fortalecimiento de la gestión institucional / 52**
- 3. 3. Implementación de SSR en Belice / 55**

Capítulo IV. La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes garífuna de Belice. Conclusiones y propuestas de aplicación general / 86

Bibliografía / 97

Introducción

La política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) definida en Belice en 2007 por el Ministerio de Salud para los años 2007 a 2009 señala los temas prioritarios en este campo: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y reproductiva, VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual. La investigación que se reporta se ha focalizado en el análisis cuantitativo y cualitativo del proceso de implementación de la política de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes garífunas que habitan en Belice en los Distritos de Cayo, Stann Creek y Toledo, los resultados del estudio mostraron que, se observa una reducción considerable en el número de nacimientos en adolescentes (10-19 años) en la región vinculada al estudio entre 2007 y 2009, no se puede determinar una clara relación entre este dato y estrategias y actividades asociadas al programa implementado. La política ha permitido visibilizar y legitimar acciones específicas en este campo para la población adolescente garífuna. Sin embargo, se observó la existencia de variaciones importantes en las metodologías de recolección y sistematización de los datos relativos a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente garífuna según las entidades estudiadas, así como la ausencia de retroalimentación cuantitativa utilizable para los actores de la política. En conclusión, se emiten unas recomendaciones para el ajuste de dicha política de SSR.

Esta tesis de maestría constituye un análisis socio-cultural a las políticas de salud reproductivas diseñadas y aplicadas en Belice las cuales vistas bajo la perspectiva de la sociedad garífuna se comprende que aunque ha sido loable el esfuerzo por parte de las autoridades de Belice resulta insuficiente para poder atender los problemas de salud reproductiva que vulnera a una de las etnias más representativas de esta nación Centroamericana, el aporte realizado a esta investigación de campo es la inclusión participativa y directa de los actores

involucrados (los garífunas) para entender desde su perspectivas socio-cultural el tema de la educación sexual y la reproducción como una formación educativa diferente a las propuestas médicas occidentales, para esto se recomienda que en el diseño de las nuevas políticas de salud reproductivas se incluya la participación de grupos focales de jóvenes y adultos garífunas guiados por la experiencia de las personas de mayor edad de su propia etnia en la cual se fomenten talleres de acercamiento y participación con el resto de la población para involucrarse en una dinámica mas horizontal respecto a los temas de educación sexual y salud reproductiva.

Capítulo I

Marco contextual de la cultura garífuna de Belice: experiencia multicultural en el siglo XXI

El título refiere a la logística cultural y social en la que los garífunas de Belice se localizan a principios del siglo XXI. Entre los pueblos surgidos por el contacto del descubrimiento de América y el viejo Mundo, los garífunas como otras culturas regionales han sido objeto de un estudio histórico y documental. Sin embargo, ha habido poco análisis de su actividad en escenarios contemporáneos como es el caso de la salud sexual y reproductiva, y sobre los grados de tensión que superan para poder interactuar en un contexto nacional más amplio.

El propósito de este capítulo es mostrar la forma en que los garífunas luchan por mantener su cultura cuando diversas y diferentes tradiciones culturales interactúan con ellos en el ámbito local y regional. Para ser más específicos, el capítulo está basado en los retos que enfrentan en tres espacios culturales. El primero refiere a sus aldeas, donde han vivido por alrededor de 150 años y en donde han experimentado un distanciamiento respecto al resto de la población nacional y la poca o nula oportunidad económica. El segundo, refiere a las áreas urbanas donde estos grupos han contraído enfermedades que eran inusuales en sus comunidades y que se han convertido en sus nuevos espacios de residencia. Por último, el tercer reto encaja en el nivel global de una experiencia por conservar la herencia cultural intangible de su pueblo; La UNESCO, como parte de un nuevo programa surgido en el año 2000, ha desarrollado una agenda para prevenir el riesgo de perder expresiones culturales de gran importancia a nivel mundial, entre los grupos considerados vulnerables están los garífunas, quienes han empezado a tener contacto con organizaciones mundiales de este tipo.

1.1. Historia de los orígenes de la cultura garífuna

Existe información sobre los movimientos caribeños de los garífunas de San Vicente hasta Centroamérica desde 1797 (González, 1988) y de su transición sobre la costa noreste de Centroamérica años más tarde (Davidson, 1984). Sin embargo, no ha habido mucha información sobre las rutas de tránsito que dejaron, de los artefactos, ni de memorias colectivas relacionados con muchos ambientes que usaron tanto por mar como por tierra. De igual forma, muy poco se conoce sobre las relaciones sociales que entablaban con aquellos que vivían en villas, pueblos o ciudades a sus alrededores, ni como influían en sus vidas cotidianas.

Previamente conocidas dentro del campo de la cultura ecológica, el estudio de estas redes de interacción entre la humanidad y el medio ambiente físico ha tomado otro rumbo debido a la rigurosidad de uso de los recursos naturales dentro del espacio (Paasi, 2003). En Brasil, por ejemplo, Carney, (2003) exploran lo que legados africanos pudieron haber dejado dentro del panorama cultural de Brasil a través de las plantas que usaban con propósitos alimenticios, medicinales y espirituales. Lavioletts (2003) encontró que al visitar partes de Cornwall, antiguos lugareños asociaban la muerte con partes específicas del panorama. En este caso, la muerte refiere a monumentos prehistóricos, fabricas abandonadas y a sus experiencias pasadas con la pobreza que los obligó a emigrar de sus tierras.

En resumen, el paisaje está lleno de representaciones iconográficas que surgen de las experiencias actuales y pasadas de un grupo. Al escribir la introducción de un artículo especial sobre Antropología Moderna en "Identidad, temporalidad y Geografía Moral", Orlove (2004 pp.1-2) argumenta que los estudios en ese volumen exploran cómo la identidad cultural de las personas puede existir en múltiples contextos en varias épocas, mismos que resultan de sus propias acciones y de una relación social con otros, con quienes comparten "geografías morales".

La multiplicidad contextual es obligada para los garífunas debido a que sus largos viajes, asentamientos y cambios de residencia han sido la característica constante

asociadas a ellos, incluso desde antes de que sus ancestros migraran desde Sudamérica al Este del Caribe. Empleando información histórica, Whitehead describió los viajes de los caribes cientos de kilómetros por la cuenca del Río Orinoco cuyo propósito principal eran el comercio y la trata, sobre todo de mujeres. Honeychurch (2000) traza el impacto socio-psicológico que pudo haber tenido en los primeros caribes que llegaron a la isla de Grenada cuya topografía, flora y fauna así como el suelo volcánico fue muy diferente de lo que ellos conocían. De isla en isla se involucraron en muchas batallas con los franceses y británicos desde 1622 hasta 1796 para defender su posesión del Este caribeño (Palacio, 1998). Además los caribes (en guerra constante con las etnias de las Antillas (por ejemplos los arahuacos, taínos, etc) en su mayoría fueron exterminados por los blancos bajo el pretexto de ser insumisos, caníbales, salvajes, etc. Esta referencia es debido a que los precursores de la etnia garífuna en todo Centroamérica son los caribes (recordemos que el término garífuna es una combinación del mestizaje entre caribes y esclavos africanos).

Desde San Vicente hasta Roatán, los británicos impusieron en ellos la más grande migración forzada en la historia colonial británica del Caribe. A pesar de ello, durante los pocos años después de su llegada, se habían esparcido sobre la costa noreste de Centro América y encajaron en lo que González denomina “Soldados luchadores de fortuna” (1988, p. 146). Además de realizar sus propios botes, trabajaban como remeros en las costas de Belice, Guatemala, Honduras y Nicaragua. La etnografía inicial de González se basaba en el efecto de migración familiar.

La movilidad geográfica, en términos tanto de reubicación permanente y migración de periodos cortos que podemos ver en los inicios del siglo XXI, es una continuación de la tradicional migratoria del grupo que voluntaria o no, tiene más de 2,000 años, mientras que las experiencias a través del tiempo y espacio han sido prolongadas. La mejor forma de explicarlo es trazar las acciones de un hombre garífuna en un corto período de tiempo. Permanece en Belmopán durante la semana, donde trabaja como oficial de policía y viaja a Dangriga durante el fin

de semana. En algunos fines de semana viaja por 3 horas a la aldea de Barranco, donde construye una casa. Paulatinamente planea regresar y quedarse en Barranco, lugar que lo vio nacer, de forma definitiva. Hasta entonces, vive en tres lugares al mismo tiempo. Años atrás, algunas de sus tareas fueron coordinar la preparación de una convocatoria de los garífunas para el premio UNESCO. Así, al mismo tiempo, tenía contacto directo con personal de la UNESCO en Belice, Jamaica y París. Sin embargo, este ejemplo no se puede repetir en muchos casos garífunas. El alcance de sus habilidades del pasado y presente y que se sincronizan en acciones diarias a través de diferentes lugares y culturas, muy pocas veces se encuentra entre la gente indígena en Belice y otras partes de la subregión de Centro América y el Caribe.

1. 2. La aldea garífuna. Estructura socio-cultural africana

La imagen tradicional que uno tiene sobre la aldea garífuna es de un asentamiento aislado; relativamente autosuficiente pero atada a otra aldea cercana bajo conexiones económicas y culturales específicas, generalmente alrededor del comercio e intercambio de servicios, ésta inclusividad va más allá de los habitantes actuales, quienes comparten “posesión” (Cohen, 1982, pp. 1-18) a través de ancestros y descendientes y de conocimientos de la estructura social; auto identificados como miembros de grupos de parientes que viven en ambos asentamientos, pero separando aquellos bienes del “corazón” de la villa de otros que no lo son.

Esta “aldea es una idea” (Strathern, 1982, pp. 247-277) cubre sólo una parte limitada entre los garífunas. Los lugareños tienen un sentido de pertenencia y conocimiento sobre la profundidad y diversificación del parentesco. Sin embargo, las diferenciaciones socio-económicas entre la aldea y la villa han sido determinadas más que nada por las políticas públicas que surgen de la ciudad capital. Una primera expresión es la presencia de los recaudadores del gobierno en el pueblo en donde los aldeanos pagan impuestos por sus tierras. Un aspecto más importante, tal vez, es que la mayoría de las aldeas garífunas en Belice, tienen como destino principal proveer una población de hombres y mujeres como

fuerza laboral barata para otras partes del país, iniciando en aserraderos y posteriormente en campos de cultivo y procesamiento de fruta. Si la aldea tiene funciones limitadas dentro de la economía nacional su mano de obra no, su razón ideológica de ser se convierte en la conservación y propagación de la cultura garífuna, que han traído desde San Vicente. Por ello, el gran sistema de fiestas anuales que toman lugar. En la aldea, todos los garífunas son bienvenidos a permanecer y compartir rituales y valores tradicionales. La aldea fue el espacio de unión de dos fuerzas opuestas, el sitio para la expresión cultural indígena y un lugar seguro del mundo exterior para la subsistencia económica. Los esfuerzos de unir estas dos fuerzas opuestas han influenciado todos los aspectos de vida en la aldea. Por un lado es el lugar de descanso de todas aquellas personas que se ven involucradas por factores laborales y sociales a abandonar su lugar de origen para contrastarlo con ese mundo rural que les proporciona esa tranquilidad y fuerza para seguir sobrellevando la cotidianidad del mundo urbano en el que se ven insertados.

Localizado en la parte costera extrema de Belice, Barranco siempre ha mantenido libre acceso a los pueblos fronterizos que se encuentran en Belice, Honduras y Guatemala en donde pueden vender cosas y obtener trabajos. En un principio los viajes eran cortos, paulatinamente se fueron extendiendo por periodos más largos; con el paso del tiempo, abandonaron tanto sus comunidades para insertarse en las áreas urbanas como San Ignacio, Ciudad de Belice o Belmopan. Este patrón ha resultado en la disminución de la población, que actualmente es cerca de 200 habitantes. La creciente pérdida de población se remarca en la abundancia de lotes baldíos, antes domicilios de vecinos. En el 2009 de un total de 200 predios en la aldea únicamente 94 se mantenían habitados.

Existen quejas, nada nuevas, de los pocos residentes de que son tanto social como económicamente excluidos del resto del país. Mucho después de que las aldeas en Belice se unieran mediante caminos y después de varias promesas fallidas, finalmente Barranco como es el caso de Sarteneja, Middlesex o Belice Chico recibe sus caminos en 1998. La electricidad ya había sido instalada varios

años atrás. Sin embargo, fue hasta el 2003 que se empezó a contar con agua potable. A pesar de ser insalubre por sus tóxicos techos de asbesto, la escuela no fue remodelada sino hasta 1998, e incluso a la fecha, una de sus aulas es la original. La villa siempre ha contado con una estación de policía y un dispensario médico, pero tanto oficiales de policía como personal médico van y vienen constantemente. El ministro local de agricultura fue removido del cargo hace más de 25 años y actualmente sólo 3 profesores de primaria constituyen un vínculo permanente de servicios básicos entre la aldea y el resto del país. De igual forma, la comunidad no cuentan con servicio de internet y tanto el teléfono de la comunidad como los medios de transporte funcionan ocasionalmente.

Estos ejemplos de negligencia por parte del gobierno se han convertido en la causa y efecto del éxodo masivo de los aldeanos que inicio en 1950 y que se incrementa a partir de 1970. Esto ha minimizado el potencial de los aldeanos para producir y generar ingresos dentro de la comunidad. La remesa de los niños recae en menos de 10 hombres fuertes y sanos; generalmente provienen de las esposas. Algunos logran trabajar en el pueblo más cercano, mientras que la mayoría se encasilla en la construcción de casas de algún aldeano pensionado que nunca está. Los otros hombres pueden dedicarse por entero a la economía de autoconsumo.

Hay un pescador que provee a la comunidad, quien incluso, con la mejor de las artes no puede abastecer la necesidad de todos los aldeanos. Por otro lado, unas cuantas mujeres cultivan raíces y yuca, misma que utilizan para elaborar pan. Por las tardes, preparan pan para vender.

Como representante local de la autoridad, el alcalde es nombrado y supervisado por el ministro de gobierno estatal. Su liderazgo se limita a casi nada, unos cuantos talleres y juntas de comunidad patrocinada por otras oficinas de gobierno. Las organizaciones no gubernamentales “NGO”¹ han tenido un impacto mínimo en la villa. Los que más han influido son la Corporación de Desarrollo Toledo, la cual ha financiado equipo a mujeres panaderas y cultivadoras de yuca. El Instituto para

¹ Por sus siglas en inglés.

el Manejo de Indígenas Sarstoon-Temash, organización de cinco comunidades involucradas en el manejo del parque nacional, ha incluido a Barranco en su programa de desarrollo.

Sin lugar a dudas, la oposición política nacional manifiesta por Paul Lundberg en 1978 lo lleva a afirmar que “Barranco era una aldea en decadencia”. A más de 25 años de dicha afirmación la aldea continúa languideciendo. Una de las principales razones locales de esta insólita permanencia se debe a que los espíritus de los ancestros exigen que los lugareños vuelvan a participar en diversas celebraciones y rituales. Son a este tipo de eventos a los que los descendientes vendrán, duplicando la población por una semana. Además, algunas de estas ceremonias necesitan unas cuantas personas para que persistan y se hagan las preparaciones con meses de anticipación. La economía que conlleva la preparación de las ceremonias y el alojamiento, seguramente se ha convertido en una de las percepciones económicas a la villa durante el año.

En Laviolette (2003, pp. 215-240) se hace un análisis del significado de la muerte como recuento vivo de asociaciones mórbidas con zonas del paisaje encajado en la memoria colectiva. Entre los garífunas la preocupación mórbida no está tan basada en un significado creado en el pasado; vivo o imaginario, sino en la comunicación con sus ancestros merced a su vida religiosa. Los ancestros se comunican a través de los sueños, interpretados por el *buyei* (sacerdote-curandero). La comunicación sobrenatural es sólo una pequeña parte de la complejidad de los rituales garífunas.

1. 3. Cosmovisión religiosa garífuna

El tema de la espiritualidad garífuna ha captado mucha atención en la comunidad estudiantil. Taylor (1951, pp. 113-137) realizó una de las primeras descripciones etnográficas de varias ceremonias, basado en su estudio de campo de 1948-49 en la villa de Hopkins, distrito de Stann Creek, Belice. González (1988, pp. 77-97) proporcionó precedentes históricos de datos antiguos. Foster (1986) llevó a cabo un análisis de posesión de espíritus del cual destaca la ceremonia *dügü*. Greene

(1999) añadió un estudio de la música, elemento primordial del *dügü*. Sin embargo, no ha habido un punto de salida en los rituales como activadores de la relación entre los parientes abarcando tiempo y espacio.

Los garífunas creen que sus ancestros están más cerca de ellos, siempre protegiéndolos del mal y dándoles buena suerte. Cuando rezan, invocan a su Dios y le piden a sus ancestros medien con él para su beneficio. Durante la comida, se les hace una ofrenda, en especial en cumpleaños o cuando la familia se reúne. Así, los alimentos se convierten en el medio principal de la interacción con los espíritus. La ofrenda se debe hacer sin rezo o ritual; como una manera de recordar a un ser amado simplemente basta un regalo especial que generalmente corresponde a su platillo favorito.

Los rituales varían según la cantidad de comida y bebida, el número de participantes, y el tiempo para cantar y bailar. En el nivel inferior se encuentra el *amuyadahani* el ritual de baño para un espíritu, de alguien que murió recientemente. La participación es limitada a sus familiares más cercanos. La ceremonia da inicio con el baño (Taylor, 1952, pp 114) a muy temprana hora seguido por una misa católica-romana. Posteriormente, se lleva a cabo un desayuno en donde se ofrece la comida al difunto y a los invitados. Durante el desayuno se comparten experiencias del difunto.

En el segundo nivel se encuentra el *chugú*. Esta es una noche de fiesta, cantos, baile y de ofrenda de comida a los espíritus. Al igual que el *amuyadahani*, el *chugú* es pedido cuando el ancestro lo necesita. En el *chugú* participa más gente, descendientes directos o descendientes de familiares. La fiesta continúa durante las dos o tres noches siguientes. Esta es la actividad que requiere mayor coordinación de actividades grupales en donde los gastos pueden llegar a ser extremos, de más de \$20,000 dólares. (Taylor 1951, pp. 114-133).

La interacción entre vivos y muertos es una característica entre el *chugú* y *dügü*. Posiblemente en el nivel más alto se establece comunicación con el espíritu cuando éste se manifiesta en una persona en trance. Puede realizar actos que al

principio parecieran inexplicables; revelan lo que le depara a las familias, da consejos sobre que opciones tomar, o simplemente comparte su camaradería. Manifiesta cuán satisfecho está con la ofrenda hecha. En muchos casos, estará agradecido, dando recomendaciones individuales. En otras ocasiones, estará decepcionado, básicamente por la falta de cooperación entre los descendientes y tal vez manifieste la oración más espantosa; repetir todo el ritual. Al mismo tiempo que hay mucha alegría y gozo durante las ceremonias también hay mucha tensión que surge de la atmosfera obligada en la cual todos tienen que seguir no sólo las reglas del ritual sino aquello que los ancestros dicten.

Los espacios culturales que se contemplan en las ceremonias incluyen a Seiri, mítico lugar de soporte para los espíritus. Se encuentra al Este a través del mar en la unión del horizonte. Desde ahí viajan a la celebración, aunque poco se conoce de lo que sucede en Seiri. Las líneas de descendientes siguen a los participantes hasta la cuarta o quinta generación. Los participantes pueden numerar los motivos en los que convergen de sus hogares en Belice, otros países de Centroamérica y los Estados Unidos. Lo que es más, en el hecho de reunirse, muchos conocen y saben de la existencia de familiares por primera vez.

La atmosfera de exclusión social que se da en Barranco y que se ha mencionado anteriormente, desaparece durante las ceremonias ancestrales. Las ceremonias del chugú y dügü se celebran únicamente en la villa. Durante la su estancia los participantes ayudan en gran medida a la economía de la villa; inclusive ayudan con la limpia de terreno, con reparaciones a la casa, o bien, con la construcción de otra. Las ceremonias se convierten en el medio de comunicación entre la vida y la muerte. A través de ellas los muertos imploran a los vivos a no abandonarlos o a sus villas en nombre de aquellos que se han adelantado y quiénes son los guardias de las raíces garífunas. Los rituales son momentos en los que los garífuna se convergen en tiempo y espacio. La villa, como incubadora de la etnicidad garífuna, adquiere su mayor significado a través de la insistencia de sus ancestros.

1. 4. Coexistencia y adaptación garífuna en Belice

El escenario extremo de aislamiento físico y social que hemos descrito en Barranco es único entre las comunidades garífuna de Belice. Existen tres aldeas garífunas que están menos aisladas, tienen mayor infraestructura y mayor número de población que, además, se encuentran mejor al esquema económico nacional. Éstas son Seine Bight, Georgetown, y Hopkins como se muestra en la Tabla 1. Existen otros dos pueblos que cuentan con una cifra considerable de garífunas, Dangriga y Punta Gorda. Todos esos lugares, se encuentran en la parte sureste del país, misma que ha sido marginada durante las últimas tres décadas en comparación con el norte. El incremento de la población, en especial en el Distrito de Stann Creek se ha dado en localidades en donde existen criaderos de camarón, cultivo de plátano y otras frutas, que en su mayoría son de exportación. Los gerentes contratan a latinos provenientes de Honduras y Guatemala para que realicen el trabajo mal remunerado y que tanto los garífunas y otros beliceños harían únicamente como último recurso. El incremento en la población de la aldea Seine Bight y Hopkins, ha venido de los residentes garífuna que han podido conseguir empleo gracias al crecimiento turístico en esa parte del país.

Según el censo del año 2000, Belice tenía una población total de 232, 000 habitantes, de los cuales el 6.1% eran garífunas haciendo de Belice al país con la mayor población garífuna en Centroamérica. De 14,061 garífunas el 77% de los pobladores vive en comunidades rurales, el 23 % restante de la población garífuna se encuentra asentada en las aéreas urbanas de Belice, como Belmopan, Ciudad de Belice, Punta Gorda o Cayo.

Dangriga y Punta Gorda son los otros dos asentamientos sureños marginados en donde se tiene registrada una población garífuna desde 1800. Actualmente conforman el 63% de la población total inicial y el 31% de la población moderna. Ciudad de Belice cuenta con la segunda concentración más grande en el país con 2,925 ó 20.8%. Durante 1970 empezaron a poblar Ciudad de Belice con más habitantes rurales. Dangriga tiene la mayor presencia 5,289 ó 37% y, en tercer sitio, Punta Gorda con 1,315 ó 9.3%.

En las tres comunidades; Dangriga, Ciudad de Belice y Punta Gorda, los garífunas viven en vecindarios mezclados con criollos, mestizos y mayas. Desafortunadamente, no hay estudios económicos indicadores entre los grupos étnicos en el país, limitando el conocimiento del estatus general alcanzado por los garífunas en comparación con sus vecinos. Tampoco existe estudio de vecindarios de las ciudades o pueblos, aunque existen indicadores de diferenciación entre una y otra área. Uno tiene que investigar en muchos documentos para poder encontrar algo de estratificación por etnicidad. Dicha información la recibe, por ejemplo, del reporte de aprovechamiento escolar en primaria. En otros dos temas VIH/SIDA e historial criminal, puede hacerse observaciones de pilas de información en Dangriga y el Distrito de Stann Creek que claramente apuntan a mostrar que los garífunas ocupan una de las más bajas posiciones sociales en el sur de Belice. Como a continuación veremos.

Se enlistan algunos puntos a considerar antes del análisis de las cifras expuestas en las tablas 3 y 4. En primer lugar, no puedo confirmar la congruencia de la información debido a que fue obtenida por varias agencias con diferentes propósitos y con distintos grados de experiencia en la recopilación de información. Se requiere alguna explicación adicional en el caso del dato de “ataques en agravio” del periodo de 1996 al 2000, tal y como lo menciona el “Reporte del Jefe de Justicia del 2001”, debido a que en Dangriga no se denunció ningún caso durante este periodo. De igual forma, el número de casos de SIDA en la Tabla 4 y las cifras de crimen son del Distrito de Stann Creek. La proporción de garífunas en este distrito es significativa del 30 %. En resumen, esta información necesita de mucha verificación y seguimiento para tener mayor certeza, pero muestra tendencias que son por demás claras.

Los resultados de los Exámenes de nivel primaria y secundaria a Nivel Nacional de Belice en los años escolares de 1997/98 y 1998/99 en los distritos de Corozal, Orange Walk, Ciudad de Belice y Stann Creek. En ambos años el desempeño de los estudiantes de Dangriga fue el más bajo entre las comunidades urbanas en los distritos antes mencionados. Incluso en el Distrito de Stann Creek el desempeño

fue más elevado que en Dangriga. Por otro lado, Corozal y Orange Walk obtuvieron los resultados más elevados de todo el país. El porcentaje de los garífunas en ambas localidades son insignificantes. En un estudio Palacio (2003, pp. 35-38) describe otros indicadores que demuestran el bajo desempeño académico de estudiantes garífunas en escuelas primaria y secundaria en comparación con quienes no son garífunas dentro de los mismos salones de clase en el sureste de Belice.

Revisando otra información del “Reporte del Jefe de Justicia del 2001”. Este dato fue tomado de una tabla que muestra la apelación y dictámenes de varios crímenes en los juzgados de los diferentes distritos. Seleccione aquellos ataques con violencia, posesión de drogas y robos durante los años 1996 a 2001 en las localidades de Dangriga, San Ignacio, Corozal y Ciudad de Belice. Antes de mencionar los datos, es importante mencionar que no todos los delitos fueron cometidos en las capitales de los distritos. Sin embargo, en virtud de su gran población y la presencia física de policía no hay duda de que la mayoría de crímenes se cometieron ahí. La lógica nos indica que en el caso de Dangriga muchos fueron cometidos por garífunas.

Una revisión de los patrones muestra que el Distrito de Stann Creek tiene la mayor porción de casi todos los crímenes relacionados con su población. El contraste con el Distrito de Corozal es muy notable en casi todos los casos. El contraste se vuelve más notorio debido a que la población en el 2000 en el Distrito de Corozal era de 7,000 más que en Stann Creek. Previamente, habíamos visto que Dangriga tenía el peor promedio en los resultados de evaluación comparado con Corozal.

Un tercer grupo de indicadores viene del número de casos de Sida reportados durante los años 2001, 2002, y 2003, Tabla 4. En los tres años el número del distrito de Stann Creek estaba por debajo del número de casos en el Distrito de Belice. Una vez más, las cifras en el Distrito de Corozal son muy buenas.

Si la exclusión social en contextos “urbanos” se manifiesta como la imposibilidad a tener acceso a infraestructura básica referente a la salud, educación, protección

policíaca, telefonía, y vivienda, en los pueblos como Barranco esta imposibilidad es aún más aguzada. Proveer redes seguras y apropiadas a los garífunas tanto en el área rural como en la urbana, es una oportunidad que todavía no ha consumado la política pública. La necesidad de tal intervención es debido a que se trata de gente extremadamente vulnerable por ser la más pobre de las villas y pueblos. Esto que se remarca en los garífunas también se refleja en las condiciones de algunos grupos mayas.

Encontramos una tradición similar entre estos grupos rurales y las comunidades urbanas. La expresión cultural más importante que pudimos identificar en la aldea fueron los rituales ancestrales, que fueron localizados y llevados a cabo en una atmosfera “dictada por los espíritus de los ancestros”. La serie de rituales se llevaron a cabo como eventos con previa preparación, un inicio, el momento cumbre, y paulatinamente el clímax. Finalmente, la ceremonia tiene un origen indígena que ocupa los espacios multiculturales en donde los garífuna se encuentran en Belice.

En sus nuevos lugares de trabajo urbano, hombres y mujeres de todas las comunidades en Belice se conocen y unen lazos de fraternidad entre las líneas del territorio de la aldea. Existía la necesidad de formar asociaciones voluntarias de autoayuda mutua para pagar en casos de gastos de emergencia que les afectaba a ellos así como a otros familiares en sus comunidades. Al regresar a casa, traían con ellos estas asociaciones y ampliaban las membrecías entre amigos y familiares. La integración de estas asociaciones inter-comunidades fortalecían el sentido de representar a la cultura garífuna por todo el país tanto en las comunidades como en el lugar al cual emigraron.

La consolidación de la cultura garífuna fue simbolizada en la formación del Día del Asentamiento garífuna en 1948, un día establecido para celebrar a Belice como la nueva madre tierra que había ofrecido refugio a los exiliados de San Vicente y que viajaron a través de Honduras. El Día de Asentamiento Garífuna ha tenido un fuerte componente de resurgimiento con mensajes de exhortación de auto-suficiencia a través del duro trabajo en como campesinos y pescadores, y otras

formas de generar ingresos, dedicación a la educación, de religión e integridad entre otros.

De este movimiento surgió el Consejo Nacional Garífuna (NGC por sus siglas en inglés), que se registro en 1981. Este movimiento enfatizaba la participación a través de la formación de las ramas de la NGC en donde quiera que se encontraran los garífunas en el país. También promovía la rivalidad intracomunitaria en demostrar valores tradicionales, idioma, música y baile durante los festejos del Día de Asentamiento Garífuna.

De entre los diferentes grupos que recibieron la inspiración de la energía y visión del la NGC se encontraban artistas, quienes se sentían liberados para experimentar las diversas formas de arte que usaban raíces garífunas. Escritores de canciones, pintores, poetas, tenían la posibilidad de ganar la aprobación en su comunidad así como dentro de la amplia comunidad beliceña. Un tipo similar de aprobación refería a los experimentos musicales litúrgicos durante una misa católica romana.

El tercer espacio cultural que encuentro por parte de los garífunas va más allá de las fronteras de Belice a los niveles regionales y globales. No lo maneja la gente, como lo hemos visto en contextos rurales y urbanos, sino por las Naciones Unidas, en particular la UNESCO, cuyas oficinas principales se encuentran en Paris.

En el 2000, la UNESCO declaro su Programa de Herencia y Cultura Intangible como una de las principales aéreas de interés. Al año siguiente, premio a 19 Proclamaciones de Obras Maestras Orales y de Herencia Intangible de la Humanidad por “espacios culturales” a nivel mundial. El cambio de tangible (ejemplo: monumentos) a lo intangible fue con la deliberación a redirigir la visión desde el Norte al Sur, el cual había ganado un mínimo de los 730 premios otorgados. Fue una forma política de promover la diversidad cultural en toda la humanidad. El siguiente plan de la UNESCO después de la Proclamación es crear

una normativa de instrumento comprensible para la protección de la herencia cultural intangible similar a la tangible (UNESCO, 2001).

En un análisis del Programa de Herencia Y Cultura Intangible realizado por Marion y Roy Cayetano describen los procedimientos que la NGC con apoyo del gobierno beliceño y la UNESCO llevaron a cabo en un corto periodo de tiempo para presentar una candidatura para el premio. Al ser la primera vez que se promueve, no había un formato a seguir, además de las indicaciones de candidatura. La coordinación y todos los detalles de implementación recayeron sobre los hombros de los hermanos Cayetano. Al haber realizado este trabajo, compartieron las recompensas con toda la gente garífuna en Centroamérica. Belice inicia los procedimientos con el apoyo de Honduras y Nicaragua, posteriormente se les unió Guatemala.

Existen dos preguntas que necesitan respuestas relacionadas a la veracidad del documento sobre espacios culturales distintivos. ¿A qué se refiere la Proclamación en referencia a contextos urbanos y rurales, en los que en este ensayo se ha enfocado? Y en segundo lugar, ¿qué significa la Proclamación para la identidad cultural garífuna?

En respuesta a la primera pregunta, la Proclamación es una validación y revitalización que los garífunas han estado haciendo para combinar espacios urbanos y rurales. Es necesario notar que los hermanos Cayetano junto con otras personas solicitaron ayuda, tienen raíces rurales, aunque vivían en pueblos y ciudades. La mayoría de ellos estaban involucrados en el doble proceso de beneficiar a su cultura en el área rural y participar en diversos retos urbanos del medioambiente.

Hombres y mujeres que bailan, saben canciones y creaban los disfraces, podían responder a las preguntas de último minuto hechas por la UNESCO hasta con detalles. Algunas personas tenían colecciones de pinturas, instrumentos musicales, cassettes y documentos, o bien, sabían a quien recurrir en caso de necesitarlo. Estas redes atravesaban las áreas rurales y urbanas así como las

fronteras internacionales, para demostrar hasta donde llegaban los líderes dentro del movimiento garífuna en las distancias geográficas.

En respuesta a la segunda pregunta, es una realidad que fue la etnicidad y su preservación lo que hizo ganar la Proclamación a los garífunas. Pueden no estar muy confiados sobre la propiedad de tierras, derechos humanos, reivindicación política, entre otros temas como la mayoría de los indígenas en el Nuevo Mundo. De hecho, en muchos casos estos asuntos no habían sido elaborados con bases suficientes ni presentados a los garífunas de Belice con la importancia que merecen. Por otro lado, su cultura permanece en la memoria colectiva de genocidio, exilio y pérdida de sus tierras. El corolario es un esfuerzo común para preservarlo e inculcarlo en la siguiente generación para que nunca vuelva a existir la posibilidad de que se extinga. La herencia cultural intangible, como la define la UNESCO, es un aspecto que requiere de atención.

El premio de Proclamación UNESCO insiste en que los países huéspedes lleven a cabo acciones para preservar el idioma, la música y el baile de la gente garífuna dentro de sus fronteras. En otras palabras, debido a que la UNESCO atrajo la atención del riesgo potencial de la pérdida de la cultura garífuna, se unió a los estados y asumió su parte de responsabilidad.

El gobierno beliceño ha hecho algunas contribuciones como por ejemplo la construcción y operación del Museo Gulisi Garífuna en Dangriga. Ha colaborado con las celebraciones de baile de punta en conjunto con las actividades del Día del Asentamiento Garífuna.

Mientras que estos aspectos son meramente de expresión cultural, existen temas de urgencia extrema dentro del campo de desarrollo social y comunitario, mismo que se ha resaltado en este ensayo con el título de exclusión social en los contextos urbanos y rurales.

Si la gente vive en áreas rurales aisladas, no puede proyectar su arte y por consiguiente no generar ingresos a su comunidad. Dado el crucial papel de la villa

como incubadora de la cultura garífuna su supervivencia está directamente ligada a la supervivencia de su cultura, como la conocemos hoy en día.

Revisando este fragmento del documento podemos observar que existe una preocupación por parte de organismos internacionales respecto a las poblaciones indígenas en países como Belice, sin embargo en temáticas como la atención de problemas de salud reproductiva existe un rezago de atención a las enfermedades que vulneran a las poblaciones indígenas como es el caso de los garífunas de Belice.

En un ejercicio de grupos focales con grupos de adolescentes garífunas en las ciudades de Belice y Belmopan se puede observar información en la que los adolescentes dan cuenta de que existen programas de salud reproductiva y de prevención de ETS, sin embargo ellos externan que dichos programas están diseñados sin tomar en cuenta elementos socio-socioculturales que busquen mecanismos de prevención alternativos que no generen un cambio a las prácticas culturales nativas. Incluso los jóvenes garífunas pocas veces recurren a estos programas porque no hay algún elemento que les genere la confianza de externar sus inquietudes y problemas para buscar la solución más adecuada.

Capítulo II

Políticas de Salud Reproductivas en Belice en el contexto de la adolescencia garífuna de Barranco a Belmopan.

La política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) definida en 2007 por el Ministerio de Salud de Belice para los años 2007 a 2009, constituye la respuesta institucional a las recomendaciones originadas en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), y en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), y en la Organización Mundial de la Salud 2009. Allí se señalaron los temas prioritarios para el caso de Belice: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de las adolescentes y los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y reproductiva VIH/SIDA, y violencia doméstica y sexual.

En el trabajo de campo realizado entre los años 2007 al 2009 observamos que en las entrevistas realizadas a los jóvenes garífunas residentes en las áreas rurales y urbanas contrastan las premisas encontradas en los documentos de organismos internacionales citadas en el presente capítulo, refieren que no se aplican en su totalidad y/o que excluyen elementos claves de cómo se abordan los temas de salud reproductiva y prevención de ETS desde la cultura garífuna.

Se realizaron entrevistas con los directores de los departamentos de epidemiología, riesgos sanitarios, planificación familiar y trabajo social del Ministerio de Salud de Belice, esto con la finalidad de contrastar la información recabada por los grupos focales aplicados a los jóvenes garífunas de las escuelas de bachillerato en Belmopan, así como la información proporcionada por los directivos de los planteles educativos y entrevistas dirigidas a los padres de familia de jóvenes garífunas que tuvieron alguna situación de contagio de ETS.

Para el caso particular de los adolescentes y las adolescentes garífunas se ha visto la necesidad de orientar hacia esta población políticas públicas y acciones de promoción de salud sexual y reproductiva - SSR, específicamente diseñadas para

ellas y ellos con su participación e involucrando las redes sociales de pares, educadores y educadoras y familia, entre otras, así como servicios de atención integrales que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital. Las adolescentes y los adolescentes garífunas no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra enfermedades de transmisión sexual —ETS y VIH/SIDA—, y para vincularlas y vincularlos a programas específicos según sus necesidades. Con la población garífuna adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares desde su estructura socio-cultural, que perpetúan relaciones complejas entre los sexos. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas al estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital.

Durante los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha dado pasos importantes para la inclusión de la salud sexual y reproductiva en los programas nacionales de salud adolescente de la región, proponiendo un nuevo marco conceptual que aborda la sexualidad de los jóvenes y de las jóvenes desde una perspectiva de desarrollo humano, integrando la salud sexual dentro de un marco más amplio de salud y desarrollo. Este enfoque reconoce que la salud sexual es un objetivo del desarrollo humano y que su condición está relacionada con factores culturales y familiares, y con el ambiente social, político y económico en el que viven los adolescentes y las adolescentes garífunas. El enfoque defiende un desarrollo positivo y reconoce a la juventud como una oportunidad para la región, y ha sido diseñado para llegar a diferentes niveles de influencia, como los encargados de formular políticas y los planificadores de programas a escala nacional, con el fin de alentarlos para que integren en sus programas de

salud las políticas y los servicios de prevención y protección para la salud de los adolescentes y las adolescentes (OMS, 2007).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

2. 1. Adolescencia garifuna en Belice

La adolescencia es definida por la OMS como el período durante el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios (pubertad) hasta la madurez sexual: procesos psicológicos del individuo y formas de identificación que evolucionan desde las de un niño hasta las de un adulto y se hace transición de un estado de dependencia socioeconómica total, a otro de relativa independencia. Además es una etapa en la que se presentan algunos cambios físicos, como el rápido crecimiento en peso y talla y modificaciones en la composición corporal. Por el proceso acelerado de crecimiento y desarrollo, los requerimientos nutricionales aumentan, principalmente en lo que se refiere a las proteínas, hierro y calcio (OMS, 2007).

La política nacional de salud sexual y reproductiva —PNSSR— fue publicada y difundida durante los primeros meses del 2003 por el Ministerio de Seguridad Social. Formalmente, este Ministerio ha venido asesorando a los gobiernos de cada Distrito desde ese momento. La política adopta como principios orientadores los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, la búsqueda de la equidad (particularmente en términos de género y de justicia social), el principio de la igualdad de trato y de oportunidades (concepto que incluye el tratamiento

diferenciado de las necesidades especiales), el empoderamiento, la intervención focalizada, y la concepción de la salud como servicio público que debe ser prestado con criterios de calidad, eficiencia, universalidad y solidaridad.

En el marco de la descentralización política y administrativa del sector salud en Belice, la puesta en ejecución de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) está bajo la responsabilidad de las seccionales departamentales de salud para los distritos incumbe a sus respectivas secretarías municipales de salud.

La política nacional considera la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y las adolescentes garífunas como el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, lo que implica la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción (PNSSR, 2003). Para ello se plantean varias estrategias complementarias entre sí, a fin de lograr el mejor y más rápido efecto en la problemática. Esas son: 1) la promoción de la SSR de las adolescentes y los adolescentes garífunas mediante estrategias de Información Educación Comunicación (IEC), 2) la coordinación intersectorial e interinstitucional, 3) el fortalecimiento de la participación, 4) el fortalecimiento de la gestión institucional, 5) la potenciación de las redes sociales de apoyo, y 6) el desarrollo de la investigación (PNSSR, 2009).

Para las adolescentes en particular, la Política Pública Nacional de SSR dispuso como meta principal reducir el embarazo en este grupo de población (los garífunas) en un 10% en 4 años, mediante acciones de distinto orden. Esto significa reducir la fecundidad al 5% para el 2009 (es decir, cinco puntos porcentuales con respecto al 15% del año 2000 (17% en 1995), lo cual equivale al 26% del total de embarazos adolescentes) (PNSSR, 2003).

Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública, y por lo tanto las áreas que deben ser prioritariamente atendidas, son: la falta de servicios de atención integral para adolescentes, el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, y el alto porcentaje de

embarazos no planeados, que afectan no sólo las condiciones de salud de las adolescentes y de los adolescentes, sino también el ejercicio de sus derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social y afectando su proyecto de vida y el desarrollo de sus potencialidades.

En el país, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), publicada cada 5 años, es realizada desde 1990 por Medical Institute of The West Indies (Medical Institute of The West Indies, 2005). Según esta encuesta, las adolescentes y los adolescentes garífunas están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana. Al mismo tiempo hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres (17% en 1995, 19% en el 2000 y 20.5% en el 2005), porcentaje que es considerablemente superior entre las adolescentes de las zonas rurales (26.9%) y aún mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (33.6%).

El embarazo en la adolescencia tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y madres y de las hijas e hijos por nacer: limita sus posibilidades de desarrollo personal y social en la medida en que reduce sus oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tienen recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas. También es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza, que a su vez se encuentra relacionado con el aumento de la fecundidad entre la población de adolescentes, al igual que el bajo nivel de escolaridad. Las adolescentes en condiciones de pobreza y sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo o hija mucho antes que las demás adolescentes. En caso contrario observamos que los jóvenes garífunas que asisten a la escuela secundaria al verse involucrados con enseñanzas de orientación sexual pueden comenzar a tener una vida sexual sin llegar a tener hijos salvo en los casos que no hacen uso del algún método anticonceptivo, El otro factor asociado al embarazo adolescente es el lugar de residencia: las jóvenes de las zonas rurales tienden a tener relaciones sexuales e

hijos o hijas más temprano que las de las zonas urbanas. Así mismo, la condición de desplazada forzada posibilita en gran medida la presentación de embarazo en edades más tempranas. En este punto observamos que no existen programas de planificación familiar en las aldeas garífunas por parte del Ministerio de Salud de Belice ni el de Educación, únicamente los jóvenes garífunas que saben de la existencia de estos programas son aquellos que migran a destinos como Ciudad de Belice, Belmopan o San Ignacio ya sea por motivos laborales o educativos.

En lo que se refiere al embarazo en la adolescencia, factores como el nivel de escolaridad, los recursos económicos y las relaciones familiares se asocian con la relación sexual temprana. Se ha observado que en cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y la escolaridad de los padres y las adolescentes, mayor es la probabilidad del embarazo precoz; adicionalmente se ha visto una clara relación entre abuso sexual en la infancia y la pubertad y el embarazo en adolescentes, en especial en niñas que tuvieron actividad sexual antes de los 14 años (Ministerio de Salud de Belice 2008). A partir del momento en el que la adolescente queda embarazada, se enfrenta a una serie de conflictos que alteran sus relaciones familiares, en donde con frecuencia, a cambio de encontrar apoyo económico y moral, experimenta rechazo y abandono por parte de su familia, la sociedad y las instituciones educativas. Esta situación aumenta su vulnerabilidad frente a las consecuencias negativas de su gestación, disminuyendo sus posibilidades a corto y mediano plazo de mejorar su situación de manera activa (Medical Institute of The West Indies, 2005).

Adicionalmente, se puede presentar menor posibilidad de relaciones estables, aumento de la carga al escaso presupuesto familiar, abandono y maltrato del futuro hijo o de la futura hija, una posible relación afectiva madre-hijo o madre-hija deficiente, limitación de las posibilidades laborales futuras, trastornos psicológicos como depresión por la responsabilidad y periodo de adaptación que exige el nuevo ser, que puede inducir al alcoholismo, la drogadicción y en casos extremos al suicidio, a la prostitución y al matrimonio servil. El embarazo en la adolescencia es, hoy por hoy, una de las problemáticas más costosas para la Salud Pública,

dado que compromete no sólo el proyecto de vida de la adolescente y del adolescente, su salud y bienestar, sino también la calidad de vida del bebé. Está ampliamente descrita la importante prevalencia de mortalidad materna y mortalidad perinatal de la gestante adolescente y de los bebés nacidos o nacidas de madres adolescentes, generando costos sociales, económicos y de calidad de vida, no sólo en este grupo poblacional, sino en general en la sociedad y el país.

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, tanto en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, como en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales.

Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas, poniendo en peligro la vida de la futura madre (Medical Institute of The West Indies, 2005). Si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años (ver Cook Et al., 2003), aún así la conducta reproductiva de este grupo es una gran preocupación. En comparación con los cambios en fecundidad observados en los grupos de mujeres de mayor edad, en gran parte como resultado del uso de métodos de planificación familiar, las reducciones en la fecundidad de adolescentes son principalmente obtenidas mediante el acceso a métodos anticonceptivos adecuados y de fácil uso, acceso a educación sexual integral y de calidad, reducción de la pobreza y acceso al sistema educativo.

Las mujeres adolescentes están entrando cada vez más temprano a la vida sexual activa, usando relativamente poco los métodos anticonceptivos, lo que propicia la probabilidad de quedar en embarazo e incidir en una mayor tasa de fecundidad con una mayor proporción de hijos e hijas no deseados y de abortos (Medical Institute of The West Indies -UNFPA, 2002).

2. 2. Adolescencia y sexualidad en Belice

El inicio temprano de las relaciones sexuales, asociado a las condiciones de pobreza, múltiples parejas sexuales sin protección y la intensa actividad sexual, que puede caracterizar la adolescencia, propicia el contagio con el virus del papiloma humano. Todos estos componentes, además de gestaciones tempranas, configuran condiciones de mucho riesgo para el cáncer de cuello uterino. En el Distrito de Punta Gorda es la primera causa de muerte de mujeres entre 15 y 44 años (Ministerio de Salud, Distrito de Punta Gorda, 2005). Para Toledo en particular, la anormalidad de la citología se presenta 2,7 veces más que la media nacional, que está en un 9% (ENDS, 2005).

Para la región garífuna, las encuestas ENDS 1995 y 2000 reportan datos de adolescentes alguna vez embarazadas que residen en los distritos de Cayo, Toledo y Stann Creek. En conjunto, estos distritos muestran una tasa de 14,7% y de 14,6% respectivamente, que los sitúan por debajo de la tasa nacional (17,4% y 19,1%). En el 2005, según la encuesta ENDS para ese año, los departamentos de Cayo, Toledo y Stann Creek presentan en conjunto una tasa de embarazo adolescente de 19,8% (17,7% en Cayo, 19,3% en Toledo y 21,4% en Stann Creek).

A nivel nacional el promedio era, según la misma encuesta, de 20,5%. Por lo tanto, el objetivo de reducción a 14% del embarazo adolescente establecido por la PNSSR para 2005 no se pudo cumplir y, por el contrario, la tasa siguió aumentando prácticamente al mismo ritmo que entre 1995 y 2000.

Tabla 1. Embarazo y maternidad de adolescentes (Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez en la región garífuna (Cayo, Toledo, Stann Creek), Belice, según Encuestas ENDS, 1995, 2000, 2005).

Año	% Región Garífuna	% Nacional
1995	14,7	20,8
2000	14,6	20,1

2005	19,8	23,5
------	------	------

De manera que los datos cuantitativos nos muestran un aumento importante de las adolescentes que han estado alguna vez embarazadas entre 1995 y 2005. La región conformada por los tres distritos bajo estudio ya estaba acercándose en el 2005 al nivel nacional, cuando 5 años antes presentaba una diferencia de 4,5 puntos porcentuales.

El objetivo principal de la investigación consistió en determinar el impacto de factores asociados a la implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva entre el 2007 y el 2009 en la región garífuna. Como objetivos específicos se buscó 1) caracterizar la situación de salud y calidad de vida de las adolescentes y los adolescentes de la región garífuna de Belice, de manera comparada entre el año 2007 y el año 2009, con especial énfasis en la gestante adolescente; 2) describir y comparar la formulación, implementación y operativización de las políticas públicas de Salud Sexual y Reproductiva; 3) Analizar los procesos de implementación de la Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en la Región de Belice del 2007 al 2009, como región representativa de un proceso de implementación y operativización, para finalmente, 4) diseñar una propuesta de programa de atención a la población adolescente de la Región Garífuna de Belice con especificidad regional, que involucre intervenciones integrales para esta población. En la presente tesis nos hemos centrado en la presentación de algunos de los aspectos relacionados con el embarazo adolescente y la implementación de la política en los seis espacios político-administrativos conformados por los tres distritos y sus capitales.

Para ello, se ha realizado una recolección de datos cuantitativos directamente en las entidades responsables de la ejecución de la política (Seccionales departamentales de salud y oficinas distritales de salud) y se lleva cabo un análisis cualitativo (narrativo) del proceso de implementación de la política de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y las adolescentes garífunas en los tres distritos y sus capitales que conforman la llamada Región Garífuna de Belice

(Distritos: Cayo, Stann Creek y Toledo). De manera que la investigación se desarrolló mediante la combinación de dos estrategias metodológicas, una con énfasis en información cuantitativa derivada de los datos proporcionados por los sistemas de vigilancia epidemiológica rutinarios, y la otra cualitativa, derivada de entrevistas con los responsables locales y nacionales de la implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva—PNSSR—.

La información cuantitativa permite realizar un seguimiento detallado de la evolución epidemiológica diferenciada según las regiones y, por lo tanto, se constituye en un insumo para estimar el impacto de la política en este grupo de población, comparativamente por cada entidad según su área de influencia político-administrativa.

La metodología cuantitativa permite seguir la situación de salud y calidad de vida de las adolescentes y los adolescentes de la región garífuna de Belice, de manera comparada entre el año 2006 y el año 2007, es decir, desde antes de la implementación de la política hasta la fecha.

El principal insumo de tipo cualitativo se obtuvo mediante las entrevistas realizadas a referentes de la política, la mayoría actores centrales de la implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes en las seis entidades responsables de la implementación de dicha política, en la región objeto de la investigación. Se entrevistó un total de 5 actores tomadores de decisiones y asesores en el nivel nacional del Ministerio de Salud de Belice, Naciones Unidas – Fondo de Poblaciones, 22 actores del nivel Departamental y Local Implementadores y Operadores de Políticas Públicas de SSR de Seccionales de salud de los Departamentos, Ministerios Municipales de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio de Desarrollo y Seguridad Social, para un total de 46 entrevistas exploratorias y a profundidad.

El análisis se inició con seis precategorias seleccionadas a partir de los ejes de la Política Nacional de SSR: Participación del recurso humano, Sistema de información, Vigilancia y control de la gestión, Investigación en SSR para la toma

de decisiones, Intersectorialidad e Interinstitucionalidad, Redes sociales en áreas prioritarias de SSR.

De este primer análisis emergieron otras siete categorías: La política nacional como marco normativo, Asesoría en la implementación de la política de SSR a nivel regional, La política nacional versus necesidades regionales, experiencias regionales alternativas a la política de SSR, enfoque de la política desde lo reproductivo, articulación e integración de la política de SSR con otras políticas, y recurso humano y financiero. Estas categorías fueron seleccionadas grupos focales de trabajo debido a su alta recurrencia en las narrativas obtenidas de las entrevistas realizadas. De esta manera se establecieron seis relatos correspondientes a la caracterización de la implementación de la PNSSR en tres Distritos y tres capitales de la región bajo estudio, con los que a su vez se construyó un metarrelato que caracteriza la implementación en toda la región garífuna y que señala los puntos comunes esenciales en los procesos de implementación analizados.

Cuando los gobiernos piensan en cuidado de la salud generalmente se enfocan en el cuidado médico. Las causas de la enfermedad tienden siempre a estar en segundo lugar; lo cual representa un problema puesto que se ha demostrado que las condiciones de vida, ambientales y políticas, tienen un impacto en el estado de salud, el origen de estas condiciones tanto en países pobres como ricos es de naturaleza social.

La promoción a la salud como parte de las metas de milenio “salud para todos” se centra en los factores que predisponen a una sociedad a tener salud, en este sentido la promoción de la salud basada en los determinantes sociales, resalta el ejercicio de la salud pública, desde la producción de salud; mas aun se centra en aquellas acciones que pueden estar al alcance del trabajo comunitario para mejorar el estado de bienestar en las poblaciones; es decir se trata de un fortalecimiento de las capacidades y aptitudes de los individuos para la toma de decisiones colectiva, teniendo como referencia estos postulados menciono que al trasladarlos a la realidad operativa durante los 3 años de investigación de campo no son llevados a cabo y el grupo étnico tomado como referencia en la presente

tesis tiene la inquietud de buscar soluciones tangibles a los problemas de ETS y salud reproductiva que fortalezcan a este grupo.

Partiendo de estos postulados la presente investigación tiene como objetivo discutir aquellos elementos que desde la promoción de la salud basada en determinantes sociales, son los más importantes para generar un cambio en el estado de bienestar y de salud de la población adolescente garífuna de Belice.

Desde hace mucho tiempo se reconoce que hay ciertos requisitos previos para la salud que incluyen: la paz, recursos económicos adecuados, la distribución de estos, alimentos, albergues, agua limpia, ecosistema estable, uso de recursos sostenibles y derechos humanos básicos.² Al dar una leída a lo anterior queda en evidencia que para todos estos requisitos existe una profunda conexión entre las condiciones sociales, económicas, los cambios estructurales, el entorno físico y los estilos de vida.

Las investigaciones sobre las causas sociales de la enfermedad han sido exploradas por años y como ejemplo tenemos los escritos de Emilie Durkheim sobre el suicidio y los patrones de mortalidad dependiendo de las características de la sociedad. Actualmente muchos países cuentan con estructurados sistemas de salud basados en necesidades y se ha logrado alargar la esperanza de vida como nunca en la historia; no obstante aun en aquellos países más ricos y desarrollados existe una diferencia de hasta 9 años en la esperanza de vida entre la clase mas acomodada y la clase social más pobre.³

Sabemos que las disparidades no pueden ser simplemente atribuidas a los comportamientos de los individuos, sino que se encuentran relacionados sobre todo con elementos de índole social y cultural que juegan un papel sustantivo en definir estas diferencias.⁴ No obstante, la investigación sobre los determinantes sociales que provocan estas diferencias y su papel dentro de la producción de

² Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud. FDS-nuevos desafíos. Indonesia. OPS-OMS 1997

³ Marmot, M.G. Creando sociedades más saludables. Boletín de la organización mundial de la salud. OMS. 2004; 82(5) : 320-321

⁴ Frenz, Patricia: Desafíos en salud pública de la reforma: Equidad y determinantes sociales de salud. Universidad de Chile- Ministerio de salud de Chile. 1994.

salud no han logrado tener suficiente impacto en políticas públicas nacionales de Belice.

Si bien es cada vez más evidente que la salud de la población depende mucho más de otros sectores que del propio sector salud, lograr una mayor inversión para la salud en esos otros sectores se vuelve cada vez más complicado, en la medida en que surgen nuevos modelos de gobernabilidad que no reconocen tales factores dentro del contexto actual de la globalización el alcance de los gobiernos nacionales y del estado son reducidos, utilizando recursos en una responsabilidad mayor que es vigilar y manejar los impactos sanitarios, sociales y ambientales, del comercio y los negocios internacionales. Y que hace más difícil ejercer un control sobre los determinantes sociales locales.⁵

En este sentido, cobra vital importancia la promoción de la salud, la cual se ha señalado antes mas allá de dirigirse a la simple intervención con las personas, es algo “que se hace con la gente,”⁶ al centrarse en el fortalecimiento de las habilidades y aptitudes para la toma de decisiones es un acto esencialmente político, por lo que resulta una estrategia práctica para el abordaje de los determinantes sociales de la salud y cuyos cambios pueden ser más rápidamente visualizados, que si sólo se trabaja en las esferas de la política pública, representa la evidencia ideal para los tomadores de decisiones para replantear políticas enfocadas a los determinantes sociales de la salud.

La inequidad en salud está evidenciada no solo por las diferencias en cuanto al acceso a servicios de salud de una población, sino en general porque las características propias de las mujeres, niños y ancianos los exponen a diferentes riesgos de salud.⁷

⁵ Informe Final Quinta conferencia mundial sobre promoción de la salud. 7.- temas claves que surgieron en la reunión. México. OPS-OMS. 200

⁶ Idem

⁷ Marmot, M.G. Creando sociedades más saludables. Boletín de la organización mundial de la salud. OMS. 2004; 82(5) : 320-321

En este sentido la equidad en salud es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.”⁸

Debido a lo anterior muchos de los factores que influyen en la equidad en salud quedan fuera del sistema de salud, haciendo imperante la participación de otros sectores de gobierno y la sociedad civil, pero sobre todo un aspecto esencial en este marco es la cohesión social y la construcción de capital social, al reconocer que la acción y soporte colectivo pueden alterar las vías que llevan a impactos indeseables en la salud.

Para poder analizar los factores determinantes en las políticas de salud sexual y reproductiva desde la promoción de la salud es necesario que sus estrategias estén basadas en una evaluación de su pertinencia social y cultural de otra manera elementos como la conciencia colectiva y el capital social no podrán surgir.

Sin duda la promoción de la salud está ligada con el desarrollo social y económico lo cual nos lleva a lo que consideramos el segundo pilar el Empoderamiento; La propia definición de promoción de la salud implica el concepto de empoderamiento, ya que se busca el control de las personas de los factores que determinan la salud en las dimensiones personales y comunitarias; a la vez necesita acciones que requieren de procesos políticos como la asignación de recursos y la regulación.

Por último, un factor que me pareció esencial proponer aquí es el concepto de resiliencia que es definida básicamente como la capacidad humana de salir fortalecido ante la adversidad.

La promoción de factores protectores como la autoestima, la asertividad, el uso saludable del tiempo libre, los valores y el proyecto de vida, constituye uno de los

⁸ Frenz, Patricia: Desafíos en salud pública de la reforma: Equidad y determinantes sociales de salud. Universidad de Chile- Ministerio de salud de Chile. 1994.

elementos dentro de la prevención primaria dirigida a mejorar la salud integral de una población. En este sentido las intervenciones comunitarias de promoción de la salud enfocadas a la construcción de mecanismos de resiliencia comunitaria, verán volcados sus efectos no solo en la prevención y superación de eventos adversos como desastres; sino también se verán sus resultados en un mejoramiento de la salud mental, de las redes sociales y del estado de bienestar de la propia comunidad.

El enfoque en salud pública de los determinantes sociales de salud se define brevemente en la frase “el conocimiento de las causas” y aunque se ha escrito mucho, aun hace falta continuar la investigación sobre sus mecanismos y el grado de influencia de cada determinante, como la pobreza, la marginación, la inequidad, la exclusión y sus consecuencias en los grupos vulnerable como se aborda en la presente tesis compartiendo la experiencia de los jóvenes garífunas.

La promoción de la salud es una herramienta fundamental para no solo la disminuir la carga de la enfermedad, sino principalmente porque, si se ejerce bajo un marco ético, holístico e intercultural, es capaz de influir en los diferentes niveles sociales con una mayor probabilidad de provocar un cambio social. No obstante cabe aclarar que el camino hacia esta meta no es fácil ni rápida, el trabajo de promoción de la salud en un ámbito comunitario requiere de un sólido compromiso moral, una mente abierta y de mucho tiempo combinado con esfuerzo.

Si bien cada uno de los pilares mencionados en este capítulo ha sido de alguna manera abordado en las conferencias mundiales sobre promoción de la salud; la articulación de estos conceptos en estrategias concretas de promoción de la salud es aun austera en Belice. Una articulación de estos conceptos aplicada a los programas de promoción a la salud nacional es la propuesta aquí sugerida (La inclusión de talleres de participación colectiva de los garífunas) para implementar políticas de salud contextualizadas al ámbito socio-cultural garífuna en Belice.

Tomando en cuenta el nuevo concepto de salud, que implica la ausencia de enfermedad, sino de alcanzar un estado de bienestar general, tomando en cuenta

todos los factores psicosociales, además del económico; a partir de esto como bien dice la carta de Ottawa (2010): “la salud se percibe no como un objetivo (o un simple número a alcanzar), sino como una fuente de riqueza de la vida cotidiana.

La educación para la salud está relacionada con una conducta saludable aunada a las personas a mantener sus estilos de vida o bien ayudándolos a desarrollar estilos de vida en direcciones que promuevan la salud.

No obstante las intervenciones comunitarias de educación para la salud deben ir más allá de simplemente brindar información sobre los estilos de vida y de llamadas de atención sobre la enfermedad. Deben estar articuladas acorde a las áreas de participación de la promoción de salud establecidas en la Carta de Ottawa:

- Elaborar una política pública sana.
- Crear ambientes favorables.
- Desarrollar aptitudes personales
- Reorientar los servicios sanitarios.
- Reforzar la acción comunitaria.

Es decir “La educación para la salud es cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar adaptaciones voluntarias de conducta dirigidas a la salud”; de esta manera, la prevención y promoción a nivel municipal tiene por objetivo fundamental focalizar las necesidades del ámbito local, involucrando a las autoridades municipales y tomadores de decisiones, para que consideraran a la salud en términos de bienestar social.

El cambio de comportamientos orientados hacia estilos de vida saludables requiere de un programa sistemático de planificación y evaluación para obtener validez ante los ojos tanto de la comunidad, de los profesionales de la salud como de los políticos.

Con base en lo anterior una buena opción metodológica es PRECEDE-PROCEDE puesto que este programa está diseñado bajo la evidencia de que la duración de los cambios cognitivos y de conducta es proporcional al grado de participación activa más que pasiva del que aprende, resaltando así el papel de la conciencia, identidad y participación comunitaria. Se recomienda la aplicación de pláticas informativas en las cuales se tengan como expositores integrantes de la etnia garífuna que han participado en talleres de salud sexual y reproductiva combinado con la experiencia y conocimientos de personas de edad avanzada que son las encargadas de transmitir por medio de la tradición oral las prácticas de educación sexual y reproductiva a las nuevas generaciones de garífunas en las aldeas de residencia.

Más aun esta metodología al obligar a fijarse primero en los outcomes que en los inputs, es decir pensar primero en el ¿por qué? Que en ¿Cómo? Se articula bien con el modelo del DLS que primero identifica los problemas de salud de la comunidad, los factores determinantes asociados a la problemática y entonces se lleva a cabo la planeación del proyecto de intervención. Esto implica que la intervención no esté basada en adivinanzas sino en un conocimiento real de las condiciones de la comunidad, sus recursos y su participación.

2 . 3. ETS en la Región Garífuna de Belice

Una vez precisada la evolución del embarazo adolescente en la región garífuna, e identificados los énfasis previstos por la política en relación con la población adolescente, se analizaron los referentes de SSR de los tres Distritos y capitales participantes del estudio, que dada la interrelación de diferentes factores en los principios, estrategias y acciones propuestas por la PNSSR, no se debería revisar solamente el resultado de su aplicación con base en el número de embarazos en adolescentes, sino que por el contrario se deberían identificar otros aspectos que evidenciaran desde otros puntos de vista la intencionalidad de lograr la meta propuesta por el Ministerio de Seguridad Social.

Como eventos centinela de aspectos sociales relacionados con promoción de la salud y la calidad de vida, patrones culturales, intersectorialidad, reducción de los

factores de vulnerabilidad y de los comportamientos de riesgo, y calidad de la atención, se dio prioridad a eventos de vigilancia epidemiológica relacionados con la notificación de casos ocurridos en la población adolescente de sífilis gestacional y congénita, VIH y Sida, o abuso sexual. También se observaron los eventos vinculados a la reproducción tales como mortalidad materna en adolescentes, y mortalidad perinatal y bajo peso al nacer provenientes de frutos de gestaciones en adolescentes.

De otra parte y como expresión del trabajo intersectorial, de la información y educación, así como de la accesibilidad, gestión institucional y calidad de la atención, se tomaron como indicadores del proceso la prestación de servicios de planificación familiar ofrecidos a la población adolescente. Como evaluación de los principios planteados en la PNSSR se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con diferencias por subgrupo etario (que poseen la misma edad), sexo, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y origen de los adolescentes y las adolescentes.

Por el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA se halló una mayor notificación de casos en la ciudad de Belmopan, mientras que en Dangriga no existe información relacionada con varios de los eventos investigados (Ver Tabla 2). Dicha información recabada al revisar expedientes del Ministerio de Salud en la ciudad de Belmopan nos revela que existe una deficiente aplicación de los programas de salud sexual y reproductiva que tiene una incidencia alta en el número de casos de embarazos a temprana edad.

Tabla 2. Eventos notificados de salud sexual y reproductiva en adolescentes de ciudades de la región garífuna de Belice 2007 – 2009.

Año	2007				2008				2009			
Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Grupo Etario	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19
Ciudad	Belmopan											
Casos notificados	Na	0	Na	3	Na	0	Na	2	Na	0		

de sífilis gestacional												
Casos notificados de sífilis neonatal	Na	0	Na	0	Na	0	Na	0	Na	0	1	
Año	2007				2008				2009			
Sexo	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
Grupo Etario	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19		
Casos notificados de VIH/SIDA	0	0	4	2	0	0	1	2	1	0		
Número de muertes por VIH/SIDA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0		
Casos notificados de abuso sexual	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD		
Total eventos salud sexual identificados	0	0	4	5	1	0	1	5	1	0		
Ciudad	Dangriga											
Casos notificados de sífilis gestacional	NA	0	NA	0	NA	0	NA	0	NA	0		
Casos notificados de sífilis neonatal	NA	0	NA	5	NA	0	NA	0	NA	0		
Casos notificados de VIH/SIDA	0	0	3	0	0	0	2	2	0	1		
Número de muertes por VIH/SIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Casos notificados de abuso sexual	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD		
Total eventos salud sexual identificados	0	0	3	5	0	0	2	2	0	1		
Ciudad	Toledo											
Casos notificados de sífilis gestacional			NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD
Casos			NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD
Año	2007				2008				2009			

Número de muertes por VIH/SIDA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Casos notificados de abuso sexual	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	S
Total eventos salud sexual	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Identificados												
Distrito	Stann Creek											
Casos notificados de sífilis gestacional	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	S
Casos notificados de sífilis neonatal	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	SD	NA	S
Casos notificados de VIH/SIDA	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	S
Número de muertes por VIH/SIDA	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0
Casos notificados de abuso sexual	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	S
Total eventos salud sexual identificados	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0

Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Seccionales y Territoriales de Salud Departamentales (Toledo, Cayo, Stann Creek).

Revisando las estadísticas vitales por distrito, se puede observar un importante aumento de los casos de mortalidad perinatal en adolescentes entre los 15 y los 19 años en Toledo y Stann Creek, así como el aumento de muertes maternas en los dos últimos años en Cayo.

La siguiente Tabla (Tabla 4) deja claro que por ciudades no se observan mayores variaciones en los años registrados, aunque llama la atención en Belmopan la presentación de muertes maternas en el grupo de adolescentes para los últimos años.

Tabla 4. Casos vitales en adolescentes identificados por departamento de la región garífuna de Belice de eventos seleccionados de salud sexual y reproductiva 2007 – 2009.

Año	2007		2008		2009	
Grupo Etario	H	M	H	M	H	M
Distrito	Cayo					
Casos notificados de mortalidad materna	0	0	0	1	0	0
Casos notificados de mortalidad perinatal	3	21	4	65	11	128
Número de niños y niñas con bajo peso al nacer de gestantes adolescentes	10	182	12	158	7	166
Total eventos reproductivos	13	203	16	224	18	294
Identificados						
Distrito	Stann Creek					
Casos notificados de mortalidad materna	0	2	0	3	0	1
Casos notificados de mortalidad perinatal	3	44	8	71	6	61
Número de niños y niñas con bajo peso al nacer de gestantes adolescentes	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Total eventos reproductivos	8	104	8	149	14	237
Distrito	Toledo					
Casos notificados de mortalidad materna	0	0	0	3	0	4
Casos notificados de mortalidad perinatal	3	44	8	71	6	61
Número de niños y niñas con bajo peso al nacer de gestantes adolescentes	17	336	18	358	24	322
Total eventos reproductivos	20	380	18	358	24	322

Fuente: Estadísticas vitales departamento administrativo nacional. Sistemas de vigilancia epidemiológica Departamento administrativo nacional de estadísticas – seccionales y territoriales de salud distrital (Cayo, Stann Creek, Toledo).

Con la información que presento en estas 4 tablas pretendo mostrar un aumento considerable por año de los principales problemas relacionados con la salud

reproductiva y ETS las cuales vulneran la población adolescente garífuna establecida en las aéreas rurales y urbanas, contrastando esta información con los ejercicios de grupos focales a los jóvenes garífunas en escuelas de la ciudad de Belice y Belmopan, podemos ver que mas allá de reducir el número de casos de contagio y embarazos a temprana edad existe una desinformación que vulnera mas a este grupo étnico.

Una de las alternativas para poder revertir este fenómeno siendo el eje principal de esta tesis de maestría, es la modificación de las políticas de salud reproductivas de Belice, en las cuales se incluya la participación de representantes de los diferentes grupos étnicos particularmente en este caso de la etnia de los garífunas a través de talleres de participación, foros de discusión, protocolos de acompañamiento de los mismos garífunas para atender a víctimas de ETS y embarazos no deseados (producto de violaciones, o no planificados).

Capítulo III

POLÍTICA NACIONAL

DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA y ADOLESCENTES EN

BELICE 2007 - 2009

Este capítulo presenta la política nacional de salud sexual y reproductiva en Belice (SSR) para el periodo 2007 a 2009. Parte de una conceptualización de la SSR, de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez, incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, incluye un análisis de la situación de SSR en Belice, en el cual se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y desarrollo, y se precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la propuesta: salud sexual y reproductiva de los adolescentes garifonas, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual.

Tuve acceso al presente documento previa entrevista con el Sr. Arthur Miller, jefe del departamento de riesgos de contagio y salud reproductiva del Ministerio de Salud de Belice, de todo el texto original estoy tomando las partes más relevantes para esta tesis de maestría enfocándome a los capítulos que hablan sobre temas de salud sexual, reproductiva y contagio de enfermedades de transmisión sexual en Belice, contrastando la información oficial con los testimonios de las entrevistas individuales y los grupos focales aplicados a los adolescentes garifonas tanto en escuelas de nivel medio superior como en escuelas secundarias.

Analizando las secciones de salud sexual y reproductiva se ha detectado que las propuestas en forma teórica pueden resolver las problemáticas de salud de la población beliceña, sin embargo la realidad dista mucho de los objetivos que pretenden alcanzar los ministerios gubernamentales de Belice, como principal deficiencia que pude detectar es la nula participación e inclusión de los grupos

étnicos involucrados para los cuales han sido implementadas estas políticas de salud sexual y reproductivas. Por ello es necesario hacer una profunda reestructuración de la misma en la que se pueda tener un aprendizaje basado en la experiencia vivida en el periodo del 2007 al 2009 en la cual se registro un aumento significativo en los casos de personas contagiadas de ETS en Belice.

Para contextualizar un poco mas nuestro grupo de estudio es necesario hacer una breve introducción sobre la etnia de los garifonas, con la cual se trabajo en los periodos de trabajo de campo en los veranos del 2008 y 2009.

El concepto garífuna, procede de la mezcla de grupos indígenas nativos de Sudamérica (arauacos y caribes) con esclavos africanos; teniendo como idioma la incorporación del inglés, con agregados de los indígenas sudamericanos y palabras africanas.

Los caribes y los arahuacos empezaron a expandirse a través de las Antillas menores; Trinidad y Tobago, Grenada, Barbados, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía, Guadalupe, Grenada, Dominica, Antigua y Barbuda, Saint Kitts y Nevis.

En este tercer capítulo, abordaremos 3 casos documentados de trabajo (2 de ellos con grupos focales dirigidos a estudiantes garifunas de 2 colegios de nivel medio superior en Belmopan, el otro caso documentado es una entrevista guiada que se le hizo al director de una de las escuelas de nivel medio superior en Belmopan).

Se trabajo con el primer grupo focal el día 23 de julio de 2008 en la escuela Liberty Nation of Belize, dicho grupo estaba compuesto por 15 jóvenes garifunas del tercer semestre de preparatoria turno matutino, de estos 15 jóvenes 10 eran mujeres y 5 hombres; para realizar dicho ejercicio se le pidió apoyo al director del plantel, el Mtro. Joseph Rodríguez, el cual autorizo la sesión en horas de clase, permitiéndoles a estos alumnos faltar a una sesión. Dicho ejercicio tuvo una duración de 2 horas.

Durante el ejercicio de grupo focal se permitió por parte de los estudiantes que se grabarán sus respuestas, aunque de manera anónima, para poder participar de forma libre en el ejercicio. El objetivo de este primer acercamiento era que los estudiantes garífunas externarán sus opiniones respecto a los programas de salud sexual y reproductiva en Belice implementados por el Ministerio de Salud de Belice, si ellos han visto que se han acercado con alguna campaña los trabajadores de dicha dependencia gubernamental, si ha habido campañas de difusión en espacios públicos; 6 estudiantes mujeres respondieron que hay campañas permanentes en los hospitales de salud sin embargo la información se centra principalmente a hablar sobre el contagio de VIH y el uso de anticonceptivos como el preservativo masculino, los 5 estudiantes varones por su parte manifestaron que jamás se han acercado a pedir información porque sienten que dichas campañas no utilizan mecanismos que atraigan su atención y que haga que se involucren mas con la información.

Los 15 estudiantes coinciden en que si estas campañas de salud sexual y reproductiva estuvieran acompañados de platicas con personas que hayan estado involucradas en casos de contagios o que lograron superar alguna ETS podrían percibir un poco más a fondo la idea que se quiere transmitir.

El segundo grupo de estudiantes de nivel medio superior se trabajo en el Colegio St. Paul of York, donde el director el Mtro. Phillipe Bradley, me permitió realizar el ejercicio con un subgrupo del turno vespertino de 10 estudiantes garífunas de un grupo de 25 estudiantes, la entrevista al grupo focal tuvo una duración de una hora con cuarenta minutos en tanto que la entrevista al director fue de una hora con treinta minutos. Esta entrevista incluyo la participación por separado del propio director el cual fue entrevistado para el guión de preguntas formales que se utilizo, para contrastar la información vertida por los dos grupos focales de estudiantes con el discurso de una autoridad educativa.

3. 1. Promoción de la SSR mediante estrategias de participación social

La política también retoma diversos antecedentes jurídicos y políticos, nacionales e internacionales, que respaldan la propuesta estratégica incluida, entre los que se destacan: las conferencias mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y la Constitución Nacional y sus desarrollos, entre otros. El planteamiento básico es que los DSR son parte de los derechos humanos y, por lo tanto, deben trabajarse desde esta perspectiva, al igual que desde la perspectiva que reconoce que la salud es un servicio público.

En cuanto al objetivo general plantea mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos garífunas con necesidades específicas. Los objetivos específicos tienen que ver con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con la ampliación de la cobertura del SGSSS, con el fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiológica, con el impulso al Sistema de Información en Salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas. Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.

Los principios que orientan la política son: la concepción de los DSR como derechos humanos, la equidad social y de género, el empoderamiento de las

mujeres y la cualificación de la demanda, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios.

Con base en todo lo anterior, las estrategias que plantea la política son: promoción de la salud mediante acciones de IEC, coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecimiento de la gestión institucional, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo. Para cada uno de los temas presenta líneas de acción que desarrollan las estrategias.

La política de SSR también incluye un aparte sobre las posibles fuentes de financiación para su implementación, un mapa de competencias y responsabilidades que incluye a los principales actores del sector y de otros sectores en el tema de la SSR, un anexo que enumera los otros temas de SSR que pueden abordarse de acuerdo con las especificidades de las diferentes regiones y localidades y otro anexo que muestra cuáles son los Distritos de Belice con indicadores deficientes en SSR.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad

para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

Mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos garífunas con necesidades específicas. así como impulsar en la población garífuna las medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en SSR.

También se pretende ampliar la cobertura de los programas de salud sexual y reproductiva para la población con factores de vulnerabilidad y con esto fortalecer la red de servicios del país, en relación con la oportunidad, calidad e integralidad de la atención en los eventos de SSR, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la capacidad y el compromiso del recurso humano y la implementación de los sistemas de información.

3. 2. Fortalecimiento de la gestión institucional

El Ministerio de Salud de Belice analiza los mecanismos para implementar acciones de vigilancia y control de la gestión en el nivel nacional y territorial desarrollando acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSR, como factor fundamental para la toma de decisiones y de esta forma fortalecer el Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) como herramienta que permita conocer la situación de la SSR.

Otro objetivo de esta política de salud pública es promover la investigación en SSR como mecanismo de toma de decisiones políticas y técnicas entre los diferentes actores involucrados (Dependencias gubernamentales, ONGS, asociaciones civiles y grupos étnicos). Se pretende desarrollar acciones que

vinculen a diversos sectores e instituciones para impactar los problemas de la SSR aprovechando medios de información en específico las redes sociales como escenario de intercambio de información y apoyo solidario en las áreas prioritarias de la política de SSR.

A través de la política de salud sexual y reproductiva en la población adolescente garífunas de Belice se tiene como objetivos principales el reducir el embarazo en adolescentes en un 26%. La fecundidad en adolescentes ha incrementado en los últimos años: para el año 2000 es de 19%.^{2,3}. Teniendo en cuenta todas las implicaciones que se derivan de esta situación se propone, mediante acciones de distinto orden, reducir la fecundidad al 14% (es decir, cinco puntos porcentuales con respecto al 19%, lo cual equivale al 26% del total de embarazos adolescentes). Otro objetivo de esta política de salud consiste en la prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA: mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos.

La salud sexual y reproductiva y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país. Los indicadores de SSR están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y, en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital. Por esta razón, una política que apunte a mejorar la SSR es estratégica para producir un impacto significativo sobre algunos de los factores de inequidad y subdesarrollo y para lograr transformaciones importantes en términos de bienestar y calidad de vida de los individuos y de la colectividad. Reconociendo el impacto estratégico de la SSR, la presente política recoge los

compromisos adquiridos por Belice en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995),⁵ cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de SSR.

Las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida (por ejemplo, poner en riesgo la vida de las mujeres por embarazo u otros aspectos relacionados con la procreación); a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación⁸ (por ejemplo, igualdad independientemente del sexo, la edad, la orientación sexual, la etnia o cualquier otro factor); a la integridad personal (por ejemplo, a tener una vida sexual y reproductiva libre de acoso, coerción o violencia), entre otros. Es así como los desarrollos internacionales sobre DSR también tienen respaldo jurídico en la normatividad constitucional beliceña y, por lo tanto, su garantía y ejercicio incluye el derecho básico a alcanzar el nivel más elevado de SSR para contribuir al desarrollo de las personas y al mejoramiento de su calidad de vida, y el derecho de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción, libres de coerción, discriminación y violencia. Esto incluye la toma de decisiones sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, e implica la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de la información y medios para ello, así como el acceso, la calidad, la privacidad, la confidencialidad, y la integralidad de los servicios.

3. 3. Implementación de SSR en Belice

El Ministerio de Salud define la atención en salud y la seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado, que deben ser prestados conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esto implica una responsabilidad indelegable para el Estado, que no se altera por la facultad que le confiere al Parlamento de delegar la prestación de servicios en entidades privadas, sobre las cuales existe un deber de vigilancia y control y quienes deben asumir la prestación de los servicios de salud con criterios de responsabilidad social.

En Belice, la situación de SSR muestra que es inaplazable la implementación de una política integral que logre modificar indicadores que siguen siendo muy preocupantes. Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de SSR son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales. Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas garífunas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en contexto específico. Para modificar estas ideas asociadas a la sexualidad y la reproducción, la sola divulgación de información ha demostrado ser insuficiente, por lo que se requieren mecanismos capaces de lograr la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para mejorar la SSR de manera que tengan sentido para las personas individualmente y en términos de convivencia social.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la SSR están asociados a debilidades en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y limitaciones de las posibilidades de acceso, así como en la institucionalización de prácticas que en algunos casos hacen que la atención sea fragmentada y que, por lo tanto, carezca del componente de integralidad

esencial para garantizar un servicio adecuado. Otro factor que afecta la gestión es la falta de conocimiento o de unidad de criterios en la interpretación de las normas, la falta de apropiación de las mismas y la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción en los casos en que se omite su aplicación. En el nivel territorial, es necesario fortalecer la formación del recurso humano y los mecanismos de asistencia técnica, apoyar los procesos de evaluación de las entidades que hacen parte del SGSSS en cada distrito y consolidar espacios de coordinación entre las entidades aseguradoras y los entes territoriales. De la misma manera, las IPS deben fortalecer los mecanismos de formación del recurso humano en la normatividad vigente y mejorar los sistemas de información relativos a la implementación del Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) para la vigilancia en salud pública. Los mecanismos de control de costos en ocasiones ponen en peligro la calidad de las acciones y responden a problemas de desarticulación entre los niveles directivo y técnico y al bajo desarrollo de habilidades de gestión.

Estas condiciones dificultan la realización de acciones en el área de SSR en condiciones de equidad y calidad y se convierten en factores que amenazan el cumplimiento de metas desde la oferta de los servicios. En un área que involucra tantos aspectos de la vida de las personas como la SSR, las estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial adquieren una importancia crucial para garantizar el cumplimiento de las obligaciones del Estado. La ausencia o debilidad de los mecanismos de coordinación se traduce en duplicación de esfuerzos, desarticulación de acciones y, en general, en menores niveles de eficacia en las intervenciones. Por esta razón, la implementación exitosa de la política en SSR exige la generación de alianzas estratégicas y la potencialización de los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado alrededor de agendas comunes.

Asimismo, en el campo de la SSR resulta relevante fortalecer las redes sociales significativas para las distintas personas, las cuales, por diversas razones tales como el parentesco, la importancia de compartir experiencias con pares en ciertas

etapas de la vida, la movilización a la hora de una emergencia, entre muchas otras, terminan convirtiéndose en agentes importantes a la hora de la realización de acciones que demanden información y apoyo, en el contexto de la confianza y la solidaridad. En términos generales, es necesario que en nuestro país estas redes sean potenciadas ya que su accionar informado y oportuno puede, en muchos casos, contribuir al logro de las metas propuestas, mientras que su debilitamiento puede en unos casos incluso entorpecer el desarrollo de acciones propuestas desde las diferentes instancias estatales y gubernamentales.

La investigación cuantitativa y cualitativa en SSR, desde el punto de vista estadístico y de indicadores, biomédico y tecnológico así como socioeconómico y cultural, debe ser la principal herramienta para la toma de decisiones sobre criterios de intervención y acciones. A pesar de que se han adelantado estudios en este tema, hay vacíos importantes de información y de confiabilidad de los datos que señalan la urgencia de estimular los esfuerzos de investigación en todas las áreas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Finalmente, la SSR está afectada por factores de inequidad asociados a la mayor carga que enfrentan las mujeres en los eventos reproductivos debido a la baja participación de los hombres y a la falta de control social derivada de la poca participación y la ausencia de empoderamiento de las/os usuarios de los servicios. Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y, por lo tanto, las áreas que deben ser prioritariamente atendidas son el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, la falta de servicios de atención integral para adolescentes y el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas.

A pesar de que éstas son las áreas de intervención prioritarias para el desarrollo de la presente política, no debe desconocerse que existen otros temas importantes para la SSR que deberán abordarse de acuerdo con las necesidades y características de las diferentes regiones del país.

El embarazo no planeado no es un problema exclusivo de la población adolescente garífuna. Más de la mitad de las mujeres embarazadas (el 52%) reporta no haber deseado el embarazo en ese momento. Las diferencias más significativas entre la tasa de fecundidad observada y la deseada se presentan en las zonas rurales, en las regiones Sur y Oeste, entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las mujeres desplazadas. Estas cifras sugieren problemas en el acceso, la utilización, apropiación y continuidad de los métodos de planificación familiar, y significan un costo elevado en términos de salud y calidad de vida, en la medida en que los embarazos no planeados pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro.

Es necesario, por lo tanto, diseñar mecanismos para divulgar información confiable sobre las características, ventajas y desventajas de los distintos métodos, y posicionar las decisiones sobre la reproducción como parte del proyecto de vida de cada persona.

También es importante estimular la responsabilidad y participación de los hombres garífunas en el control de la fecundidad, así como favorecer condiciones para la toma de decisiones, individuales y de pareja, libres e informadas frente a la reproducción, diseñar mecanismos para superar los prejuicios culturales frente a la prescripción de anticonceptivos y promover la orientación y la información sobre la doble protección.

Las/os adolescentes garífunas están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana. Al mismo tiempo hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres (17% en 1995 y 19% en el 2000), porcentaje que es considerablemente superior entre las adolescentes de las zonas rurales (26%) y aún mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (30%). El embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades

de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas. El embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza.

El factor más fuertemente relacionado con el aumento de la fecundidad entre la población de adolescentes garífunas es el bajo nivel de escolaridad (que a su vez está asociado a condiciones de pobreza): las adolescentes garífunas sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo mucho antes que las que tienen algún nivel de escolaridad. El otro factor asociado al embarazo adolescente es el lugar de residencia: las jóvenes de las zonas rurales tienden a tener relaciones sexuales e hijos más temprano que las de las zonas urbanas.

Así mismo, entre las jóvenes en situación de desplazamiento el embarazo precoz es cada vez más común, bien sea como producto de condiciones de vivienda muy precarias que favorecen las relaciones sexuales, o como alternativa de proyecto de vida, caso en el que se trata de una decisión tomada con información y condiciones para el ejercicio de la autonomía individual muy precarias. Los programas de promoción y prevención y los servicios destinados a la población general no responden a las necesidades específicas de los/las jóvenes. La población adolescente requiere acciones de promoción de SSR específicamente diseñados para ella, con su participación e involucrando las redes sociales de pares, educadores y familia, entre otras, así como servicios de atención integrales que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital. Los/las adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra ITS y VIH/SIDA, y para vincularlos a programas específicos según sus necesidades.

Con la población adolescente garífuna es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas hacia el estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital.

La prevalencia de ITS tales como la sífilis, la infección gonocócica y la trichomoniasis urogenital, se encuentran por encima de los promedios mundiales. La tasa de incidencia de la sífilis congénita es de 0.95 por 1.000 nacidos vivos, pero se estima que la cifra esconde un sub registro muy alto. La hepatitis B y el herpes genital muestran una clara tendencia al aumento.

La incidencia del VIH/SIDA ha aumentado en grupos de población distintos a los tradicionalmente considerados como de riesgo o vulnerabilidad, particularmente jóvenes y mujeres garífunas, además de homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres. Entre 2000 y 2004, la proporción de infectados pasó de 47 a 7 hombres por mujer. Esto revela la necesidad de desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad, que incluyan no solamente la divulgación de información sobre los medios de transmisión de la enfermedad, sino que apunten a la modificación de los factores de riesgo o vulnerabilidad y que estimulen el uso del condón como el método de protección más eficaz contra las ITS y el VIH. Igualmente, la prevención de ITS y VIH exige la continuidad y calidad de los controles prenatales y el acceso a las pruebas de diagnóstico de personas distintas a las tradicionalmente consideradas en riesgo de adquirir alguna de estas enfermedades, incluyendo a las mujeres embarazadas.

Desde el punto de vista de la salud pública, numerosos estudios demuestran que la violencia doméstica y sexual está íntimamente relacionada con problemas de SSR tales como alteraciones ginecológicas, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y enfermedad

pélvica, sin contar los costos para el sistema de salud directamente producidos por las atención de las lesiones y los costos laborales y económicos para la persona lesionada y para la sociedad. Por otra parte, quienes viven una relación abusiva frecuentemente tienen dificultades para rechazar las relaciones sexuales que no desean, para negociar el uso del condón o para utilizar otros métodos anticonceptivos y, por lo tanto, están en riesgo de embarazos no planeados y de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Esta política nacional de salud sexual y reproductiva adopta como principios que la inspiran y orientan, el enfoque según el cual los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, la búsqueda de la equidad (particularmente en términos de género y de justicia social), el principio de la igualdad de trato y de oportunidades (concepto que incluye el tratamiento diferenciado de las necesidades especiales), el empoderamiento, la intervención focalizada, y la concepción de la salud como servicio público que debe ser prestado con criterios de calidad, eficiencia, universalidad y solidaridad.

Además de lo expresado antes respecto al contenido de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos fundamentales, la concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos implica el reconocimiento de su carácter de universales, intransferibles e inalienables y la obligación del Estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio.

Los factores de inequidad más claramente asociados a la SSR tienen que ver con la situación de desventaja que muestran los elementos del diagnóstico para los sectores de la población más pobre, de menor nivel de escolaridad, sin cobertura del SGSSS, habitantes de las zonas rurales, mujeres y, muy especialmente, para la personas en situación de desplazamiento o habitantes de las zonas de conflicto. Para estas personas todos los riesgos asociados con la sexualidad y la reproducción son mucho mayores que para el resto de la población. Por lo tanto, mejorar las condiciones de acceso y la calidad de los servicios y la información

contribuirá a superar un factor de inequidad, lo cual es un elemento importante en la búsqueda de la justicia social.

De otro lado, la política también aborda las inequidades derivadas de las desigualdades en las relaciones entre los sexos, asociadas principalmente con la mayor carga que enfrentan las mujeres en la división sexual tradicional de las tareas sociales, la baja participación de los hombres y la precariedad de las habilidades de negociación de ambos sexos en los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

En el mismo orden de ideas, el empoderamiento debe entenderse en dos sentidos: por un lado, el empoderamiento de las mujeres encaminado hacia la construcción de relaciones entre los sexos más equitativas que permitan la toma de decisiones autónomas y en igualdad de condiciones con los hombres, teniendo en cuenta que las mujeres enfrentan inequidades en este sentido que tienen repercusiones no sólo en el acceso real y la calidad de los servicios sino también en el poder para participar en el sector. El empoderamiento de las mujeres y la consecuente mejora en su situación económica, social y cultural, son elementos indispensables para el desarrollo. El empoderamiento de las mujeres debe ir acompañado del estímulo a la participación de los hombres en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y, en general, con las responsabilidades domésticas y frente a la crianza de los hijos. El segundo sentido del empoderamiento se refiere a la cualificación de la demanda, es decir, a los mecanismos para dotar a las/os usuarios de los servicios de salud de las herramientas necesarias para exigir y hacer cumplir sus derechos y para asumir la responsabilidad individual y social frente al cuidado de la salud.

Las acciones para desarrollar la política de SSR deben priorizarse con base en criterios de focalización que contribuyan a la equidad y a la justicia social. Por lo tanto, deben implementarse acciones que tengan en cuenta las características y necesidades específicas de las zonas donde los indicadores muestran condiciones de vida más precarias, como las zonas rurales, las zonas de conflicto armado y las zonas marginales urbanas. Así mismo, las intervenciones deben priorizar a las

personas con menores niveles de escolaridad, las desplazadas, los jóvenes y, en general, la población en condiciones de pobreza.

Además de los criterios de calidad para la prestación de servicios de salud desarrollados en el Decreto 2309 de 2002, la calidad en la prestación de servicios de SSR debe considerar elementos tales como la confidencialidad, la formación adecuada del recurso humano, no sólo en los aspectos médicos, técnicos, de seguridad, de sistemas de referencia y contrarreferencia y normativos sino en habilidades de comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género y condiciones que les permitan a los usuarios y usuarias la toma de decisiones informadas.

Estos criterios son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

La garantía de calidad incluye, además, el criterio de integralidad que se refiere al acceso a la totalidad de los servicios requeridos sin fragmentar la atención y teniendo en cuenta particularidades y necesidades específicas de los/las usuarios/as según su ciclo vital, sexo, contexto sociocultural o cualquier otro factor que exija adecuar la prestación de servicios a condiciones especiales.

Las siguientes estrategias apuntan a resolver los principales problemas de SSR en Belice. Todas contemplan el desarrollo de acciones que confluyen en la promoción de la salud y la prevención y la atención de la enfermedad en el contexto de relaciones adecuadas de costo efectividad y con el objeto de proteger la salud individual y pública. Para la implementación de esta política por los diferentes actores del SGSSS, es fundamental realizar un análisis focalizado que contemple las particularidades de las regiones, la población y sus características, las condiciones de prestación de los servicios y el papel que desempeñan otros sectores implicados en la consecución de las metas así como las intervenciones en otros temas que puedan ser relevantes.

La implementación de las estrategias en los diferentes niveles de intervención (nacional, departamental y municipal) debe realizarse de acuerdo con las

competencias y responsabilidades de cada uno de ellos establecidas en la Ley 715 de 2001. En concordancia con esta ley, el nivel nacional establece la normatividad necesaria para el desarrollo de las líneas de acción, ofrece asistencia técnica a los entes territoriales en cada una de las temáticas prioritarias de la política de SSR y realiza el control de las acciones realizadas en la población. A su vez, las entidades departamentales formulan los planes, programas y proyectos que desarrollen cada una de las temáticas de SSR en armonía con las metas nacionales y adecuando tales disposiciones a las prioridades de cada departamento, asesora a los municipios en los aspectos técnicos y operativos necesarios y vigila el desarrollo de las acciones en la población. Los municipios desarrollan los planes, programas y proyectos en las áreas priorizadas en la política de SSR en la población de su jurisdicción de conformidad con las prioridades nacionales y departamentales, vigilan la acción coordinada de los prestadores y aseguradores el cumplimiento de las mencionadas líneas de acción.

La promoción de la salud, entendida como la creación de las condiciones que hacen viable la salud, puede llevarse a cabo mediante estrategias de IEC. En este caso se trata de planear, implementar y evaluar acciones para generar o desarrollar competencias cognitivas y sociales en los individuos y los colectivos en el marco en el campo educativo, competencia se define como la capacidad de pensar, ser y actuar frente a una tarea específica en un contexto dado. Las competencias que desarrolla un individuo pueden ser de dos tipos: las cognitivas, que tienen que ver con el ámbito del desarrollo intelectual, y las sociales que tienen que ver con el campo de la relación con los del logro y mantenimiento de la salud. Para lograr la promoción de la SSR mediante estrategias de IEC es necesario realizar acciones contextualizadas y coherentes con las prioridades establecidas y no de implementar medios aislados que poco se compadecen de las características del público al que están dirigidas y de su necesidad de pensar, actuar y ser en este contexto.

La promoción de la SSR mediante estrategias de IEC se constituye en una línea de intervención especialmente útil ya que mediante el desarrollo de las competencias cognitivas y sociales que éstas promueven es posible sensibilizar y movilizar a los individuos, creando así un clima propicio para el cambio. Para promover la salud mediante acciones de IEC es importante tener en cuenta la construcción de escenarios simbólicos que anticipen la experiencia que más tarde se reproducirá en el mundo real y sacar el tema de la SSR del ámbito de lo privado convirtiéndolo en un tema de interés y debate público.

La coordinación intersectorial e interinstitucional es un medio para que todos los actores del Estado y de la sociedad civil que tienen responsabilidades y competencias en el tema de la SSR asuman un papel activo en función de una agenda común cuyo objetivo es que la población se beneficie de las intervenciones planteadas en los diferentes campos que tienen que ver con la SSR. Para que dicha coordinación sea eficiente y efectiva es necesario crear espacios de discusión, encuentro y trabajo conjunto con estos actores mediante alianzas estratégicas tanto para las acciones del orden nacional como para las territoriales y locales, y favorecer las alianzas entre los diferentes actores del SGSSS. En el ámbito de la coordinación interinstitucional e intersectorial es importante promover canales de comunicación con otras naciones y organizaciones, en lo que se refiere a cooperación técnica, logística o financiera contextualizada en las líneas de acción prioritarias del país.

En el SGSSS existen varios actores que tienen a su cargo diferentes funciones que apuntan hacia un objetivo común. Del accionar apropiado de cada uno de ellos depende la consecución de la misión general del sistema: fomentar, obtener y mantener la salud de la población. El concepto de gestión abarca todas las acciones que se realizan tanto al interior de las instituciones como las relaciones que éstas otros/otras. Como se deduce de la definición de competencia que aquí se da, el desarrollo de una competencia determinada involucra los diferentes aspectos del ser: su capacidad de pensar, su actitud y sus prácticas establecen con otras y las que deben realizarse en conjunto en función de un objetivo

determinado. Las acciones que se emprenden en las instituciones para mejorar su funcionamiento, ejercer sus competencias y asumir sus responsabilidades forman parte de la estrategia de fortalecimiento de la gestión institucional. Con esta premisa se identifican, entre otros, algunos aspectos específicos: en el marco normativo general se requieren propuestas de formulación o reforma de la legislación (planes de beneficios, ampliación de cobertura en población vulnerable, vigilancia y el control, entre otros). En el campo del seguimiento y la vigilancia es necesario implementar conjuntamente con los entes de control acciones concretas que refuercen la responsabilidad de las entidades y permitan evaluar su gestión en SSR. En el contexto del desempeño de las acciones de SSR con características de calidad, se plantean mecanismos de evaluación que permitan brindar incentivos de diversos tipos y reconocimiento a las entidades aseguradoras o prestadoras de servicios y a las entidades territoriales, que muestren indicadores de gestión en SSR exitosos y que generen en el sector acciones de mejoramiento continuo y búsqueda de la excelencia.

También es necesario que la gestión ineficiente sea objeto de las sanciones previstas en la normatividad de los entes de control y que, además, se implementen otros mecanismos que involucren el conocimiento público del desempeño y se genere control social para que los usuarios puedan tomar decisiones informadas y mejor fundamentadas sobre su atención.

En los Distritos, las acciones se dirigen a desarrollar la capacidad para analizar las situaciones y proponer soluciones específicas, y proporcionar asistencia técnica y ejercer la vigilancia y control en su departamento con base en un adecuado sistema de información que permita la toma de decisiones de manera oportuna y acertada. De igual manera, la vigilancia en salud pública se convierte en herramienta indispensable para la identificación y el direccionamiento de las acciones prioritarias en SSR en cualquiera de los niveles de decisión. Las EPS y ARS deben priorizar el desarrollo de acciones que han comprobado su costo-efectividad y que permiten en el mediano y en el largo plazo obtener un mejor estado de salud para la población.

Para ello, es preciso replantear los mecanismos administrativos de prestación de los servicios, la contratación, las estrategias de contención de costos y la calidad de las acciones modificando su enfoque en beneficio del usuario/a. La red de prestadores de servicios de salud debe fortalecer la infraestructura, la capacidad logística, los procesos y el recurso humano idóneo para la adecuada y segura oferta de las intervenciones.

Dada la organización actual del SGSSS en Belice y su esquema de funcionamiento, fortalecer la participación de la sociedad civil de acuerdo con sus competencias y responsabilidades se convierte en una tarea prioritaria para implementar exitosamente todas las acciones que tengan que ver con los diferentes aspectos de la SSR entendidos como derechos humanos y como servicios públicos.

Fortalecer la participación ciudadana en el SGSSS tiene que ver con empoderar a las ciudadanas y los ciudadanos para que en el momento de hacer elecciones en el juego democrático y de economía de libre mercado consideren la salud como variable prioritaria en el desarrollo personal y social. Este empoderamiento sólo puede darse mediante la comprensión de que la salud es un derecho humano y un servicio público, así sea prestado por entidades privadas, la comprensión y apropiación de la forma en que el sistema funciona y la asunción de las responsabilidades que cada quien tiene frente al cuidado de su propia salud. Por supuesto, esto está atravesado por la disponibilidad por parte de los usuarios y usuarias de elementos de juicio que les permitan evaluar el Sistema y la prestación de servicios de cara a sus necesidades y los satisfactores adecuados a éstas, en el contexto del fortalecimiento de la capacidad de demanda. Específicamente, participar en el SGSSS tiene que ver con ejercer las acciones propias del control social, en el entendido de que éste comprende una serie de mecanismos y acciones que facilitan el ejercicio responsable de los derechos y deberes ciudadanos de acceder a la información, tomar parte en las decisiones que los afectan y aportar para la construcción colectiva de lo público. En términos concretos, todo lo anterior se traduce en la participación de los individuos y las

organizaciones en las ligas o asociaciones de usuarios/as y en los comités de salud de los niveles departamentales y locales.

En sentido amplio, las redes sociales de apoyo se refieren al conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, con quienes conversamos e intercambiamos señales que nos permiten dar o recibir apoyo social. Estas redes se basan en una serie de interacciones espontáneas que pueden ser descritas en un momento dado y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de prácticas más o menos formalizadas cuyo fundamento es la confianza y la solidaridad como elemento crucial para el intercambio. Las redes sociales trabajan en torno a intercambios no institucionalizados entre parientes, pares, vecinos y amigos, que permiten a los individuos o grupos hacer frente común a situaciones problemáticas. En términos generales, las redes sociales de apoyo comparten información, bienes y objetos materiales, tiempo y espacio entendidos como servicio, convivencia social, apoyo moral, amistad, compadrazgo, etc., y ayuda extraordinaria en situaciones especiales.

En el contexto de la promoción de la SSR y la prevención de los riesgos asociados al ejercicio no responsable de la sexualidad, potenciar las redes de apoyo social equivale a proporcionarles a sus integrantes elementos que les permitan generar discursos, actitudes y prácticas orientados a la vivencia de una vida sexual sana, placentera, responsable y libre. Las redes sociales de apoyo pueden utilizarse para transformar concepciones, significados, emociones y prácticas relacionadas con temas como la vivencia de sexualidad en los distintos momentos de la vida, el concepto de riesgo, las relaciones de poder y género, y la violencia doméstica, entre otros. Las redes también pueden brindar el apoyo necesario para acceder a los servicios de salud de manera oportuna y evitar la ocurrencia de complicaciones y muertes innecesarias.

La investigación en SSR debe servir de herramienta para la toma de decisiones políticas y técnicas y abarcar la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, la investigación biomédica y tecnológica, la investigación social,

económica y cultural que oriente sobre comportamientos, valores, relaciones de género, factores de riesgo y protectores, necesidades específicas, investigaciones sobre acceso y calidad de los servicios y evaluaciones de impacto y efectividad de los programas de promoción y prevención.

En la recolección, análisis y divulgación de datos se debe tener en cuenta la importancia de desglosarlos por sexo, edad y variables socio económicas que permitan identificar vulnerabilidades específicas, y análisis con perspectiva de género y de ciclo vital, así como relacionar las variables demográficas con aspectos tales como la pobreza, la zona geográfica, la educación y, en general, las condiciones de calidad de vida de las personas.

Para que la investigación sea una herramienta para la toma de decisiones debe divulgarse no sólo entre la comunidad científica y los niveles decisorios de los organismos del Estado, sino entre la sociedad en su conjunto. Esta caracterización de las redes sociales de apoyo se basa en la discusión presentada en el texto de Mario Bronfman.

Las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer garífuna un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a. Para ello, debe darse adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación, el parto y el puerperio, manejar de los riesgos asociados a la maternidad en la madre y el hijo/a y brindar tratamiento a todas las complicaciones que por factores biopsicosociales pueden surgir en este periodo.

Teniendo en cuenta que se presentan altas tasas de mortalidad materna en el país, la maternidad segura plantea acciones para reforzar en la población los beneficios de la captación temprana y la adherencia al control prenatal de la madre y su familia, así como las medidas de autocuidado que deben desarrollarse para el beneficio de la madre y el hijo/a. En concordancia con lo anterior se debe: Adelantar acciones para que las mujeres y hombres garífunas en edad fértil conozcan sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de consulta

preconcepcional, control prenatal, parto, puerperio y atención a menores de un año.

Las acciones principales de esta política de salud reproductiva busca fomentar el uso seguro y racional de los medicamentos en la gestante mediante estrategias dirigidas a los profesionales de la salud, droguistas, expendedores, distribuidores y la comunidad en su conjunto, así como advertir sobre los riesgos que implica la automedicación en la gestación.

En este campo se plantea el establecimiento de alianzas estratégicas para la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos dirigidos no sólo de los demandantes de servicios sino también, de manera especial, a los oferentes de los servicios. Las líneas de acción son:

Promover proyectos de educación formal, no formal e informal para que el personal de salud fortalezca sus competencias en lo que tiene que ver con la maternidad segura en el contexto del respeto por la mujer y sus decisiones. Se deben tener en cuenta la equidad de género en las responsabilidades que debe asumir el hombre en estos eventos, la asunción por parte del personal de salud de sus responsabilidades como servidores públicos y la sujeción a las normas técnicas de detección de alteraciones del embarazo, atención del parto y atención del recién nacido/a, posicionar entre la población la idea de que con controles adecuados y a través de la consulta oportuna es posible reducir los riesgos asociados a la maternidad.

Estas acciones deben estar especialmente dirigidas a los padres/madres y al personal de salud.

En consecuencia con esta estrategia deben realizarse acciones para:

Proponer cambios normativos que faciliten el acceso de toda la población a servicios de maternidad segura y de las madres y los recién nacidos asegurados y no asegurados a los diferentes niveles de complejidad según sea el caso y favorecer la identificación de los riesgos para diferentes grupos poblacionales y la

prestación de servicios de calidad en todas las regiones del país de acuerdo con las características culturales, étnicas y sociales de las diferentes poblaciones.

Se pretende mejorar la capacidad resolutive de la red de prestadores de servicios de primer nivel de complejidad mediante el fortalecimiento de la infraestructura y los servicios de transporte de emergencia, especialmente en las zonas de difícil acceso y con mayor mortalidad materna.

Las estrategias y acciones en cuanto a este tema tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a. En este campo las acciones están dirigidas a que los hombres y las mujeres en edad fértil se apropien de sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de planificación familiar en el contexto de la inducción de la demanda temprana de dichos servicios. Es de especial interés que en este tema se realicen acciones específicamente dirigidas a los y las adolescentes y a hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad y que se centren en el autocuidado en términos de controlar el número de hijos/as y el espaciamiento entre ellos.

Los hombres conozcan los métodos de planificación familiar específicamente diseñados para ellos y desarrollen actitudes y prácticas de autocuidado en este sentido. En este campo es prioritario trabajar sobre los mitos culturales en torno a la planificación familiar, detectados mediante encuestas de comportamiento, que impiden el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Otro campo de aplicación de la política de salud reproductiva consiste en la doble protección entre hombres y mujeres en edad fértil, con especial énfasis en los adolescentes y en los hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad promoviendo en la población masculina, la anticoncepción con métodos de

barrera, entendida como una responsabilidad individual que no sólo se circunscribe a la mujer, así mismo se pretende incluir la participación del hombre en las decisiones relacionadas con la planificación familiar en el contexto del respeto por las decisiones que cada uno de los miembros de la pareja tome en este sentido.

Para el desarrollo de esta estrategia es necesario promover alianzas estratégicas con el sector educativo formal, no formal e informal, con especial énfasis en los medios masivos de comunicación para: Propiciar cambios de actitud con base en información confiable en la población escolarizada y no escolarizada sobre diferentes métodos de planificación familiar, entre ellos la abstinencia sexual y el retardo de la edad de inicio de relaciones genitales.

Por medio de foros de debate y participación ciudadana desarrollar competencias para decidir el número de hijos/as que se quiere tener y el espaciamiento entre ellos, como decisión que compete a ambos miembros de la pareja. Igualmente, debe enfatizarse que la utilización o no de métodos de planificación familiar es una decisión que se mueve en el ámbito de la autonomía y la responsabilidad personal y social, en el contexto del proyecto de vida que cada cual escoge para sí.

Esto va relacionado con fortalecer la capacidad operativa, técnica y de gestión de las instituciones y entidades territoriales responsables de la prestación de los servicios para identificar y solucionar puntos críticos que limitan la accesibilidad y oportunidad del suministro de métodos de planificación familiar, diferenciando por zona geográfica y grupo étnico o poblacional.

Se diseñarán modelos de atención que garanticen la integralidad, accesibilidad y continuidad en el proceso de consejería y suministro de métodos de planificación familiar, con especial énfasis en poblaciones con factores de vulnerabilidad promoviendo los cambios normativos necesarios para incluir, con criterios de costoefectividad, diversos métodos de planificación dirigidos a hombres y mujeres

en los planes de beneficios de la población asegurada y para garantizarlos en la población no asegurada.

El Ministerio de Salud establecerá los mecanismos idóneos para la adquisición de los medicamentos anticonceptivos e insumos en las IPS que prestan servicios de planificación familiar a población asegurada y no asegurada.

Otro aspecto importante en este punto es la capacitación del recurso humano en salud en los métodos de anticoncepción de emergencia, disponer de los mismos para que sean suministrados cuando existan indicaciones para su formulación e implementar acciones de canalización hacia la consejería de planificación familiar así como incluir en las actividades de planificación familiar la consulta preconcepcional como estrategia efectiva para el tratamiento de patologías previas a la gestación, con especial énfasis en sífilis.

Para dicha actividad es necesario desarrollar modelos de vigilancia epidemiológica mediante la verificación del cumplimiento de metas en los servicios de planificación familiar utilizando los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) generados en las IPS, y diseñar e implementar métodos alternativos de evaluación rápida de coberturas que permitan tomar decisiones y reorientar acciones.

Una estrategia es fortalecer las acciones de vigilancia y control, en el nivel territorial y nacional, tanto en el seguimiento de las normas técnicas vigentes para la planificación familiar como de la conveniencia de los mecanismos operativos seguidos por las instituciones responsables para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la aplicación de los métodos anticonceptivos. En este campo se han priorizado las siguientes acciones, las cuales deben centrarse en las organizaciones de participación social y comunitaria: Presentar el tema de la planificación familiar en asociaciones y ligas de mujeres para que demanden planes, programas, proyectos, servicios y métodos eficaces y eficientes de planificación familiar que tengan en cuenta las diferentes características de los

grupos poblacionales vulnerables, promover en los hombres la planificación familiar como parte del autocuidado que debe existir en relación con el número de hijos/as y su espaciamiento, empoderar a las mujeres para que tomen parte activa en las decisiones sobre los métodos de planificación familiar en la consejería que se brinda en servicios de salud.

Una vez identificadas las redes sociales de apoyo las acciones deben enfocarse a que: Los hombres garífunas desarrollen actitudes y prácticas de autocuidado relacionadas con la anticoncepción, las mujeres garífunas transformen creencias erróneas acerca de las consecuencias de aplicar algunos métodos de planificación familiar y accedan a consejería de planificación familiar en servicios de salud asesorados por garífunas con mayor experiencia en conocimientos reproductivos y sexuales.

Para lograr estos cometidos es indispensable promover investigaciones sociales para implementar estrategias efectivas que cambien actitudes y prácticas erróneas en hombres y mujeres frente a la planificación familiar, desarrollar proyectos de investigación en las instituciones prestadoras de servicios que permitan conocer las condiciones de accesibilidad, continuidad y calidad de los servicios prestados en planificación familiar, llevar a cabo investigaciones que permitan identificar barreras de acceso en los usuarios (geográficas, grupos étnicos, socioculturales, entre otras) para la implementación de las acciones.

La SSR de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Las líneas de acción en las diferentes estrategias son:

En este campo es de especial importancia llevar a cabo acciones de IEC que involucren no sólo a los y las adolescentes sino a las redes sociales, de la sociedad civil e institucionales de las que ellos hacen parte (pares, padres y madres de familia, docentes, organizaciones juveniles, etc.). Las acciones para adolescentes deben tener en cuenta las características específicas de este grupo

poblacional en términos de sus necesidades y los satisfactores apropiados a éstas, las implicaciones psicológicas y sociales inherentes a este periodo, y su experiencia y, por ello, deben involucrarlos no sólo como receptores sino como formuladores, en el contexto de la construcción de un proyecto de vida autónomo, responsable, libremente escogido, satisfactorio y útil para ellos mismos y para la sociedad. Con base en lo anterior, en el campo de la promoción de la SSR mediante estrategias de IEC se plantea la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos dirigidos a que los y las adolescentes, especialmente de las poblaciones más vulnerables y con énfasis tanto en los hombres como en las mujeres garífunas para que se lleven a cabo acciones de autocuidado centradas en la doble protección que demanden métodos anticonceptivos adecuados a sus condiciones y desarrollen capacidades de negociación con su pareja sobre el método anticonceptivo y de protección que se elige en un momento dado.

De esta forma se asume que la sexualidad y la reproducción y la forma en que éstas se viven están determinadas por condicionamientos culturales y sociales que es posible deconstruir en el marco del proyecto de vida que cada quien elige para sí.

En desarrollo de esta estrategia se plantea el establecimiento de alianzas estratégicas para la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos de formación inicial y en servicio, mediante acciones de educación formal, no formal e informal, dirigidas a los oferentes y demandantes de servicios de SSR y a las redes de las que hacen parte los y las adolescentes. Estas alianzas estratégicas deben dirigirse a la formulación conjunta de currículos para el desarrollo de competencias comunicativas y de gestión en los estudiantes de profesiones de la salud en el campo específico del trabajo con los adolescentes. Estas competencias deben seguir desarrollándose mediante acciones de formación continuada.

La revisión de los contenidos de los libros de educación sexual que se utilizan en las instituciones con miras a que sus contenidos sean precisos y estén libres de perspectivas moralistas sobre la SSR y proponer la implementación de una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana por parte del recurso humano que trabaja en las IPS y los educadores y educadoras sexuales.

El siguiente objetivo de esta política de salud reproductiva es la implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de los adolescentes así como la participación activa de los y las adolescentes y los padres y madres de familia en la formulación y seguimiento a los proyectos de educación sexual que se llevan a cabo en las instituciones escolares de educación básica y media.

Un punto importante a destacar es la formación de los diferentes miembros de la comunidad educativa (directivos, docentes, padres/madres de familia y estudiantes) en actitudes y prácticas de educación sexual para la creación de un clima de confianza y diálogo entre padres/madres de familia e hijos/hijas, para la prevención del embarazo precoz y para la toma de decisiones informadas en lo que se refiere al inicio temprano de relaciones sexuales y la interacción sexual con diferentes parejas.

La generación de proyectos dirigidos a la comunidad en su conjunto, con especial énfasis en las organizaciones de adolescentes, sobre temas relacionados con la educación sexual que involucren como formadores a los adolescentes mismos, a los padres/madres de familia y a diferentes miembros de la comunidad. Los temas discutidos y promovidos deben tener en cuenta los lineamientos generales sobre educación sexual emanados del Ministerio de Educación y hacer hincapié en el fortalecimiento de las capacidades de negociación en la relación de pareja mediante la comunicación abierta y directa.

El fortalecimiento de la gestión institucional en cuanto a la SSR de los adolescentes garífunas está dirigido a la reorientación de los servicios para que

realmente sean útiles a este grupo poblacional diseñando mecanismos operativos para que los servicios de SSR se realicen de manera eficaz evitando oportunidades perdidas canalizando a los y las adolescentes garífunas hacia los programas que se ofrecen para ellos a través de otros servicios de salud, con el fin de realizar la consejería y el ingreso a las actividades de promoción de la SSR.

Es indispensable para la correcta aplicación de la promoción de la SSR formar a los y las prestadores de servicios de salud en el abordaje adecuado en los momentos de encuentro con los y las adolescentes con el fin de mantenerlos adheridos a los programas de SSR dirigidos a ellos promoviendo mecanismos para facilitar el acceso de los y las adolescentes a medios anticonceptivos apropiados y disponiendo de métodos de anticoncepción de emergencia para suministrar cuando existan indicaciones para su formulación y realizar acciones de canalización hacia los servicios de SSR en población adolescente para el establecimiento de métodos eficaces y seguros.

Fortaleciendo las acciones de vigilancia y control en el nivel territorial y nacional en lo relacionado con el seguimiento de las normas técnicas vigentes, haciendo especial énfasis en los mecanismos operativos empleados para brindar la consejería y garantizar el suministro oportuno y continuo de los métodos anticonceptivos elegidos.

Las estrategias y líneas de acción en cuanto al fortalecimiento de la participación de las/los adolescentes deben centrarse en facilitar el acceso y promover la participación cualificada de los y las adolescentes como individuos o como parte de organizaciones juveniles en las asociaciones y ligas de usuarios que funcionan en torno a las EPS y ARS o en los comités de salud distritales empoderando a los y las adolescentes garífunas para que demanden, a través de sus organizaciones, el cumplimiento de las normas del POS para adolescentes en el tema de SSR.

Al promover las responsabilidades de los adolescentes en cuanto al autocuidado, con especial énfasis en la doble protección identificando las redes sociales de

apoyo de los/las adolescentes que existen en las diferentes comunas y/o localidades y en las instituciones escolares, entre otros, para ofrecerles programas de educación integral y de servicios centrados en la promoción de la salud sexual y reproductiva, la doble protección, la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones sexuales y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Al sensibilizar a la población en su conjunto, mediante acciones masivas de comunicación, sobre la importancia de las redes sociales de apoyo de adolescentes garífunas para enfrentar situaciones como el embarazo precoz y la transmisión de ITS y VIH al posicionar entre la población adolescente el papel que pueden cumplir sus redes sociales de apoyo en la promoción de acciones de autocuidado personal y colectivo.

Para lograr estos planteamientos se pretende realizar investigaciones cualitativas sobre el comportamiento de los y las adolescentes garífunas frente a temas como el embarazo precoz y las ITS, VIH-SIDA realizando investigaciones cuantitativas y cualitativas para establecer las causas de la baja participación de los y las adolescentes en las ligas de usuarios y comités de salud.

Evaluando la percepción de los y las adolescentes sobre las acciones de educación y comunicación en SSR dirigidas a ellos se pueden realizar investigaciones que permitan adecuar los servicios de SSR a las necesidades específicas de los y las adolescentes llevando a cabo investigaciones tendientes a detectar las redes de apoyo de los adolescentes en diferentes localidades y comunas, espacios escolarizados, barrios y veredas, entre otros.

En este campo las acciones priorizan el cambio de comportamientos en mujeres y hombres garífunas en relación con el autocuidado y la prevención de factores de riesgo, y la demanda de la CCV. En este sentido deben realizarse acciones para que las mujeres garífunas en diferentes etapas de su ciclo vital asuman actitudes de autocuidado en la prevención del contagio con Papiloma Virus Humano (VPH)

como factor de riesgo para esta neoplasia y demanden la CCV como principal medio de diagnóstico para la detección del cáncer de cuello uterino, los hombres garífunas conozcan las medidas de autocuidado que deben tener en relación con la transmisión de VPH y su relación con el cáncer de cuello uterino en las mujeres.

El trabajo en este campo comprende acciones dirigidas no sólo a las poblaciones vulnerables sino a toda la población en su conjunto, relacionadas con la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, el acceso de la población a la detección y el tratamiento adecuado de las ITS y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.

En desarrollo de esta estrategia, se plantea la formulación, desarrollo y evaluación de acciones de IEC con especial énfasis en las poblaciones más vulnerables y que tengan en cuenta a las organizaciones sociales que trabajan con VIH-SIDA para que se empodere a hombres y mujeres para que utilicen el condón como herramienta de comprobada eficacia para la protección contra las ITS incluido el VIH. En este caso debe trabajarse en el contexto de la responsabilidad y la escogencia de un proyecto de vida con el que cada quien se sienta satisfecho/a.

Es de suma importancia la difusión de los resultados de investigaciones sobre incidencia y mecanismos de transmisión de ITS, VIH-SIDA en diferentes grupos poblacionales, con miras a focalizar las acciones que se lleven a cabo y promover acciones de autocuidado específicas para diferentes poblaciones.

Las estrategias sugeridas son dirigidas para que en las instituciones de educación básica y media se contemplen proyectos que promuevan estilos de vida saludables y proyectos de educación para una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana basada no sólo en la genitalidad sino en todos los elementos psicosociales que la configuran.

Para lograr esta premisa es importante que los trabajadores de los servicios de salud y los y las educadoras sexuales derrumben barreras de comportamiento

frente a la prevención y atención de ITS, VIH y SIDA o de las personas reactivas al VIH o viviendo con SIDA.

Una propuesta complementaria a la política de salud reproductiva es la formación de multiplicadores comunitarios para que lleven a cabo actividades de educación no formal e informal centradas en la promoción de una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana. En este caso debe trabajarse de acuerdo con los lineamientos sobre educación sexual emanados del Ministerio de Educación y de Salud.

Una propuesta del Ministerio de Educación es realizar proyectos de educación no formal e informal para que las organizaciones sociales y muy especialmente las organizaciones de adolescentes, de mujeres y de homosexuales fortalezcan prácticas en lo que tiene que ver con la prevención de la transmisión de ITS-VIH y la convivencia con las personas reactivas al VIH o viviendo con SIDA.

Fomentando el diagnóstico temprano de la infección por VIH/SIDA mediante la promoción de la prueba voluntaria y con consentimiento informado. Esto implica fortalecer los servicios de asesoría pre-prueba y post-prueba para garantizar la decisión libre e informada de los consultantes, con especial énfasis en los jóvenes, las mujeres embarazadas o en consulta preconcepcional y en los padres de los futuros niños/as y reforzando las medidas de control de la red nacional de bancos de sangre con el fin de garantizar el suministro de sangre segura a toda la población que lo requiera.

Si fortalecemos los procesos de asistencia técnica y comunicación específicos para el personal de salud y las EPS, ARS e IPS para que faciliten el acceso al diagnóstico y tratamiento del VIH-SIDA, se implementen planes de bioseguridad y se garantice sangre segura. Al implementar el Plan de Eliminación de Sífilis Congénita en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y vigilar el seguimiento de las normas técnicas de detección de las alteraciones del embarazo y atención del parto y del recién nacido/a.

Así mismo se debe incluir en los planes locales de salud y en los PAB estrategias y actividades de tipo colectivo que apunten a la prevención de las ITS, VIH/SIDA, teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos, las encuestas de comportamiento y los factores de vulnerabilidad identificados para cada grupo en particular promoviendo los mecanismos necesarios para facilitar el acceso a los medicamentos antirretrovirales mediante la adquisición de los mismos a gran escala y a menor precio con miras a mitigar el impacto del diagnóstico reactivo para VIH. Los servicios de salud deben acoger las recomendaciones técnicas expedidas por el Ministerio de Salud para garantizar la atención integral y de calidad de los pacientes afectados realizando acciones de formación inicial y en servicio dirigidas al personal de salud para que modifique sus actitudes y prácticas en cuanto a la importancia de ordenar pruebas independientemente de sus preconceptos sobre quiénes pueden estar en riesgo de haber sido infectados. Existen métodos de interrogatorio y protocolo clínicos que permiten concluir en qué casos se hace necesario ordenar pruebas de detección de ITS y VIH.

El personal médico del Ministerio de Salud apoyara a las organizaciones públicas y privadas que trabajan en el tema de VIH/SIDA para que participen de forma activa en las asociaciones y ligas de usuarios de las EPS y ARS y en los comités de saludes departamentales y locales.

Dicha participación debe estar orientada a exigir servicios de atención integral centrados en el acceso a la prueba para el VIH, a la demanda de información epidemiológica y a la difusión masiva de la misma, y a la provisión de sangre segura. Especial atención debe darse a la participación de organizaciones de adolescentes y, en este sentido, debe trabajarse activamente con las instituciones encargadas de proporcionar educación formal para que en sus proyectos de educación sexual incluyan temas relacionados con la participación de los y las adolescentes en el SGSSS en el contexto de la satisfacción de sus necesidades específicas.

Analizando estas premisas se sugiere emprender las siguientes acciones: Identificar las redes sociales de apoyo, trabajando especialmente con los grupos más vulnerables, para ofrecerles programas de educación integral y de servicios centrados en la promoción de la salud sexual y reproductiva, la doble protección, la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones sexuales y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, sensibilizar a la población en su conjunto, mediante acciones masivas de comunicación, sobre la importancia de las redes sociales de apoyo para enfrentar situaciones relacionadas con las infecciones de transmisión sexual y el VIH, posicionar entre la población vulnerable al VIH/SIDA el papel que pueden cumplir sus redes sociales de apoyo en la promoción de acciones de autocuidado personal y colectivo y apoyar el desarrollo de competencias entre los/las miembros de diferentes redes de apoyo social en el tema del manejo y convivencia con personas reactivas al VIH o viviendo con SIDA.

Al realizar investigaciones cualitativas para conocer el comportamiento de diferentes grupos poblacionales en el contexto de los métodos de protección y factores de riesgo para ITS, VIH y SID se llevarán a cabo investigaciones cualitativas y cuantitativas que establezcan el impacto de las acciones de comunicación y educación dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables en el contexto de la prevención de ITS, VIH y SIDA.

Otro aspecto de suma importancia es desarrollar investigaciones sobre el impacto social y económico del VIH/SIDA y realizar monitoreo de los programas de promoción, prevención y atención existentes en la población asegurada y no asegurada.

Se considera de gran importancia la vinculación del sector privado en la financiación o cofinanciación de proyectos relacionados con la SSR que permitan desarrollar las líneas de acción, de manera conjunta con el Ministerio de Salud y con instituciones públicas, y se logren objetivos comunes.

Las acciones y los recursos provenientes de organismos internacionales interesados en los temas de SSR constituyen una herramienta importante para el desarrollo de iniciativas conjuntas que en campos tales como la investigación, la formación de recurso humano, la replicación de experiencias internacionales, la introducción de nuevas tecnologías, entre otros, contribuyan al cumplimiento de los objetivos específicos. Mediante mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional se concertarán las fuentes de financiación provenientes de otras instituciones y sectores directamente relacionados con la ejecución de las estrategias propuestas para el logro de las metas de la política de SSR (educación sexual, detección y notificación de la violencia intrafamiliar y sexual, entre otros).

Los diversos actores institucionales y sociales incluidos en este mapa tienen competencias y responsabilidades en cuanto al tema de SSR y es desde ellas que pueden y deben actuar. Esta lista no pretende ser exhaustiva ni agotar todas las posibilidades. Se trata, más bien, de caracterizar a los principales actores y de señalar la posibilidad de que todos los demás interesados en la SSR construyan y desarrollen agendas comunes para el mejoramiento de los indicadores en este importante campo de la salud.

Los siguientes actores son los principales actores en la aplicación de las políticas de salud sexual y reproductivas en Belice; El Ministerio de Salud, la Oficina de Seguridad Social, Agencias de Cooperación Internacional, ONGS, Ministerio de Educación, Ministerio de Comunicaciones, Policía Nacional de Belice.

El Ministerio de Salud tiene como responsabilidad formular las políticas que de acuerdo con las prioridades en salud pública deben implementarse para toda la población nacional, expedir o modificar las normas que se requieran para el cumplimiento de las metas de SSR, asesorar y hacerles seguimiento a las direcciones territoriales de salud en las acciones de SSR, realizar el seguimiento y vigilancia a las acciones de SSR que lleven a cabo las EPS y ARS y promover la retroalimentación con los resultados encontrados. Igualmente, debe establecer

actividades conjuntas con otras instituciones, sectores y organismos de cooperación internacional para lograr unidad en las líneas de acción prioritarias de SSR.

Sus funciones son coordinar, asesorar y supervisar las actividades de la red nacional de laboratorios y verificar la calidad de las pruebas diagnósticas, operar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y los programas de prevención y control de enfermedades relacionadas con la SSR así como brindar la asistencia técnica para los departamentos. Igualmente, es su deber desarrollar investigación científica y aplicada en materia de SSR.

Como ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar la Oficina de Seguridad Social de Belice, debe implementar los mecanismos de referencia y contrarreferencia y coordinar con las autoridades correspondientes, para garantizar que las víctimas de violencia doméstica y sexual que acudan a sus centros de atención o que detecte en cualquiera de los organismos vinculados al sistema, reciban la atención en salud adecuada.

Las agencias de cooperación internacional deben coordinar acciones tendientes a movilizar recursos técnicos, administrativos y financieros en concordancia con las prioridades establecidas por el país. Así mismo, pueden apoyar, en coordinación con el Ministerio de Salud, los planes, proyectos y programas que adelantan los diferentes actores del SGSSS y cuyo objetivo es mejorar aspectos específicos de la SSR en la población. Medicamentos relacionados con las líneas de acción de la política de SSR: anticonceptivos, multivitamínicos y todos los empleados en el tratamiento de las enfermedades y complicaciones relacionadas, entre otros.

Ministerio de Educación es el ente rector de la educación en el país, debe coordinar acciones con el Ministerio de Salud para el diseño e implementación de los temas prioritarios en SSR en relación con todas las actividades de educación sexual que adelanta el sector educativo. Las secretarías departamentales,

distritales y municipales de salud desarrollarán las acciones de acuerdo con las competencias y responsabilidades que les atribuye la Ley 715 de 2001.

El Ministerio de Comunicaciones debe coordinar acciones con el Ministerio de Salud para el diseño e implementación de estrategias en medios de comunicación así como para establecer líneas de acción con contenidos acordes con la Política Nacional de SSR.

La Policía Nacional de Belice en el ejercicio de sus funciones, debe proteger a las víctimas de violencia doméstica y sexual y brindar el apoyo especial que las autoridades competentes soliciten para cada caso concreto. Además, la Policía debe asesorar a las víctimas sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud y las acciones judiciales o administrativas pertinentes para garantizar su protección.

Capítulo IV

La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes garífunas de Belice.

Conclusiones y propuestas de aplicación general.

El tema de la sexualidad constituye sin lugar a dudas, un importante desafío para todos los que desde la perspectiva de la educación integral, persiguen un mejoramiento de la calidad de vida y el perfeccionamiento de los modos de actuación en torno a la vida sexual, de pareja, de la familia y la reproducción. Dada su complejidad es necesario un enfoque multidisciplinario e intersectorial para el abordaje de los problemas que la afectan la salud adolescente, se requiere apoyarse en la gestión social. En este sentido hay que destacar que la expresión de la sexualidad humana y particularmente en la adolescencia, se enmarca en una nueva connotación desde el punto de vista de su comprensión social, pues el comienzo de la pubertad se produce más temprano hoy en día, como consecuencia de las formas de vida propias de una sociedad industrial de alta productividad, esto implica una gran paradoja, pues mientras más temprano aparece, más prolongados resultan los niveles de preparación del individuo desde el punto de vista cultural e intelectual en la edad adolescente, por lo que se hace necesario preparar actividades sociales que respondan a una formación educativa asertiva, enfocada desde diferentes ángulos a los adolescentes garífunas de Belice, y buscar que ellos mismos formen parte de este proceso de cambio necesario.

En la actualidad hay necesidad de desarrollar y actualizar las capacidades de dirección para una gestión eficiente y eficaz de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en Belice, particularmente aquellos referidos a los adolescentes, en los que se precisa incrementar el conocimiento, modificar

prácticas y valores vinculados a la sexualidad, lo que puede lograrse movilizando la potencialidad de la participación social, mediante su gestión.

La gestión es una acción social y debe ser entendida como el canal por medio del cual se desarrolla en las personas y en la comunidad un espíritu emprendedor y solidario para generar un cambio social, para responder a la búsqueda de soluciones a los problemas que afectan la comunidad desde diferentes perspectivas, muchas de las cuales afectan la SSR de los adolescentes e igualmente para que se adquieran destrezas para afrontar un entorno de turbulencias, cuyos componentes económicos, socio-culturales, ambientales y tecnológicos en ocasiones no favorecen los procesos de desarrollo social; de ahí, que se requiere afianzar los lazos comunitarios y recuperar los valores colectivos, lo que implica la convergencia de intereses y necesidades comunes.

La gestión social en el campo de la SSR, es poco manejada de forma general y Belice no es ajena a ello, no se ve su vínculo con la participación social, sin embargo, existen todas las posibilidades para lograr resultados importantes a partir de su implementación en relación con el adolescente garífuna. Por ello el objetivo de esta tesis de maestría es brindar elementos instrumentales en la forma de una propuesta sobre la aplicación de la gestión social a través de la antropología aplicada.

Para lograr este acercamiento entre la gestión social y las políticas de salud reproductivas en Belice, la propuesta es la inclusión participativa de grupos focales de adolescentes garífunas guiados por las personas de edad suficiente para tener la experiencia indispensable de haber vivido su adolescencia en las comunidades rurales beliceñas, además del entrenamiento técnico para el manejo de grupos focales, los cuales serán los encargados de instruir y involucrar a los jóvenes con actividades relativas a los temas de salud sexual y reproductiva.

Otro punto importante es que los Ministerios de Salud y Educación implementen las políticas de salud sexual y reproductivas específicas en Belice, que se hiciera un análisis de las mismas no sólo por la parte institucional, sino de forma

coordinada con los representantes de los sectores étnicos de Belice, principalmente con los garífunas para contrastar y retroalimentar si las medidas diseñadas son las adecuadas para hacer frente a los problemas de salud pública que vulneran a este grupo étnico.

En relación con la SSR del adolescente los resultados que se muestran forman parte del trabajo de revisión sobre el tema estudiado en los periodos de aplicación del trabajo de campo (2007-2009) con una duración de 4 meses para cada periodo de trabajo de campo, al que se añade la experiencia obtenida con el apoyo de los grupos focales dirigidos a los adolescentes garífunas de Belmopan. En dichos grupos focales se trabajó con adolescentes de 5 escuelas de bachillerato en Belmopan, además se realizaron 15 entrevistas a padres de familia que tuvieran lazos de parentesco con los jóvenes garífunas seleccionados, así como 5 entrevistas realizadas a docentes de los bachilleratos y directivos de los mismos planteles educativos.

La antropología aplicada no es más que el proceso de acciones y toma de decisiones que hay que recorrer, desde el abordaje de un problema, su estudio y comprensión, hasta el diseño y operación de propuestas. Este proceso implica un aprendizaje conjunto y continuo para los grupos sociales, que les permite incidir en los procesos de la toma de decisiones y en la solución de los problemas que los afectan, dentro de los cuales pueden incluirse las disímiles situaciones por las que atraviesan los adolescentes garífunas de Belice entre las que podrían señalarse: embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, uso inadecuado de los medios anticonceptivos respecto a las prácticas sexuales.

También puede considerarse a la antropología aplicada como la construcción de espacios de relación social y vínculos institucionales, a través de un conjunto de acciones, focalizadas en los subgrupos de la sociedad en general, en las regiones, comunidades, centros de salud, educativos, de investigación y desarrollo tecnológico, los cuales pueden tener como grupo clave a los adolescentes.

Otro concepto esencial vinculado a la antropología aplicada es la participación social, definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la cogestión de la salud, la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud y consecuentemente sobre la SSR.

La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos existentes, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. Como puede apreciarse ambos conceptos están estrechamente vinculados y pudiera decirse que la gestión es la vía mediante la cual se concreta la participación social.

Los contextos actuales requieren de nuevas actitudes y habilidades para conducir los procesos, frecuentemente cambiantes de la SSR del adolescente garífuna, por lo que es necesario desarrollar y actualizar las capacidades en dirección de quienes deciden en instituciones, ya sean públicas o privadas, para lograr una gestión eficiente y eficaz de los programas y servicios de SSR, mediante la incorporación del conocimiento y tecnologías existente y movilizándolo las potencialidades de la participación social.

Si bien en Belice existe cobertura casi total en los servicios de salud aún subsisten problemas de calidad e inequidades al interior de algunos grupos sociales, en los que los adolescentes juegan un papel primordial, lo que exige de desafíos especiales en aquellos que gestionan o dirigen programas y servicios de salud, encaminados a:

- Coordinar acciones entre todos los niveles, instituciones y servicios, tanto del sector salud, como de otros sectores sociales vinculados al tema de la SSR en la adolescencia.
- Incrementar las actividades sociales existentes vinculadas a la SSR del adolescente garífuna y lograr una mejor comprensión del contexto social, cultural y conductual dentro del cual ocurre la salud-enfermedad sexual y reproductiva.

· Lograr una gestión participativa de los adolescentes garífunas en la planificación, implementación y evaluación de las acciones que se ejecutan en el campo de la SSR.

Todo lo anterior requiere que quienes dirijan estos procesos posean elementos teóricos-metodológicos y operativos que les posibiliten orientar y conducir los procesos desde una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial e interorganizacional.

Los temas de la sexualidad y su construcción en la adolescencia constituyen, sin lugar a dudas, un importante desafío para todos los que, desde la perspectiva de la *educación integral*, persiguen un mejoramiento de la calidad de vida y el perfeccionamiento de los modos de actuación en torno a la vida sexual y reproductiva, en las parejas y en las familias.

En los periodos de trabajo de campo en Belice con una duración de 4 meses durante los años 2007, 2008 y 2009, base de esta tesis de maestría en antropología aplicada se ha demostrado que los riesgos son desconocidos o pormenorizados por la mayoría de los adolescentes. También se conoce que la sexualidad humana depende menos de los mecanismos fisiológicos y mucho más de los contextos sociales, donde el *aprendizaje* constituye un aspecto esencial.

En la actualidad existen serios problemas relacionados con la SSR de los adolescentes a escala mundial y Belice no escapa a ello, a pesar de los esfuerzos realizados en el campo de la salud y la educación para solucionarlos. Lo anterior se fundamenta en que se ha visto un incremento de inadecuados comportamientos no saludables del adolescente, como por ejemplo el inicio de las relaciones sexuales tempranas, cambios frecuentes de parejas, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, unión premarital, los cuales han causado en ocasiones otros trastornos sociales, tan importantes como la *deserción escolar*, así como variados problemas de salud al adolescente. Todo esto pudiera estar influenciado por la presencia de factores relacionados con el

medio en que se desarrollan los jóvenes, entre ellos el ambiente familiar y la comunidad.

El caso particular de Belmopan, Belice del año 2007 al 2009, ha constatado la presencia de factores biopsicosociales y familiares, tales como la presencia de familias disfuncionales, extensas, cultura sanitaria e integración social inadecuados, los que han repercutido en las actitudes y comportamientos de los adolescentes garífunas en Belice.

Es frecuente encontrarse con adolescentes, varones y mujeres, que aunque expresan que hay riesgos en las relaciones sexuales, que pueden enfermarse y también surgir un embarazo, no usan adecuadamente los medios anticonceptivos y el embarazo se le atribuye sólo a la mujer. Esto es de gran importancia y a la vez preocupante, pues el embarazo en la adolescencia está vinculado a múltiples problemas sociales, económicos, entre otros, que directamente repercuten en la familia y la comunidad.

A lo anterior hay que agregar que las percepciones de riesgo en las relaciones sexuales de los adolescentes están en contradicción con sus actitudes, conductas y conocimientos, pues perciben el riesgo, tienen conocimientos, pero asumen conductas y actitudes riesgosas en relación con su SSR. Todo esto refuerza la sospecha de que en esta etapa de la vida tiene gran importancia el análisis y la planificación de acciones para enfrentar los problemas derivados del bajo nivel socioeconómico y educativo, las condiciones de vida, disfuncionabilidad familiar, presiones de los pares y por otro lado, pero no menos importante, las consecuencias de la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo, todo ello relacionado con la sexualidad y la salud, los que toman mayor fuerza e importancia en la adolescencia, ya que son los problemas más sentidos por los jóvenes y que más afectan su salud. En estos contextos la intervención de los diferentes actores y sectores sociales a nivel comunitario juegan un papel determinante en la solución de los problemas mencionados.

En este escenario la gestión social debe orientarse a la solución de los problemas en cada contexto social concreto, mediante la aplicación de técnicas y recursos apropiados a cada situación, con un enfoque integral y unificado, que aborde en forma inteligente todos los aspectos de la comunidad que deben ser transformados para alcanzar parcial o totalmente la solución de los problemas. En este sentido hay que destacar que la gestión comunitaria, básicamente está compuesta por una serie de factores complejos. Uno de sus ejes centrales es el empoderamiento de las comunidades que significa que estas sean capaces de administrar, operar y mantener los servicios con criterios de eficiencia y equidad, tanto social, como de género.

Está demostrado que la sexualidad humana depende menos de los mecanismos fisiológicos y mucho más de los aprendizajes sociales, esto se refleja en el hecho de que el propio desarrollo social ha facilitado el inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes de ambos sexos. Por ello es vital la existencia de programas especiales que atiendan sus necesidades de salud y muy en particular, aquellas relativas a su conducta sexual y reproductiva. Para mantener los esfuerzos en la prevención se debe empezar por ellos, enseñándoles a trabajar con las organizaciones populares y a establecer entre ellos y la comunidad fuertes vínculos sobre el tema de la salud sexual.

En tal sentido la gestión social posibilita el desarrollo y creación de un compromiso de corresponsabilidad, de aceptación de la diferencia, del diálogo, de la información, de la formación, y la aplicación del conocimiento para el progreso, para el desarrollo, para la inclusión social y para la transformación, soportada en herramientas como la planeación estratégica, el desarrollo humano, la organización, la participación, el trabajo en equipos, el liderazgo y la investigación que permitan dotar a las comunidades de los elementos teóricos y prácticos, y así lograr la implementación de políticas para materializar cambios en los comportamientos y actitudes de los adolescentes, tanto en lo social, como en su SSR.

Por ello, el desarrollo de una gestión social a nivel de las instituciones vinculadas a la salud, educación, cultura y recreación, entre otras, donde se desenvuelven los adolescentes es esencial. Hay que tener claro que los componentes más importantes de la gestión social son la administración y la conducción. La primera facilita los medios para convertir las decisiones en acciones, y para ello organiza y aplica los recursos disponibles de acuerdo a los requerimientos de los planes elaborados y concertados con los integrantes de los programas. Por su parte la conducción aporta la dirección integradora que incrementa la capacidad de resolución de cada uno y del conjunto de la red de servicios y de atención a los servicios prioritarios en SSR en Belice. Si no actúan al unísono la administración y la conducción no se logran una verdadera gestión social. En otras palabras, es muy ingenuo creer que la simple voluntad de cambio y la organización social sin un financiamiento eficiente pueden rendir frutos, se sabe que incluso las organizaciones revolucionarias más extremas no llegan a ningún lugar sin una fuente perdurable de recursos.

El reto es desarrollar la capacidad de gestión para responder a la complejidad que atraviesan los niveles de interrelación e interacción de los actores y sectores de forma tal que realcen la importancia de las dinámicas que viven las comunidades quienes son las que generan el desarrollo. Una gestión social eficiente aparece como una condición de viabilidad fundamental para una política social avanzada.

El enfoque actual de la SSR en Belice plantea nuevos desafíos, que impulsan programas, acciones y servicios particularmente para los adolescentes. Se requiere que la operacionalización de ese enfoque en los programas nacionales, materialice en:

- Coordinar las acciones con todos los sectores, instituciones y niveles.

- Implementar sistemas integrales de SSR capaces de ofrecer un amplio rango de servicios a los adolescentes, incrementando gradualmente las actividades existentes, a partir de una mejor comprensión del contexto social, cultural, conductual dentro del cual ocurre la salud/enfermedad reproductiva.

Llevar adelante una gestión participativa que involucre a los adolescentes en la planificación e implementación de los programas y en la evaluación de los servicios.

La capacidad de dirección para diseñar e implementar programas de este tipo es una condición esencial para la puesta en práctica de la concepción de SSR en los adolescentes garífunas. Se requiere personal capacitado y dispuesto a desempeñar un papel activo para promover la transformación de los modelos y prácticas vigentes en relación a la SSR, para lo que es preciso contar con elementos teóricos conceptuales y operativos que les permitan orientar y conducir procesos con una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial e interorganizacional.

Los programas de prevención orientados hacia el adolescente son escasos y no siempre utilizan un enfoque integral, que incluya a su familia, el ambiente y el contexto general en que ocurre el comportamiento. Aunque la situación sobre estos aspectos en Belice difiere con los del resto de Latinoamérica, aún resultan insuficientes los estudios sobre sexualidad de los adolescentes con conductas que pueden considerarse adecuadas, de las cuales se pueden extraer los elementos necesarios que sustenten las estrategias a desarrollar. Esto resalta la importancia de precisar algunos aspectos sobre estas cuestiones y fortalecer el desarrollo de la SSR del adolescente dentro del contexto de la familia, su ambiente socioeconómico y cultural.

Aún es poca la información que transmite el equipo de salud médico-enfermera a la familia, quienes deben ser los principales promotores en la educación para la salud y en la prevención de enfermedades que inciden en el desarrollo del adolescente garífuna, pues existen diversas vías para actuar en y con el adolescente. El objetivo fundamental de una política pública debe ser actuar sobre el joven sano y no sobre el que ya ha tenido sus primeros tropiezos en esta esfera de la vida, además, hay importantes fisuras en el trabajo intersectorial en el municipio y la comunidad.

Como se ha dicho son diferentes las formas en las cuales las interrelaciones sexuales ocurren, y estas están condicionadas por factores sociales y medioambientales. Identificarlas constituye una primera necesidad para establecer estrategias que permitan prevenir muchos problemas de SSR en los adolescentes. Para este propósito, es muy importante coleccionar información de cómo los adolescentes se interrelacionan en su vida diaria, y cómo tal interrelación puede influir en la prevención o empeoramiento de los problemas de su sexualidad.

Los problemas de SSR pueden parecer complejos debido a su naturaleza multifactorial. Cada sociedad tiene dificultades en su SSR que pueden asociarse con formas específicas de los valores y comportamientos existentes en la misma sobre la sexualidad y la reproducción, aspectos estos que necesitan ser bien determinados si se desean modificar a partir de una eficiente gestión social. La adolescencia es una etapa de la vida ideal para introducir cambios y valores que garanticen una adecuada salud y conducta social en la adultez y en este sentido una gestión social conducida adecuadamente puede contribuir al logro de cambios positivos de gran relevancia.

Es preciso que cada vez con mayor fuerza los adolescentes sean partícipes en las decisiones que se adopten sobre la salud, en la vida de sus comunidades y el desarrollo en general. En el ámbito de la SSR deben facilitársele los servicios e información que les ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, entre otros.

La SSR es un componente esencial en los adolescentes para convertirlos en jóvenes responsables y productivos para la sociedad, por ello las inversiones que se hagan en ellos hoy arrojarán grandes utilidades durante varias generaciones futuras, por otro lado de no hacerse se producirán considerables costos para las personas, la comunidad y la sociedad. Todo esto llama a establecer diálogos y alianzas entre todos los actores y sectores sociales que posibiliten que su estado de salud, su disposición a asumir roles y responsabilidades de adultos cuente con el apoyo de su familia, de la comunidad y de la sociedad. En este sentido

desarrollar una buena gestión social puede ser de gran utilidad. Y la antropología aplicada es una disciplina que tiene las herramientas para llevarla a cabo.

Bibliografía

Acuña, José Gabriel, Rivera; Rivera Alonso Alejo (2001) *Anticoncepción en la adolescencia: aspectos médicos y socioculturales*. Bogotá.

Aondofe Iyo, Joseph Ernest (2000). Towards understanding Belize's multi-cultural history and identity. University of Belize, Central America.

Aparicio, Ricardo César. (1993). Políticas de población, política de planificación familiar y derechos reproductivos en México. IV Conferencia Latinoamericana de población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe. México.

A.R. Radcliffe-Brown (1952). On social structure. In *Structure and function in primitive society*. London: Cohen & West.

Arias, Jaime; Yépez, Francisco (2002). La investigación de salud pública y los sistemas de salud en América Latina a la luz de la reforma: evaluación de las reformas en políticas sociales. México.

Barry, Tom. (1995). *Inside Belize*. Published by the Interhemispheric Resource Center Press. Albuquerque, New Mexico.

Beaucage, P. and Samson M. (1964). *Historia del Pueblo Garifuna y su llegada a Honduras en 1796*. Honduras.

Bolland, O. Nigel. (1977). *The formation of a colonial society: Belize; From Conquest to Crown Colony*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Carney, Judith A & Voeks, Robert A.(2003) Landscape legacies of the African diaspora in Brazil. *En Progress in Human Geography*. Vol. 27. No. 2.

Cataño R. Medicina (2000), Ética y reformas a la salud - Hacia un nuevo contrato social con la Profesión Médica. Bogotá.

Cervantes Carson, Alejandro (1993). Políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales. En IV Conferencia Latinoamericana de población: La transición demográfica en América Latina y el Caribe. México.

Cohen, Anthony P. (1982). Belonging – identity and social organization in British rural cultures. Newfoundland: Memorial University. United Kingdom.

Davidson, William V. (1976). The garifuna of Pearl Lagoon: ethnohistory of an Afro-American enclave in Nicaragua. En Ethnohistory. Vol. 27. No. 1.

Conrad Peter (1992). Medicalization and social control. En Annual Review of sociology. USA.

Cook Rebecca J. (1993). International Human Rights and Women's Reproductive Health. In Studies in family Planning, Vol. 24, No.2, Mar/Apr.

Davidson, William V (1983). The garifuna in Central America: ethnohistorical and geographical foundations. In Michael H. Crawford (Ed). Current Developments in Anthropological Genetics. Vol 3 Black Caribs – a case study in biocultural adaptation New York.

Dachary, Alfredo César, Arnaiz Burne, Stella Maris. (1998). El Caribe mexicano. Una frontera olvidada.. Editorial. Universidad de Quintana Roo. México.

E. Roy Cayetano.(1987). Why cooperatives fail. Belize, Ethnicity and Development. Belize. Spear. Belize.

Federación Internacional de Planificación de la Familia, IPPF (1995). Carta de IPPF de derechos sexuales y reproductivos. Inglaterra.

Figuroa Perea, Juan Guillermo y E. Liendro Zignoni (1994). Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina. En *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*. Coordinadora. Soledad González Montes.

Foster, Byron. (1994). *Heart Drum: Spirit possession in the garifuna communities of Belize*. Benque Viejo del Carmen, Belize.

Fridman Lynn P. and Isaacs Stephen L. (1993). Human Rights and Reproductive In Choice in *Studies in Family Planning*, Vol. 24, No.1, Jan/Feb.

González del Campo MP, García Viniégras CV, Magolles C, Hernández G, Borrego Rodríguez D (1999). Factores psicosociales y familiares en adolescentes femeninas con relaciones sexuales precoces. En. I Congreso Cubano de Ginecología Infantil/Juvenil y Salud Sexual y Reproductiva del adolescente. Cuba.

Gonzalez,N. Ph.D. (1987) University of Maryland. *Garifuna Traditions in Historical Perspectives*. Readings in Belizean History, 2nd Edition.

González, Nancie. (1988), *Sojourners of the Caribbean-Ethnogenesis and ethnohistory of the garifona*. Chicago.

González, Nancie. (1969). *Black Carib Household Organization*. Seattle: University of Washington Press.

Greene, Jr., Oliver N. (1999). *Aura Buni, Amuru Nuni-I am for you, you are for me-reinforcing garifuna cultural values through music and ancestor spirit possession*. Ph.D. dissertation, Florida State University.

Homans, George. (1960). *English Villagers of the 13th century*. New York: Russell and Russell.

Honychurch, Lennox. (2000). *The leap at sauters: the lost cosmology of indigenous Grenada*. Conference Proceedings. University of the West Indies, Grenada.

Laviolette, Patrick. (2003). *Landscaping death*. *Journal of material culture* 8(2).

Lugones Botell M, Prado González J. *Reproducción en la adolescencia*. (1999). En I Congreso Cubano de Ginecobstetricia Infanto/Juvenil y Salud Reproductiva del Adolescente. Cuba.

Lundberg, Paul Arthur. (1977). *Barranco: a sketch of a Belizean Garifuna (Black carib) Habitant*. Ms thesis, University of California at Riverside.

Ministerio de Salud de Belice. Dirección General de Salud Pública (2007). *Sistema de fortalecimiento de la gestión de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado frente a las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública*. Guía para las Direcciones Territoriales de Salud. Documento en computador. Belice. Manuscrito no publicado

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de Belice (2008). *Información, educación y comunicación para la salud sexual y reproductiva*. Manuscrito no publicado.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública (2002). Documento marco para la formulación de políticas públicas. Documento de trabajo. Manuscrito no publicado.

Orvole, Benjamin. (2004). Identity, Temporality, and Moral Geographies. In. *Current Anthropology* Vol 45. No. 1.

Paasi, Anssi. (2003). Region and place: regional identity in question. *Progress. In Human Geography* Vol 27. No. 4.

Palacio. Joseph O. (2003). Why are some garifona students underachieving. In primary and secondary schools? *Belizean studies* Vol. 25. No. 2.

Rodríguez Jústiz F. (1991). La sexualidad, un tema de investigación en SIDA. En *Boletín Epidemiológico Semanal* No. 50: 391.

Strathern, Marylin. (1982). The village as an idea: constructs of villageness in Elmdon, Essex. In Anthony P. Cohen (Ed). *Belonging-identity and social organization in British rural cultures*. Newfoundland: Memorial University.

Shoman, Assad.(1994). *Chapters of a history of Belize*. Published and printed by The Angelus Press Ltd, Belize City, Belize.

Taylor, Douglas M. (1951). *The black carib of British Honduras*. New York: Johnson Reprints Corporation.

Whitehead, Neil L. (1988). *Lords of the tiger: a history of the caribs in colonial Venezuela and Guyana 1498-1820*. Holland: ForisPublication.

Yanow, D. (2000). *Conducting Interpretative Policy Análisis*. Thousand Oak, California: Sage.