



EMBARAZO ADOLESCENTE EN BOGOTÁ
CONSTRUIR NUEVOS SENTIDOS Y POSIBILIDADES
PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS

Experiencias de gestión del conocimiento
convenio 698 de la SDS y el UNFPA

Embarazo adolescente en Bogotá: construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos



Experiencias de gestión del conocimiento convenio 698 SDS-UNFPA





CLARA LÓPEZ OBREGÓN | Alcaldesa Mayor de Bogotá (D)

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Jorge Bernal Conde | Secretario Distrital de Salud

Juan E. Varela Beltrán | Subsecretario Distrital de Salud

Johnatan Nieto Blanco | Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud

Helena Sandoval Lancheros | Directora de Salud Pública

Patricia Arce Guzmán | Jefe Área de Acciones en Salud

Sandra Patricia Rodríguez Latorre | Líder Equipo Técnico PDA–SSR

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

Representante UNFPA Colombia | *Tania Patriota*

Representante Auxiliar | *Lucy Wartenberg*

Asesora SSR | *Mary Luz Mejía Gómez*

Asesora Comunicaciones | *Gema Granados Hidalgo*

EQUIPO TÉCNICO CONVENIO 698-2008 SDS-UNFPA

Luz Marina Muñoz Iglesias | Coordinadora Técnica

Marilyn Molina Rodríguez | Comunicadora Social

EDICIÓN GENERAL

Mary Luz Mejía Gómez | *Luz Marina Muñoz Iglesias* | *Carlos Iván Pacheco Sánchez*

Corrección de estilo | *Azucena Gómez Quiroga*

Diseño y diagramación | *Ángela Lucía Vargas*

Ilustración de la carátula | *Pablo Picasso. Muchacha joven delante de un espejo. 1932*

Impresión | LEGIS S.A.

ISBN: XXXX

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Carrera 32 No. 12-81

Conmutador: 3649090

Bogotá, D.C., 2011

www.saludcapital.gov.co

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS-UNFPA

Avenida 82 No.10-62 Piso 3

Conmutador: 4889000

Bogotá, D.C., 2011

www.unfpa.org.co



Tabla de contenido

9 Prólogo

Jorge Bernal Conde | Tania Patriota

11 Introducción

Mary Luz Mejía Gómez | Carlos Iván Pacheco Sánchez | Luz Marina Muñoz Iglesias

21 Siglas

23 Documento 1

Bogotá: gestión del conocimiento para el abordaje del fenómeno del embarazo adolescente

Carlos Iván Pacheco Sánchez

55 Documento 2

Aproximación a los significados de paternidad, maternidad y embarazo adolescente en contextos de desplazamiento

José Miguel Nieto Olívar | Liz Johana Rincón Suárez | Samuel Asdrúbal Ávila Garzón | Yenifer Lady Mariño Suárez | Maryely Forero Bareño

107 Documento 3

Significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud de Bogotá sobre la sexualidad adolescente

*Clara Inés Vargas Rojas | Carol Pavajeau Delgado | Maribel Riaño Sanabria |
Marina Bernal Gómez | Javier Tatis Amaya*

155 Documento 4

Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá

*Pablo Montoya | Eliane Barreto | Ana Judith Blanco | Yasmith Cárdenas |
Carolina Chavarro | Sandra Piñeros*

221 Documento 5

Movilización social por los derechos sexuales y reproductivos en Bogotá

*Sandra Liliana Osses Rivera | Adriana María Botero Vélez |
Julián Andrés Riveros Clavijo*

279 Documento 6

Evaluación ex post de la estrategia de comunicación:
“que tu primer amor sea el amor propio”

*Amparo Cadavid Bringe | Juan Andrés Cooper | Tatiana Duplat Ayala |
Jeanine El’Gazi | David Fayad Sanz | Zulma Consuelo Urrego Mendoza*

311 Sobre los autores y autoras



Prólogo

En las últimas décadas, diferentes disciplinas han valorado y explicado la ocurrencia del embarazo en la adolescencia. Las múltiples visiones expuestas significan, además de una amplia variedad de posturas, contradictorias en muchos casos, un espectro muy amplio de condiciones, características y factores postulados para explicar su causalidad. En el reconocimiento de esta situación y consciente de las implicaciones que en la vida individual, familiar y colectiva tienen estos embarazos, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha incluido entre sus planes, objetivos y recursos, esfuerzos que faciliten comprensiones más amplias del asunto y que indiquen las acciones más eficientes para su prevención. Esta circunstancia motivó la firma del Convenio 698/2008-2011 SDS-UNFPA, que se constituye en el marco apropiado para la generación del conocimiento específico sobre algunas condiciones que rodean al embarazo de las adolescentes en Bogotá.

Investigar es abrir el compás para hacerse preguntas; y asumir objetivos y metas implica diseñar estrategias concretas y eficientes. En medio de estas premisas, que al parecer pueden poner en dilema, se movió la toma de decisiones que finalmente dio forma a la propuesta de los trabajos que bajo la mirada de diferentes ciencias hoy se presenta como este libro: *Embarazo adolescente en Bogotá. Construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicio de derechos*. Además, es importante decir cuáles derechos y por qué construirles posibilidades y sentidos. Ese fue otro de los propósitos que motivaron la edición de este conjunto de seis investigaciones: compartir y divulgar ampliamente la serie de significados y sentidos recabados por la investigación, la sistematización y la evaluación sobre la interpretación del embarazo

en la adolescencia y el modo como lo asumen quienes están involucrados. Así como exponer propuestas para su comprensión, abordaje y prevención. Dar a conocer a la ciudadanía estos trabajos aporta, sin duda, a superar los efectos no deseados de la ocurrencia del embarazo adolescente en Bogotá.

JORGE BERNAL CONDE

Secretario Distrital de Salud

TANIA PATRIOTA

Representante UNFPA Colombia



Introducción

Poner en el centro de la discusión un fenómeno social como el embarazo adolescente resulta polémico, enriquecedor y necesario. Producir conocimiento para la acción y revisar estrategias utilizadas para su prevención es hoy una prioridad social y política. Bogotá ha asumido el reto, desde su política social, de mostrar caminos en el marco de garantía de los derechos humanos fundamentales y especialmente los derechos sexuales y reproductivos (DSR), para la prevención y reducción del embarazo adolescente.

Las visiones académicas y de política social que dominaron el escenario del fenómeno del embarazo y la maternidad adolescente en décadas anteriores, y que se preguntaban sobre “el problema del embarazo adolescente” y ¿Para quién es el problema? (Stern, 1997, Stern & García, 2001), han transitado a una discusión, que resumiendo de manera “gruesa”, puede colocarse en dos polos distintos –con versiones intermedias- que siguen ocupando la agenda discursiva política y las miradas académicas disciplinares. De un lado, la mirada frente al fenómeno que lo cataloga como problema social y económico en tanto “trampa de pobreza”, y de consecuencias individuales y colectivas para los grupos sociales y el país. De otro lado, las miradas que relativizan la noción de problema y su construcción histórica y lo ligan al control biopolítico sobre la sexualidad y los cuerpos de adolescentes y jóvenes.

De acuerdo con Stern, en que

hoy conocemos muy poco sobre el embarazo en la adolescencia [...] de que se trata de un fenómeno complejo, y diverso -como prácticamente todos los fenómenos sociales- y de que habría que delimitar con mucho mayor rigor y precisión donde están los problemas ligados con el mismo, para quién o quiénes se constituyen en problemas, cuáles son sus determinantes [...](Stern, 2003: 727)

y sin querer restar importancia a los debates teóricos, necesarios para avanzar en la discusión y esclarecimiento del fenómeno, se quiere proponer un mirada que pone el énfasis en otro lugar y que recoge la experiencia de Bogotá en cómo enfrentar la prevención del embarazo en adolescentes.

En un enfoque de derechos el embarazo y la maternidad adolescentes en Colombia son el reflejo de la desigualdad y la inequidad. Como propone uno de los autores de este libro son “el fracaso del Estado Social de Derecho” para cumplir con la promesa que la sociedad hizo a adolescentes y jóvenes. No es el fracaso del proyecto individual de vida, como a veces se plantea, sino es la incapacidad colectiva para ofrecer a niñas, niños, adolescentes y jóvenes las condiciones y la garantía de derechos que les permita vivir dignamente y decidir en libertad. Decidir autónomamente sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción.

En esta perspectiva lo que cobra importancia es la capacidad del Estado de reducir los riesgos y las vulnerabilidades, pero sobre todo de potenciar las posibilidades de las personas para que opten libremente, aun en contextos donde persisten las condiciones objetivas y las matrices culturales que reproducen las desigualdades de clase, género, etnia, edad, etc.

Bogotá ha intentado en los últimos ocho años ubicar en el centro de su política social los derechos fundamentales de las personas. Son pioneras en el país las políticas sobre nutrición y seguridad alimentaria, gratuidad de la educación básica y media, de mujer y géneros, los programas de salud al colegio y salud a su casa, los esfuerzos en aseguramiento universal en salud, los programas de subsidios condicionados a la permanencia y rendimiento escolar, en reducción de mortalidad materna y perinatal, la introducción de nuevas vacunas en el esquema gratuito de inmunización, etc. En conclusión, los esfuerzos por hacer de Bogotá “Ciudad de Derechos”.

En este contexto el Plan de Desarrollo consignó en su Artículo segundo:

La acción pública se orientará a la promoción, garantía y restitución de los derechos fundamentales, civiles y políticos, económicos, sociales y

culturales, y colectivos, de todas y todos los habitantes de la ciudad, sin distinción de etnia, culto o creencia, género o condición socioeconómica, con especial atención hacia los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas mayores y por condición especial de discapacidad.

El Plan Distrital “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” 2008 – 2012 planteó como objetivo afianzar una ciudad en la que todas y todos vivamos mejor; en la que se mejore la calidad de vida de la población y se reconozcan, garanticen y restablezcan los derechos humanos y ambientales con criterios de universalidad e integralidad, convirtiéndolo en un territorio de oportunidades que contribuya al desarrollo las personas, incluyendo como grupo poblacional de especial interés a adolescentes y jóvenes.

Desde los objetivos de una infancia feliz y protegida, y jóvenes ejerciendo derechos, se reconoce que una de las consecuencias de la falta de garantía en estos grupos es la presencia del fenómeno del embarazo y la maternidad adolescente, con énfasis especial en el grupo de 10 a 14 años, donde existe una relación muy importante con el abuso sexual infantil. En las metas del Plan de Desarrollo del Distrito se incluyó la reducción en un 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años y en un 20 % en adolescentes de 15 a 19 años.

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) en el contexto del Enfoque Promocional de Calidad de Vida ha venido adelantando acciones específicas en promoción de la salud bajo los principios de equidad, autonomía, derechos con perspectiva de género, y desarrollando proyectos que tienen un componente de responsabilidad por parte del sector salud, y que requieren un compromiso intersectorial amplio. Ejemplo de esto, es el proyecto Desarrollo de la autonomía de la salud sexual y reproductiva que tiene como propósito reconocer las diferencias, las diversidades y la complejidad de lo humano, en razón de la edad, género, raza/etnia, condiciones socioeconómicas, orientación sexual y así generar respuestas sociales que contribuyan a la calidad de vida y salud.

Desde esta perspectiva uno de los temas vitales para la salud de los adolescentes y jóvenes en el Distrito Capital es la promoción de los DSR y la SSR, facilitando el reconocimiento de la sexualidad en sus

múltiples dimensiones (afectiva, procreativa, comunicativa, erótica, ética), convocando la construcción de una respuesta integral e intersectorial que visibilice los diferentes ámbitos de vida cotidiana como escenarios de promoción de la salud y de las sexualidades seguras, placenteras y libres de violencia y discriminación.

Esta transformación conceptual que se da, sobre las condiciones de adolescentes y jóvenes para ejercer sus derechos y el Estado para garantizarlos, sacan al embarazo y la maternidad adolescentes de un marco sectorial de salud y los convierten en prioridad intersectorial. De ahí que los avances en prevención del fenómeno se atribuyen a las políticas sectoriales e intersectoriales combinadas que proveen un contexto favorable para que adolescentes y jóvenes se les protejan su DSR.

El comportamiento del fenómeno de embarazo adolescente muestra cómo, según datos del certificado de Nacido Vivo (DANE - Sistema de Estadísticas Vitales), se presentaron en 2000 (n= 22.443) nacimientos en adolescentes de 10 a 19 años y en 2010 (n=19.103) nacimientos, observando una disminución del 14,9%. Para el grupo de 10 a 14 años en el 2000 se presentaron (n= 540) y en 2010 (n=494) con una reducción del 8,5%. Con respecto a los nacimientos de 15 a 19 años, en el 2000 hubo (n= 21.903) pasando a 2010 con un (n= 18609) observándose una reducción del 15% (SDS, 2011: cifras preliminares).

Las disminuciones progresivas en los últimos años son corroboradas por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, donde el embarazo en adolescentes en Bogotá pasó de 22,6% (ENDS, 2005) a 17,5% (ENDS, 2010), muestran el avance positivo de varias políticas y programas combinados. Para poner un ejemplo, el programa de subsidios condicionados a la permanencia y rendimiento escolar mostró en un estudio reciente que logra una disminución del 2% en la presentación del fenómeno del embarazo en los grupos estudiados (Maldonado, declaraciones al diario El Tiempo: 2011).

La SDS ha realizado iniciativas sectoriales y de complementariedad intersectorial enfocadas a cumplir las metas relacionadas con el embarazo y la maternidad adolescente. Los programas de salud al colegio y salud a su casa tienen entre sus prioridades la población adolescente y joven, la prevención de los riesgos del ejercicio sexual

y reproductivo y la identificación y superación de vulnerabilidades. Por otro lado, los esfuerzos de reducción de mortalidad materna y perinatal, tienen entre sus grupos prioritarios al de las adolescentes que se embarazan y son madres.

En este marco de acciones para garantizar derechos, la SDS en sinergia con el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), establecieron un convenio de cooperación para realizar “Acciones de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y los DSR, con énfasis en la prevención de embarazo en adolescentes en Bogotá D.C” y cuyo objeto central fue

Apoyar a la SDS en la gestión de acciones que conlleven a mejorar la capacidad institucional y de los actores locales en la promoción de la SSR y los DSR, que faciliten la prevención del embarazo en adolescentes, mediante: el fortalecimiento de la capacidad técnica institucional; la movilización social, el desarrollo de estrategias de comunicación masiva y directa; la creación de conocimiento y la aplicación de sistemas de monitoreo y evaluación (Convenio 698 – 2008 - COL5R11A-SDS).

En el fortalecimiento de la capacidad técnica institucional se hizo énfasis en la formación de recurso humano en DSR y SSR incluido profesionales de la salud y de las ciencias sociales vinculados a los distintos programas y estrategias de prestación de servicios en la ciudad. Se desarrollaron instrumentos técnicos como el “Protocolo para la Atención Integral en salud de la Violencia Sexual”, donde Bogotá, asumiendo su papel de liderazgo en el nivel nacional, abrió el camino para que hoy el Ministerio de Protección Social haya afrontado el reto de diseñar, difundir y capacitar en el “Modelo de atención integral en salud de la violencia sexual”. Adicionalmente, se elaboraron otros instrumentos como la Guía de Consulta Abreviada para el Examen Sexológico Forense y la Guía de anticoncepción modernas, que permitieron además, capacitar a los/as prestadoras de servicios encargadas de estos ámbitos.

El Modelo de Servicios Amigables en Salud para Adolescentes y jóvenes (SSAAJ) se inició en la ciudad, primero tímidamente, para cerrar el 2010 con 30 SSAAJ. La línea central del desarrollo del modelo fue la capacitación de profesionales de catorce ESE y siete EPS.

En los aspectos de movilización social se desarrollaron estrategias de capacitación y sensibilización desde marcos lúdicos, pedagógicos, innovadores, y estrategias de comunicación educativa para la SSR y los DSR, dirigidas a integrantes de redes juveniles, adolescentes, jóvenes y profesionales de diferentes sectores como: Secretaría de Educación, Secretaría de Integración Social, ICBF, Planeación Distrital, Secretaría de Gobierno, Ministerio de Educación Nacional, Empresas Sociales del Estado (ESE) y Secretaría de Salud. Se lograron alianzas intersectoriales para el fortalecimiento de la Mesa Distrital y Mesas locales de Sexualidad y Género.

El diseño, implementación y evaluación de la estrategia de comunicación masiva “Que tu primer amor sea el amor propio” y de la estrategia educativa “Asómbtrate bajo el árbol de la vida”, fueron el centro de actuación para realizar comunicación en SSR y DSR. El conjunto de una estrategia de comunicación masiva y otra directa en las que, además, en muchos de sus desarrollos participaron adolescentes y jóvenes, mostraron niveles interesantes de recordación y acción y se convirtieron en referente para otras entidades territoriales del país.

En una concepción innovadora el Convenio abrió el espacio para desarrollar investigación, evaluación y sistematización, encaminadas a aportar nuevos elementos de conocimiento y experiencia para el abordaje del fenómeno del embarazo adolescente. La SDS anticipa y prevé con la gestión y construcción del nuevo conocimiento, las dificultades existentes entre el enfoque de derechos y los marcos normativos y vivenciales que requieren ser evolucionados en la ciudad y el país. Elementos como el cuestionamiento a la maternidad como eje central de la identidad femenina siguen al orden del día, sin que aún la sociedad colombiana tenga una respuesta que permita el desarrollo paralelo y complementario como mujeres y madres para quienes así lo deciden y una mirada respetuosa y que valide socialmente las opciones diferentes. De igual manera, la prevalencia de la paternidad ligada a la reproducción más que a la protección sigue incorporada a la identidad masculina y es aceptada socialmente sin cuestionamientos. Por otra parte, el sector salud sigue centrado en los eventos y no en el desarrollo humano de adolescentes y jóvenes como posibilitador de oportunidades individuales y colectivas.

Este libro compendia los principales resultados de los estudios que abordan el campo de la sexualidad, los cuales, además, han sido socializados con las partes interesadas de la ciudad y con esta publicación se ponen a discusión pública y al servicio de las personas y decisores a quienes les interesan estos ámbitos. Los textos reunidos tienen una variedad ontológica, epistemológica y metodológica. No pretenden dar la última palabra, sino dar aristas distintas sobre un fenómeno social complejo, sobre el que circulan intereses biopolíticos, económicos y sociales.

El primer documento de Carlos Iván Pacheco intenta hacer una síntesis de los hallazgos y recomendaciones de la línea de gestión y construcción del conocimiento del Convenio SDS–UNFPA. Permite resaltar la importancia de abrir las posibilidades epistemológicas y metodológicas en el estudio del fenómeno y proponer el compromiso de investigadores/as en la reflexividad y el autoanálisis.

El segundo trabajo del equipo de la Asociación Turmequé y su Centro de Investigaciones en Sociedad Salud y Cultura, aborda un tema contemporáneo: el encuentro de culturas diversas, dado por un fenómeno violento como el desplazamiento forzado en Colombia. Los significados de la maternidad, la paternidad y el embarazo están cruzados por estas historias de violencia en lo colectivo-político-social, pero también en lo individual por la violencia basada en género. Las miradas desde la subjetividad, la intersubjetividad y los contextos sociales en que ocurren las interacciones muestran las formas en que adolescentes y jóvenes les dan sentido a la maternidad, la paternidad y el embarazo.

El tercer trabajo, del equipo de la Corporación Misaisha, aborda un tema de extrema relevancia para la garantía de los DSR de adolescentes y jóvenes: ¿Cómo los profesionales significan la sexualidad, la maternidad, el embarazo y en general a los adolescentes? El trabajo da luces para diferenciar la acción técnica versus la acción moral que realizan las personas encargadas de atender a los/as adolescentes y jóvenes en los servicios de salud de Bogotá.

El cuarto texto del equipo de la Corporación Sinergias – Health Alliance International, trata el importante tema de las barreras y facilitadores

en el acceso a servicios de adolescentes y jóvenes en Bogotá. Muestra como aún persisten elementos administrativos, políticos y culturales que hacen que no se les garantice sus derechos a los/as adolescentes y jóvenes.

El quinto texto de Botero, Osses & Clavijo entrega los resultados de la sistematización sobre la Línea de Movilización Social del Convenio. Resalta la importancia de la concepción de una movilización social amplia que trascienda la comunicación para avanzar en la participación social efectiva y el advocacy para la garantía y la exigibilidad de derechos.

Finalmente el equipo de ECHO – CARACOLA, presenta los resultados de la evaluación de la estrategia de comunicación del Convenio. La importancia de partir de los enfoques de determinación social y derechos sexuales y reproductivos se hace evidente en cualquier estrategia que pretenda incidir en una comunicación para el cambio social.

Cada uno de los textos aporta distintas conclusiones y recomendaciones que son de utilidad para la ciudad, pero también para decisores/as, investigadoras/es, que pretenden acercarse a la complejidad del fenómeno del embarazo y la maternidad adolescente. Se espera que este libro ayude en esa dirección y permita seguir profundizando una visión que remita a la necesidad de trabajar por la igualdad, la equidad, la libertad y dignidad de adolescentes y jóvenes de la ciudad y del país.

LAS EDITORAS / EDITORES

Referencias bibliográficas

- STERN, CLAUDIO. (marzo - abril de 1997). *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. Salud pública de México/ Vol.39, no.2.
- STERN, CLAUDIO Y ELIZABETH GARCÍA. (2001). Hacia un nuevo enfoque en le campo del embarazo adolescente. En Stern, Claudio y Figueroa, Juan Guillermo (coords). *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*. El Colegio de México. México.
- STERN, CLAUDIO. (2003). *Significado e implicaciones del embarazo adolescente en distintos contextos socioculturales de México: reseña de un proyecto en proceso*. Estudios Sociológicos. Distrito Federal. El Colegio de México, AC, pp. 725-745.

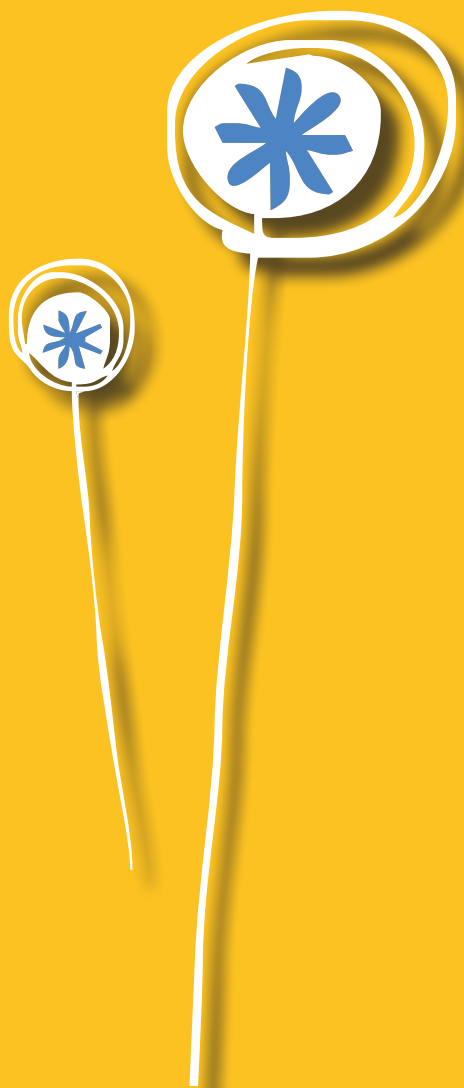


Siglas

AJ	Adolescentes, Jóvenes
APV	Asesoría y Prueba Voluntaria
CADE	Centros de Atención Distrital Especializado
CAPSE	Centro de Atención Primaria en Salud Escolar
CCV	Citología Cérvico Vaginal
CRES	Comisión de Regulación en Salud
CUPS	Códigos Únicos de Procedimiento de los Servicios
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Entidad Promotora de Salud
EPS-C	Empresa o Entidad Promotora de Salud Contributivo
EPS-S	Empresa o Entidad Promotora de Salud Subsidiado
ESE	Empresa Social del Estado
IPGD	Unidades Primarias Generadoras de Datos
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
IPSP	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-Régimen Privado
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo

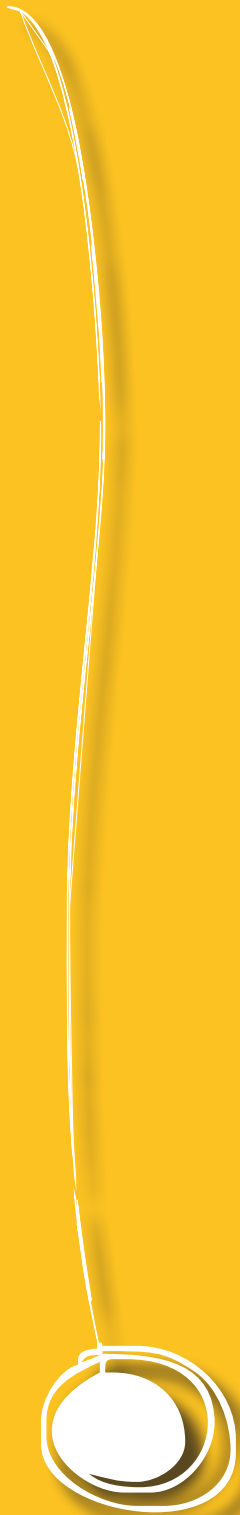


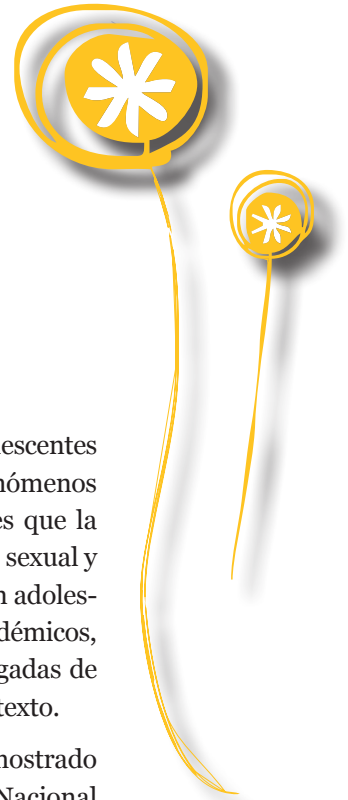
MAC	Métodos Anticonceptivos Modernos
MPS	Ministerio de la Protección Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
P y P	Promoción y Prevención
PESCC	Programa Educación Sexual y Construcción de Ciudadanía
PF	Planificación familiar
PIPSA	Programa Integral de Promoción de Salud al Adolescente
POS-S	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado
PSD	Población en Situación de Desplazamiento
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SIDBA	Sistema de Información Distrital sobre Barreras Sectoriales a la Garantía del Derecho a la Salud.
SSAAJ	Servicio de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas



**BOGOTÁ: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
PARA EL ABORDAJE DEL FENÓMENO
DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

CARLOS IVÁN PACHECO SÁNCHEZ





La salud sexual y reproductiva (SSR) de las personas adolescentes se ha tornado una prioridad en salud pública por los fenómenos problemáticos cada vez más prevalentes e incidentes que la afectan. Un debate recurrente sobre el embarazo, la violencia sexual y las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes, ha acompañado los últimos 20 años foros académicos, medios de comunicación y administraciones públicas encargadas de estos temas. La ciudad de Bogotá no ha sido ajena a este contexto.

En Bogotá la proporción de embarazo de adolescentes ha mostrado una reducción importante de 5,1 % según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Luego de mostrar una progresión de 16,7 % a 22,6% durante el periodo 2000 - 2005, en 2010 la cifra alcanzó el 17,5% (ENDS, 2010). Junto con Medellín y Cali son las ciudades que muestran mayores éxitos en la reducción del embarazo adolescente. Sin embargo, las cifras prevalentes siguen siendo altas y generan preocupación social y política.

Los dos últimos gobiernos de la ciudad de Bogotá se han caracterizado por su apuesta en lograr la garantía de derechos sociales fundamentales de sus ciudadanos y ciudadanas. Énfasis en los derechos a alimentación, educación y salud han estado en el centro de la política social Distrital. Específicamente, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) hizo un reconocimiento de los efectos negativos del ejercicio de la sexualidad en adolescentes y jóvenes y se fijó metas específicas de reducción del embarazo adolescente¹. Programas y

¹ La actual administración ha definido, dentro del Plan Distrital de Salud, como metas reducir en un 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (considerado abuso sexual) y en 20% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años.

acciones sectoriales e intersectoriales han estado enfocados al cumplimiento de estas metas^{2,3}.

Una de las formas de materialización de las acciones conducentes a la meta es el Convenio 698 de 2008 firmado entre la SDS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) mediante el proyecto COL/5R/11A-SDS: “Acciones de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes en Bogotá”. En una nueva etapa de apoyo de la cooperación internacional se da un proceso de sinergia entre la SDS de Bogotá, entidad territorial líder en el país en muchos de los temas de la agenda de salud y el UNFPA, agencia de cooperación encargada del mandato de promoción y seguimiento del Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), realizada en el Cairo en 1994⁴.

- 2 Algunos ejemplos son los programas salud al colegio y salud a su hogar del sector salud, la gratuidad de educación básica y media, los subsidios educativos condicionados, los programas de nutrición escolar y la política de género.
- 3 El Distrito Capital, teniendo en cuenta los lineamientos de esta Política y en el contexto del Enfoque Promocional de Calidad de Vida, ha venido adelantando acciones específicas en promoción de la salud bajo los principios de equidad, autonomía, derechos con perspectiva de género, así como de gestión de programas, planes y proyectos dirigidos a prevenir aquellos eventos de interés en Salud Pública en materia de Salud Sexual y Reproductiva, como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA, la reducción en la transmisión del VIH de madre a hijo, la sífilis gestacional y congénita, la prevención de embarazos no planeados con énfasis en población adolescente, la reducción de la mortalidad materno – perinatal, la eliminación de todo maltrato, abuso y violencia sexual, la prevención del cáncer de cuello uterino, entre otras” (Convenio SDS – UNFPA, Estudios previos investigaciones).
- 4 La CIPD es una conferencia pionera en situar en el centro del desarrollo la salud sexual y reproductiva de las personas y especialmente de adolescentes y jóvenes. También es allí donde se hace un reconocimiento a que los derechos reproductivos no son derechos nuevos, sino son los mismos derechos humanos aplicados al campo de la reproducción. Un año más tarde en la conferencia para la mujer de Beijing se hizo el mismo reconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos (Davis: 2008).

El Convenio cuenta con una línea de acción en gestión del conocimiento compuesta por la realización de investigación, documentación, sistematización, monitoreo y evaluación de los procesos adelantados por la SDS para la reducción del embarazo en adolescentes y jóvenes que viven en la ciudad de Bogotá y principalmente en las cinco localidades de mayor incidencia del fenómeno: Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba, Bosa y San Cristóbal⁵. La generación de conocimiento para la acción se convierte también en una prioridad de salud pública y de SSR.

En este marco, el Convenio SDS-UNFPA realizó varios estudios entre los cuales ha escogido cinco por su relevancia y aporte al conocimiento en términos de sexualidad adolescente y juvenil, “actores/as” y servicios de SSR, aprendizajes, obstáculos y buenas prácticas en las acciones de movilización social y comunicación realizadas en el marco del Convenio. Adicionalmente, ha solicitado realizar

una lectura analítica y comprensiva de los (5) cinco documentos producto de la línea de gestión del conocimiento del convenio SDS-UNFPA, generando un análisis cruzado de tres (3) investigaciones, una sistematización y una evaluación realizadas durante los años: 2009, 2010 y 2011 en el marco convenio SDS-UNFPA, revisando las categorías, resultados, conclusiones y recomendaciones para la prevención del embarazo en adolescente y el ejercicio de una sexualidad sana, responsable y placentera⁶.

Metodología

Se realizó una lectura comprensiva de los cinco informes finales teniendo en cuenta que cada uno de ellos tenía un objetivo específico,

- 5 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Salud Pública-Área de Vigilancia en Salud. Nacimientos en Adolescentes por Localidad 1999-2007.
- 6 Estudio previo: edición para publicar tres (3) investigaciones, una sistematización y una evaluación, realizadas en el marco del Convenio SDS-UNFPA, en los años 2009, 2010 y 2011.

un marco territorial y de sujetos de estudio, un presupuesto epistemológico, unas elecciones metodológicas y unas categorías de estudio, lo que produjo unos resultados, conclusiones y recomendaciones derivadas de las especificidades previas dadas por cada equipo de investigación.

En esta perspectiva y tomando en cuenta las limitaciones para comparar los cinco trabajos incluidos se intenta realizar un proceso de lo que en investigación cualitativa se llama “metasíntesis” (Barroso & Powell – cope, 2000; Field & Marck, 1994; Jensen & Allen, 1994; Sleutel, 1998; Spear & Lock, 2003). Aunque no todas las investigaciones incluidas son puramente cualitativas los hallazgos cuantitativos explican o son explicados por los componentes cualitativos del estudio, por lo que la metodología propuesta para el análisis cruzado permite hacer una interpretación hermenéutica de resultados, conclusiones y recomendaciones.

No todas las investigaciones explicitan los marcos en los cuales actúan e interpretan la realidad. Por esta razón un esfuerzo inicial es enmarcar, con el riesgo de no interpretar a la autoría, la base epistemológica de la cual parte. En esta perspectiva, y además destacando otros elementos de cada uno de los estudios, se ha organizado la tabla 1.

Cómo puede observarse en el tipo de estudio es recomendable realizar comparaciones entre las investigaciones que podrían considerarse complementarias y que indagan en los sujetos de garantía de derechos, esto es en adolescentes y jóvenes, y aquellos que por condición laboral actúan como garantes. En esta perspectiva se reúnen las tres primeras investigaciones, aunque la cuarta y la quinta también indagan a adolescentes y jóvenes y pueden dar insumos para la discusión de resultados que se intersecan o se contradicen. Los dos últimos estudios: la sistematización de la línea de movilización social y la evaluación de estrategias de comunicación del Convenio dan cuenta de las lecciones aprendidas, los obstáculos y vacíos, y las buenas prácticas.

Tabla 1. Investigaciones incluidas en la línea de gestión del conocimiento Convenio SDS-UNFPA

ESTUDIO	ENFOQUE TEÓRICO	DISEÑO METODOLÓGICO	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN	SUJETOS	RELACIONES
NIETO et. al. Aproximación a los significados de la paternidad, la maternidad y el embarazo adolescente en contextos de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá 2010.	Construccionismo social, reconocimiento de la alteridad.	Etnografía, principio epistemológico positivo, auto reflexión y autoanálisis.	Observación etnográfica, trayectorias sexuales y afectivas (Bourdieu, Heilborn), Arte y autorepresentación, Cultura material.	Dos (2) barrios, adolescentes y jóvenes desplazados/as y receptores/as, organizaciones de base comunitaria, funcionarios/as de salud.	Significados, Maternidad, Paternidad, Embarazo, Desplazamiento, Recepción.
PAVAJEAU et. al. Significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud de adolescentes y jóvenes.	Socio construccionista Representaciones sociales.	Cualitativo – Hermenéutico comprensivo.	Teatro invisible, Entrevistas a profundidad, grupos focales, escala de actitudes.	Personal de servicios de salud médicos/os y enfermeras/os, y auxiliares enfermería.	Discursos, significados, comportamientos y actitudes acerca del ejercicio sexual, el embarazo, maternidad y paternidad.
MONTOYA et. al. Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR de la Red Pública y Privada de Bogotá.	Epidemiología, salud pública, adolescencia desde la perspectiva biomédica, reconocimiento al discurso del actor social.	Observacional descriptivo Cuantitativo – cualitativo	Encuestas, entrevistas, grupos focales y observación directa.	EPS, ESE, Adolescentes y jóvenes usuarios de servicios, Prestadores/as.	Barreras de acceso: políticas, administrativa, socioculturales, servicios de salud para adolescentes y jóvenes.
OSSES et. al. Movilización Social por los (DSR) en Bogotá.	Interpretación crítica, hermenéutica.	Documentación Sistematización Ex post cualitativa crítico – interpretativo.	Entrevistas estructuradas y semi estructuradas, Grupos focales y Talleres.	Adolescentes y jóvenes, expertos/as y talleristas, funcionarios/as de SDS - UNFPA Convenio.	SSR, DSR, enfoques, movilización social.
CADAVID et. al. Evaluación ex-post de la estrategia de comunicación "que tu primer amor sea el amor propio".	Comunicación para el cambio social, Agencia de los sujetos, determinantes sociales de la salud.	Evaluación Ex post cualitativa –cuantitativa.	Entrevistas estructuradas, análisis de documentos y piezas, grupos focales y sondeos, talleres de memoria (colchas etnográficas).	Adolescentes y jóvenes, funcionarios/as SDS, UNFPA y Convenio.	Marcos conceptuales DSR. Determinantes sociales, estrategias de comunicación. Conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad.

Síntesis de hallazgos

En este apartado se pretende hacer una mirada sobre aspectos relevantes que cruzan a los cinco estudios analizados desde la perspectiva del autor de este artículo. Para este efecto se utilizará la metáfora del lente con que se mira, instrumento óptico preciso, pero que aunado a la experiencia cultural y epigenéticamente adquirida, es también subjetivo, impreciso y adaptado al *habitus* profesional y vivencial del autor. En la perspectiva de autoanálisis y reflexividad por tanto, lo que se presenta no pretende ser “objetivo” ni neutral, sino más bien aprovechar la mirada de otros/as (con sus propias lentes), para leer desde la experiencia y convicción propias, lo que pueda ser una aproximación sintética a los hallazgos sobre los objetos de estudio. Se espera que la superposición de lentes, la de los/as investigadores/as y la del autor de este trabajo, produzca alguna claridad adicional y no la distorsión o borrosidad que a veces proporcionan lentes que no están a la medida.

Por supuesto, además del propio deseo de “opinar calificadamente” sobre los cinco estudios, está el interés de las instituciones financiadoras a quienes les concierne el ejercicio de completar una mirada integral que permita acciones y políticas más eficaces en los campos de la SSR y los DSR de adolescentes y jóvenes. Estos intereses, también forman parte del mundo social que se quiere mirar, pues han definido acciones con límites financieros y temporales y además, perspectivas de la gestión del conocimiento derivado, que marcan los resultados analizados.

En este contexto y límites del trabajo se comienza presentando una mirada sobre las epistemologías que desde el punto de vista del autor están explícitas o implícitas en las investigaciones, la sistematización y la evaluación revisadas. En segundo lugar se hace mención de aquellos elementos metodológicos que son necesarios resaltar. En tercer lugar se presentan resultados coincidentes, complementarios o divergentes que permitan tener una síntesis integral de los fenómenos estudiados, siempre enmarcados en las limitaciones para comparar los estudios revisados, y por último se enuncian conclusiones y recomendaciones nuevas o complementarias a las ya enunciadas en los estudios originales.

Primer lente: sobre las epistemologías que circulan

“Por su parte, los epidemiólogos se sienten presionados permanentemente a considerar como “hechos” sólo los casos que pueden ser identificados y contados, ya que, acá también, sin casos, no hay tasas. Y sin tasas..., pareciera, no hay epidemiología. (SAMAJA, 2004: 169)

Un primer hallazgo interesante sobre los estudios revisados tiene que ver con el punto de partida epistemológico que sustenta varios de ellos. Una gran variedad de estudios sobre embarazo adolescente que se han realizado en el país y las miradas de sistematización y evaluación sobre SSR y DSR reconocen influencias del entorno sociocultural y estudian su relación en tanto variables “culturales” o “sociales”. Pero en el ánimo de encontrar las “leyes” que gobiernan el fenómeno, su causalidad, y de capturar la “realidad objetiva” se olvidan de la dinámica social, de los significados y sentidos que las personas elaboran sobre su vida y sus relaciones y la historicidad que las acompaña. Esto en el campo de la sexualidad, campo relacional por excelencia, puede conducir a distorsiones y generalizaciones que impiden transformar los fenómenos problemáticos que se abordan.

En el conjunto de estudios realizados por el Convenio y revisados para este texto, predomina una mirada sobre la sexualidad que se puede englobar en el término “construccionismo social”, que en el campo de la sociología de la sexualidad es una forma de describir la historicidad ante los cuerpos y la sexualidad (Foucault, 1981; Weeks, 1985, 1986). Cómo explica Jeffrey Weeks:

Nuestra comprensión de las actitudes hacia el cuerpo y la sexualidad debe partir de su contexto social específico, del estudio de las variantes históricas y culturales que condicionan el surgimiento de ciertos atributos importantes, asignados a la sexualidad en un periodo particular; además, deben descubrirse las diversas relaciones de poder que conforman y hacen ver la conducta como algo normal o anormal, aceptable o inaceptable. (Weeks, 1998).

Este campo propone que los significados que se dan al cuerpo y la sexualidad están socialmente organizados, sustentados en una variedad de lenguajes que dicen qué es el sexo, qué debe ser y qué

puede ser. En este enfoque, entonces, se investigan las vivencias de la sexualidad y la reproducción de las personas estudiadas, para develar los significados que sobre ellas tienen.

Es así como las investigaciones de los “Significados sobre maternidad y paternidad en adolescentes desplazados” (Nieto et. al., 2011) y en la de “Significados, actitudes y comportamientos de los prestadores de servicios de salud” (Pavajeau et. al., 2011), explicitan y se comprometen con un paradigma que ontológicamente plantea que se logra acceso a la realidad por conducto de las interpretaciones subjetivas que de la construcción social se hagan y la postura de las personas que investigan, debe, además, considerar que el conocimiento de la realidad está necesariamente en función del contexto y del discurso que se usa (Castro, 2002: 60). En este marco de referencia los ejercicios de reflexividad y autoanálisis (Bourdieu, 1999) cobran una relevancia inusitada pues se comprende que las investigaciones desde su concepción hasta su realización se encuentran vinculadas a exigencias e intereses de las personas que investigan y que provienen del contexto subjetivo, social y político en el que el trabajo se propone y realiza (Amuchástegui, 2002:140). Las investigaciones, sistematizaciones y evaluaciones adquieren una dimensión social integradora, donde investigadores/as, investigados/as, instituciones financiadoras y el mundo social en general tienen intencionalidad y están lejos de la “neutralidad”.

En el sentido institucional político vale reconocer el papel del convenio SDS-UNFPA y sus comités -técnico y directivo- porque generaron estudios previos, que si bien no constituyeron camisa de fuerza en las convocatorias, sí establecieron un marco creativo orientado hacia el estudio de las significaciones, los sentidos y las disposiciones prácticas que las personas adolescentes, jóvenes y prestadoras de servicios dan a campos como la sexualidad y ámbitos específicos como las relaciones sexuales, la maternidad, la paternidad y el embarazo adolescentes (Ver estudios previos, línea de gestión del conocimiento, Convenio SDS-UNFPA: 2009, 2010). Para el caso de la sistematización y la evaluación analizadas los estudios previos también incluyen la mirada sobre cambios socioculturales atribuibles a las acciones realizadas.

En el caso de la sistematización y la evaluación analizadas los grupos de investigación también se sitúan en una perspectiva que

reconoce los hechos sociales como construcción de sentido, partiendo de los “entramados culturales a partir de los cuales las personas adolescentes y jóvenes reciben, reinterpretan y apropian los mensajes de las estrategias de comunicación” (Cadavid, et. al., 2011: 5) y “dando un lugar privilegiado al punto de vista de los actores, a la subjetividad, así como a la lógica y a los sentidos que están presentes en las prácticas” (Osse, et. al. 2010: 9).

El estudio sobre barreras y facilitadores de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR de la Red Pública y Privada de Bogotá, D.C se sitúa en una perspectiva más epidemiológica y de salud pública, y combina aspectos de reconocimiento de la perspectiva del actor social. El abordaje realizado muestra cómo la integración de perspectivas de la salud pública y de las ciencias sociales produce conocimiento relevante para la garantía de los derechos de adolescentes y jóvenes.

La asunción en diferentes niveles de una epistemología que releva la subjetividad y la agencia de los sujetos tiene ventajas en el campo social de la salud y específicamente en el de la SSR:

Si en cambio, el “hecho” de salud/enfermedad/atención es concebido como un componente de un sistema de procesos comunicacionales, entonces, es posible reponer una visión concreta, dinámica y comprensiva del problema. Esta concepción permite una recuperación de los significados que allí están dados y permite, además, proponer variables teóricas que den sentido a esos patrones patológicos como formas significativas sustitutas o normas alternativas frente a alteraciones en la discursividad esperada de la vida. La enfermedad puede ser considerada no sólo como un hecho – cosa o como un hecho – efecto, sino también como un hecho – narración, que enhebra peripecias o ciclos de acciones alternativas cuando la narración deseable ha sido obstruida por circunstancias contextuales, susceptibles de ser interpretadas y no solamente computadas. (Samaja, 2007: 170).

Segundo lente: metodología y técnicas

Coincidente con las apuestas epistemológicas los cinco estudios revisados han optado por abordajes cualitativos puros o combinados. Los métodos cualitativos acuden a la interpretación de la subjetividad individual y de la intersubjetividad resultante de la interacción.

Sociológicamente la perspectiva cualitativa se refiere al significado que la realidad tiene para los individuos y la manera en que estos significados se vinculan a su conducta (Castro, 2002: 64). En el caso del fenómeno del embarazo adolescente esta perspectiva sociológica tiene una importancia sustantiva para la acción y las políticas.

Las propuestas metodológicas abordadas dan cuenta de una concepción de los actores sociales con márgenes de libertad y creatividad individual para decidir el curso de sus acciones, o individuos no racionales (Alexander, 1992), combinado con una concepción del orden social donde los patrones y regularidades existen previamente a los individuos y por lo tanto los influyen (Abordaje colectivista). Estas premisas permiten lo que se ha dado en llamar “enfoques no racionales – colectivistas, o hermenéuticos” (Castro, 2000: 33). Citando a Dilthey “cada individuo es un punto donde convergen redes de relaciones: estas relaciones atraviesan los individuos, existen dentro de ellos, pero también trascienden la vida de ellos y poseen una existencia independiente y un desarrollo propio” (Dilthey, 1976: 179). La interdependencia y complementariedad de los niveles de realidad, individual y colectivo, microsocioal – macrosocioal dirían otros, son evidentes en este abordaje metodológico.

Los estudios analizados se mueven, entonces, con diverso grado de filiación, con métodos que permiten estudiar los contextos sociales y los individuos que interactúan en ellos. Sin embargo, algunos hacen más énfasis en el estudio individual de la subjetividad y la intersubjetividad sin entrar a revisar o profundizar en el entorno “totalizante” de las instituciones o los territorios donde ocurre la acción. Lógicamente, esto también tiene que ver, además de aspectos metodológicos, con aspectos logísticos de tiempo y presupuesto para el desarrollo de investigaciones y estudios.

Es deseable que en el futuro los objetos y sujetos de estudio, planteados por el Convenio, puedan ser abordados en procesos de profundización que permitan de manera más clara estudiar la interdependencia de los niveles macro y micro social⁷. Esto requiere otros límites temporales y financieros para las investigaciones y quizás la generación de programas de investigación interdisciplinarios a mediano y largo plazo, que además integren todos los aspectos relacionados a la SSR y los DSR de adolescentes y jóvenes, incluidos los “culturalmente sensibles” como el aborto, la anticoncepción de emergencia y la licitud de la sexualidad adolescente y joven entendida como un derecho humano.

Es de resaltar el uso de estrategias novedosas, acompañadas de técnicas usuales de investigación, para acercarse a la comprensión del sentido que los sujetos tienen sobre los fenómenos estudiados. El uso del teatro foro y el teatro invisible en dos de las investigaciones y la realización de talleres de memoria en la evaluación de la estrategia de comunicación son aportes indudables al abordaje de temáticas relacionadas con la sexualidad, los DSR y la SSR.

Mantener la rigurosidad en el uso de estas estrategias y enmarcarlas en apuestas epistemológicas pertinentes son retos para la SDS-UNFPA y para los investigadores/as en estos temas. La recuperación de estrategias –como las descritas- inventadas y probadas en el marco de la educación popular, la investigación, acción participativa y la acción colectiva en Latinoamérica, es también un reconocimiento al acervo epistemológico y metodológico – técnico creado por científicos sociales latinoamericanos y no suficientemente reconocido por el mundo científico, muy apegado a las directrices anglosajonas. Los resultados de las investigaciones revisadas son la muestra de la vigencia de ese pensamiento y permiten recomendarlo en futuros estudios e investigaciones.

⁷ La consideración de las comunidades como sujetos de estudio, además de las trayectorias individuales con historicidad, la mirada de la cultura material y el involucramiento de la auto reflexión y el auto análisis hace que el trabajo sobre significados de maternidad – paternidad en adolescentes desplazados sea el que más encaja en la perspectiva hermenéutica de interdependencia del orden social y la acción social.

Nuevas propuestas como el uso de trayectorias afectivo sexuales (Heilborn, 2006), el estudio de la cultura material, así como técnicas ligadas al arte y auto representación (Nieto, 2006), para el estudio de la sexualidad la SSR y los DSR son promisorias para la producción de conocimiento nuevo. La integración de métodos “clásicos” como los estudios observacionales de corte cuantitativo, con métodos cualitativos que recogen la voz del “actor social” muestra también su potencia en el análisis de barreras de acceso a los servicios. Para el futuro, quizás la combinación de las estrategias novedosas, presentadas en estos estudios, con perspectivas de la epidemiología y de la salud pública permitirá encontrar nuevas respuestas a viejos y nuevos interrogantes.

Tercer lente: resultados

Dados los limitantes de comparación de los estudios revisados -que se representan por preguntas diferentes, universos y sujetos de estudio disímiles, epistemologías y marcos teóricos a veces convergentes y otras divergentes, variedad de métodos y planes de análisis- en este apartado se seleccionarán aquellos aspectos resultantes que se intersecan, se complementan o brindan explicaciones adicionales. Se pretende no abundar en lo ya dicho por los estudios individuales. Se concentra el esfuerzo analítico en aspectos que han sido relevados como importantes o fundamentales ya sea por los “actores/as” involucrados/as como sujetos de investigación o por los equipos que indagaron las distintas preguntas de investigación.

Las miradas de los profesionales del campo médico sobre adolescentes y jóvenes

Un primer hallazgo complementario y en cierta medida divergente tiene que ver con la mirada que asumen las personas prestadoras sobre el mundo adolescente y juvenil. En uno de los estudios se relata como “los prestadores reconocen a adolescentes y jóvenes como una población que está expuesta a múltiples factores de riesgo sociales,

psicológicos y físicos tales como sustancias psicoactivas, maltrato físico y problemas del aprendizaje⁸, entre otros” (Montoya et. al. 2011:15). Por otro lado, (Pavajeau et. al., 2011), en su análisis hacen una mirada crítica frente a la visión homogeneizante⁸ y a veces estigmatizante que hacen los actores de los servicios sobre la adolescencia y juventud, sobre todo, si se trata de población pobre y vulnerable. Si bien es cierto que después de la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo (Naciones Unidas, 1994), la adolescencia irrumpe como categoría de análisis y como grupo de acción de políticas mundiales en el ámbito de la SSR, el análisis de la categoría y el objetivo de las políticas han puesto su foco en lo que se denomina la problemática de los adolescentes⁹ (Suárez, et. al., 1985, Maddaleno, et. al., 2003).

¿De dónde provienen esas miradas que los/las profesionales y técnicos/as de los servicios hacen de la adolescencia y juventud? ¿Qué efectos tiene esa mirada?

En primer lugar los marcos desde la biomedicina, la clínica y la epidemiología hacen que las personas que se forman en contextos de la salud asuman los discursos hegemónicos sobre las maneras de estar enfermo o saludable de un grupo social determinado. En este sentido, que la adolescencia y juventud sean un grupo de interés es importante en tanto su visibilidad puede generar reconocimiento como sujetos de derechos y ciudadanos. Por otro lado, centrarse en la versión negativa o problemática de su salud asimilándolos a grupos

8 La sexualidad adolescente es percibida como problema y es asociada a la vez con una serie de problemáticas “típicas” de este periodo de la vida como el uso de sustancias adictivas, violencia y embarazos tempranos (Pavajeau et. al., 2011: 45).

9 La adolescencia se había considerado como una etapa relativamente exenta de problemas de salud, pero hoy se está haciendo evidente que los adolescentes y jóvenes enfrentan fenómenos problemáticos como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, violencia, incluidos accidentes y suicidios. Otros de los riesgos para la salud relacionados con la vida sexual y con la reproducción, son las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y los embarazos no deseados.

homogéneos, con una línea de vida coincidente con los prejuicios, creencias, y percepciones de los prestadores/as¹⁰, no permite ver las potencialidades, ni consultar sus deseos y necesidades¹¹. De allí que también los estudios sobre prestación de servicios recogidos en la revisión muestren la poca importancia que le dan los/as profesionales a la participación de adolescentes y jóvenes en la planeación y ejecución de programas y servicios.

En segundo lugar varios autores han mostrado cómo la manera en que se constituyen los problemas de atención en la práctica médica (para este caso: el embarazo adolescente, el uso de sustancias, etc.), combinados con los procesos y prácticas de formación, se reflejan en la interacción y atención brindada en los servicios (Good, 2003). De ahí que, cuando uno de los actores del teatro invisible relata que consume marihuana de manera ocasional cada tres meses, el médico que lo atiende extiende una interconsulta a psiquiatría, sin dar mayor explicación al porqué esa “conducta profesional”. Las intervenciones o prescripciones ligadas al concepto de riesgo en el campo médico se presentan como necesarias, justificables y “basadas en la evidencia” considerada a su vez científicamente neutral¹² (Erviti, Sosa & Castro, 2007).

- 10 Coincidente con lo que plantean en este sentido Pavajeau et. al., otros estudios en América Latina muestran como “los esquemas de percepción y apreciación de los médicos definen sus disposiciones y prácticas cuando atienden a las mujeres en los servicios de salud reproductiva”, apreciación que es igualmente válida para la atención en SSR y en general las atenciones para adolescentes y jóvenes.
- 11 Por otro lado, el grupo de decisores entrevistados/as sugieren no ver la SSR como una problemática – embarazo adolescente y sus consecuencias, ITS/VIH/Sida, aborto— sino plantearla desde las potencialidades de adolescentes y jóvenes, aprovechando esta etapa de la vida que ofrece enormes oportunidades para la consolidación de identidades y construcción de autonomía Montoya et. al. (2011).
- 12 Las nociones de riesgo en medicina y epidemiología se refieren a un concepto matemático, de probabilidad de ocurrencia de un fenómeno en los grupos sociales, y que sigue siendo de importancia central en la toma de decisiones. Sin embargo, en el campo médico circulan interpretaciones que equiparan lo probable a lo fáctico, produciendo miradas homogéneas y a

En tercer lugar como lo muestran Nieto et. al., Pavajeau et. al., los discursos y prácticas profesionales reproducen identidades femeninas y masculinas, etiquetas y prejuicios, mediadas por la moral dominante y el orden genérico prevaleciente que controla y supervisa la conducta sexual y reproductiva (Erвити, 2010). De hecho, en el grupo de adolescentes y jóvenes se combinan las miradas “adultocéntricas”, las ideologías de género y diferenciales para hombre y mujeres y una no aceptación como seres sexuales. Investigaciones en América Latina muestran como los estereotipos de género y las morales hegemónicas para hombres y mujeres se hacen presentes en el campo médico. El sexo seguro y el uso de métodos anticonceptivos se enfrenta a las ideas de femineidad y masculinidad: Los hombres piensan que son las mujeres las que deben utilizar los métodos y ellas piensan que son ellos los que deben “saber” y orientar en estos elementos (Gogna & Ramos, 1996, Stern, 2007). Las vulnerabilidades en SSR y la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos se relaciona con la divergencia existente entre la moral sexual para los mujeres y para los hombres (Szasz, 1998, Pacheco & otros, 2007)¹³. A estas miradas no escapan los proveedores de servicios de salud, incluidos los/as profesionales, técnicos y auxiliares, así como el personal administrativo de los servicios de salud.

Con las consideraciones anteriores, como lo manifiesta Roberto Castro, el campo médico se presenta como paradójico ya que las instituciones de salud son un espacio de ejercicio de los derechos, de

veces estigmatizantes de ciertos grupos. De igual manera el término “medicina basada en la evidencia” ha transitado de un concepto epidemiológico y de clinimetría, a un cliché en el que se justifican todas las acciones en el campo de la salud, incluidas aquellas basadas en prejuicios, representaciones sociales e imaginarios hegemónicos. De otra parte, desde algunas personas que están en la disciplina social cualquier referencia al riesgo es vista con desconfianza, por la utilización ideológica que se le ha dado al concepto matemático y epidemiológico.

13 La mirada social sobre la maternidad englobante, cuidadora de todos y todas y ligada al universo femenino que se muestra en el estudio de significados de la maternidad y paternidad en adolescentes desplazados, es un ejemplo claro de este aspecto.

la ciudadanía, pero de otra parte, la participación de los usuarios/as, sobre todo de las mujeres, es problemática, por la estructura organizativa disciplinaria diseñada para mejorar la eficiencia (filas, tiempos de espera, tiempos de atención, llenado de formularios, forma de dirigirse a las usuarias/os), y que presupone la obediencia y la conformidad del usuario/a. Como concluye el autor: “A los hospitales públicos las mujeres acceden en su calidad de ciudadanas, porque es su derecho. La atención que ahí reciben, sin embargo, es vivida en términos despersonalizantes y la posibilidad de reclamar sus propios DSR (i.e. trato de ciudadana y no de paciente) se ve reducida al mínimo o eliminada” (Castro, 2010: 57). Estas afirmaciones para el caso de las mujeres son igualmente válidas y quizás en mayor medida para adolescentes y jóvenes mujeres y también, aunque con menor énfasis en adolescentes y jóvenes varones.

Los sentidos de adolescentes y jóvenes sobre “las problemáticas”

Mientras los prestadores/as homogenizan a adolescentes y jóvenes de sectores populares en categorías cerradas basadas en el sentido común construido del “riesgo”, en los espacios sociales (barrios o comunidades), los fenómenos como el embarazo adolescente son parte del paisaje¹⁴: La paradoja entre el embarazo como “metida de patas” y de la maternidad como el “valor máximo de la femineidad” producen significados que marcan las trayectorias vitales y afectivo sexuales de adolescentes y jóvenes.

- ❁ ¿Qué ocurre en los espacios referenciales de adolescentes y jóvenes para construir su sentido de lo que ocurre con su sexualidad y reproducción?

Como muestra el estudio de barreras de acceso, la mayor preocupación parental frente a hijas/os se refiere también a problemáticas

¹⁴ De manera literal el embarazo circula en el paisaje urbano de las comunidades receptoras y desplazadas de Ciudad Bolívar. Pero también circula en lo socio simbólico con significaciones que divergen de acuerdo con las normas hegemónicas dictadas sobre lo “normal” y lo “anormal”

como el embarazo adolescente o las ITS. Otros estudios muestran como, la preocupación por el embarazo adolescente de madres/padres tiene que ver con la sanción social que produce que la hija haya “fallado en cuidarse” o “metido las patas” (Pacheco et. al., 2007) Por su parte la mayor preocupación para los maestros/as tiene que ver con el inicio de relaciones sexuales, que antecede la cascada problemática.

En este marco valorativo adolescentes y jóvenes idealizan el momento para iniciar relaciones sexuales y tener los hijos/as. La mayoría de las veces en un futuro en que son profesionales y empleados/as, en una historia construida externamente (por otras/os: médicos/as, maestros/as, padres/madres, etc.,) sobre sus proyectos de vida y que no se sitúa en el contexto en que sobreviven niñas, niños y adolescentes. Otras, aprenden el sentido de ser mujer – familia, no autónomas, sino ligadas a cuidar a los otros y otras. Al amor y el goce de recibir afecto y darlo en la figura del hijo/a, a sacrificarse, a prenderse del proyecto social de la familia

Como hecho paradigmático y que permite analizar el marco contextual de sentido, en la vida de las mujeres y hombres, el embarazo se ubica donde siempre ha estado, en la familia patriarcal, heterosexual y nuclear (donde el núcleo es ella - mujer que la sustenta), con el sentido del embarazo “siempre deseado”, de la maternidad soñada por las mujeres para ser mujeres, de que les habla su contexto. Al final, es el proyecto soñado y feliz en que toda mujer debe terminar, sólo que esta vez se han “apresurado” y entonces surge la culpa, el estigma y la punición temporal, mientras llega el “tiempo correcto”.

En este marco de sentidos diversos que les dan adolescentes y jóvenes, profesionales, maestros/as, padres y madres,

- ☉ ¿Qué significa el embarazo adolescente? ¿Porque debemos preocuparnos por él, además de lo que muestran las investigaciones frente a sus impactos?

En un sentido práctico significa el fracaso del “Estado Social de Derecho” por acabar las inequidades que se presentan entre personas y colectivos: mujeres y hombres, ricos y pobres, desplazadas/os, blancos/as, negras/os, indígenas, - niñas/os - adolescentes- adultos/

as, etc. El fenómeno del embarazo adolescente trae aparejado consigo historias de violencia, despojo, desarraigo:

- ❁ ¿Cómo leer el dato de la encuesta de Profamilia en 2005 - que muestra que, entre las adolescentes desplazadas y de zonas marginadas, hay 10 puntos porcentuales arriba de la proporción nacional- sí no es en clave de desigualdad, violencia vulneración e inequidad?¹⁵.
- ❁ ¿Cómo no adscribirnos a la visión de la modernidad truncada¹⁶ en nuestras zonas marginales, periféricas y rurales?

Comenzar con la consideración de adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos implica, entonces, ir más allá de la perorata del “proyecto de vida”, y entender el sentido que está circulando en el contexto social para brindar elementos que realmente coloquen a las personas en un punto de posibilidad para vivir dignamente¹⁷. Ejemplo de acciones de este tipo, son la gratuidad de la educación básica y

¹⁵ Como refiere la investigación de Nieto et. al “La percepción de sí como objetos de violencia y sujetos de sufrimiento es contundente en las mujeres protagonistas de esta investigación” (Nieto et. Al., 2010: 63). Percepción que se ratifica por los hechos relatados de historias de abandono, abuso, desplazamiento, violencia sexual y de género.

¹⁶ En un estudio sobre reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe, Jorge Rodríguez plantea la tesis de la modernidad truncada como uno de los elementos contextuales que incide en las cifras de embarazo adolescente en la región (Rodríguez, 2009).

¹⁷ En una de las reuniones regionales para la formulación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo adolescente, desde la perspectiva de los jóvenes, un joven del departamento del Meta que escuchaba al expositor hablar de los impactos del embarazo en el proyecto de vida, interrumpió abruptamente para preguntar si estábamos enterados de cuál era el proyecto de vida a que se veían abocados en los barrios de desplazados de Villavicencio: Refirió como las posibilidades estaban limitadas entre vincularse a un grupo armado ilegal o legal o raspar hoja de coca. Seguidamente preguntó ¿cuál es el proyecto de vida que nos propone el Estado? ¿Cuál es el proyecto de vida que interrumpen las mujeres adolescentes con el embarazo y que el Estado quiere preservar y cuáles son los esfuerzos de este para hacerlo?

media, acompañada de subsidios condicionados a la permanencia y rendimiento, que ofrece Bogotá. Estos subsidios han reducido en dos porcentuales la incidencia de embarazos, según un estudio en proceso de publicación realizado por la Universidad del Rosario (Maldonado, 2011) según declaraciones al diario el Tiempo.

Sexualidad, autonomía, derechos

Otro de los tópicos que dan centralidad a las investigaciones es el de la concepción de autonomía en el grupo de adolescentes y jóvenes y la relación que esto tiene con la SSR y los DSR. Tanto en los elementos de movilización, comunicación, construcción de significados y sentidos, barreras de acceso y actitudes de los prestadores/as, la dicotomía sujeto tutelado – sujeto autónomo está presente.

Los estudios incluidos en este análisis muestran como los profesionales hombres y mujeres involucran aspectos de su historia personal, ya sea como experiencia de su propia adolescencia o de su experiencia parental en la prestación de los servicios para adolescentes y jóvenes. También se ha insistido en que la acción técnica – científica, que es percibida por profesionales y técnicos/as como neutral, tiene una alta carga de subjetividades derivadas de la matriz cultural de origen y también de manera importante de los procesos de formación médica, que transitan entre el currículo biomédico y el currículo oculto para formar un campo social de poder altamente jerarquizado y reproductor de desigualdades y representaciones hegemónicas, entre las que se destacan las de género, clase, etnia y diversidad sexual.

Es en esta perspectiva que se puede evidenciar, como a pesar de los avances en legislación sobre la autonomía ligada al desarrollo cerebral, que permite a adolescentes y jóvenes tomar decisiones y si son menores de 15 años recibir asesoría profesional adecuada los prestadores/as de servicios siguen concibiendo a las personas adolescentes como sujetos tutelados. Es la acción moral o su papel como agentes morales –camuflados en la neutralidad técnica- el que no reconoce a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y en gran medida les niega la posibilidad de ser sujetos sexuales con de-

rechos y responsabilidades¹⁸. Este mismo marco interpretativo que hacen los/as profesionales sobre adolescentes y jóvenes es el que permite que aspectos constituyentes de la práctica médica, como la confidencialidad, sean rotos frecuentemente, con la idea de proteger al “paciente”, a su familia o a la sociedad, para preservar las buenas costumbres o dar lecciones moralistas sobre los temas tratados en el espacio de la consulta. Se podría decir que se portan en el ámbito de los servicios como si estuvieran aconsejando a sus hijos/as, con el poder que los enviste el campo médico.

Por las razones mencionadas los ámbitos de mayor dificultad que refieren adolescentes y jóvenes en los servicios y que los/as profesionales refieren como de mayor complejidad para ser abordados son los que culturalmente son “sensibles”: aborto – interrupción voluntaria del embarazo, anticoncepción de emergencia, diversidad sexual y relaciones de género. Para todos ellos se pide mayor capacitación. Sin embargo, una formación en estos tópicos que no ponga en evidencia la matriz cultural de origen con sus prejuicios, estereotipos, representaciones, redes de creencias y que, además, evidencie el *habitus* profesional adquirido en los años de formación científico técnica, seguirá permitiendo que emerja la agencia moral que hacen los/as profesionales en la privacidad del consultorio.

También, combinado con asuntos laborales y administrativos, las razones expuestas explican porque adolescentes y jóvenes conside-

18 La Convención sobre los Derechos del Niño exige que se respete la evolución de las facultades del niño/a y que se dé la debida importancia a sus opiniones en función de su edad y su madurez. Se debe hacer saber adecuadamente los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas al niño/a y, si éste posee suficiente madurez, solicitar su consentimiento informado. La recientemente adoptada Observación general sobre el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño estipula que “los Estados parte tienen que promulgar leyes o reglamentos para garantizar que los niños tengan acceso a asesoramiento médico confidencial sin el consentimiento de sus progenitores, con independencia de la edad del niño, cuando lo haga necesario la seguridad o el bienestar del niño. El derecho a asesoramiento es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no debe estar sujeto a ningún límite de edad”

ran que el sector salud no es proveedor de educación en asuntos de sexualidad. Prima la acción moral sobre los procesos formativos y de asesoría integral en SSR y DSR. Los/as prestadores/as creen que no son responsables de elementos de educación sexual porque esa es una tarea de padres/madres y educadores/as. Lo más complejo, es que efectivamente los servidores/as de salud, sí educan en el campo de la sexualidad. Educan con perspectiva de riesgo, culpa, desigualdad de género, adultocéntrica y heterosexista. Aún aquellos que son jóvenes y que parecen estar más cerca generacionalmente de la adolescencia no escapan a los dictados de la moral hegemónica y del currículo oculto de la formación médica.

Políticas, discursos, corrección política

Los trabajos revisados, en menor o mayor medida, llaman la atención sobre los enfoques, marcos, definición de políticas, programas y proyectos, donde la jerga sufridamente posicionada en la lucha de los movimientos de mujeres y de la diversidad sexual se ha vuelto el lugar común. Términos polisémicos como género, diversidad sexual, enfoque de derechos, sexualidad, salud sexual y reproductiva son utilizados, como si tuvieran una única manera de definirse y entenderse, en los documentos institucionales aparecen como preámbulo o marco de sus intervenciones. La corrección política documental antecede a la acción pragmática, marcada por el fraccionamiento de servicios, las oportunidades perdidas, la violación de la confidencialidad, las vulneraciones, el no reconocimiento del usuario/a como sujeto de derechos, la agencia moral por parte de los/as prestadores/as. Es lo que recogen Nieto et. al citando a Pecheny & De la Dehesa, como “las políticas expresivas” de la sexualidad, que se manifiestan en el nivel macro como documentos, pero que se vuelven discurso en los decisores medios y en los/as operadores/as locales de políticas y programas. La idea de los derechos o de la ciudadanía queda despolitizada en la atención cotidiana a las personas adolescentes y jóvenes (Fraser, 1997).

Cuarto lente: conclusiones y recomendaciones

Se tratará de manera sucinta extraer aquí los elementos centrales que pueden guiar nuevas preguntas o nuevas acciones o recoger las prácticas positivas generadas de ver transversalmente los estudios del convenio SDS-UNFPA. Se presenta primero la conclusión, seguida de la recomendación pertinente.

- El Convenio SDS-UNFPA acierta cuando planea y ejecuta entre sus líneas una referida a la gestión del conocimiento. Es positivo que abre un espacio creativo para la interdisciplina a través de estudios previos, que no obligan a marcos teóricos o metodológicos y más bien permiten la introducción de nuevas miradas a fenómenos tradicionalmente estudiados por la epidemiología, la salud pública la demografía y la economía. La introducción de marcos epistemológicos explícitos en algunos de los estudios permite valorar de mejor manera el aporte contextualizado que hacen a los fenómenos estudiados.

Frente al acierto mencionado es recomendable que la SDS y el UNFPA mantengan en sus programas y proyectos la perspectiva de gestión del conocimiento. Es preciso corregir errores evidentes en esta primera experiencia, como optar por sistematizaciones y evaluaciones ex post que adicionalmente no cuentan con registros adecuados o líneas de base. Lo ideal es que se opte desde el inicio del proyecto por sistematizaciones participativas y evaluaciones formativas. Por otro lado, así como se pide en los estudios previos los marcos teóricos y metodológicos sería deseable que se empiece a incorporar en los términos de referencia la explicitación de la apuesta o marco epistemológico en el que se propone el estudio.

- De otra parte, la introducción de las nociones de subjetividad, intersubjetividad, autoanálisis y reflexividad permite el acercamiento al sentido que dan los sujetos a lo que les ocurre. Partir del principio de epistemología positiva que reconoce que para las personas lo hechos o fenómenos que les ocurren tienen sentido, abre un campo de posibilidades explicativas que las miradas hegemónicas sobre la salud y la enfermedad no siempre se permiten.

Contando con la complejidad que suscita la recomendación de incluir en los estudios previos la referencia a la reflexividad y el autoanálisis es posible que la introducción explicativa de estos procesos conlleve a un mejor abordaje y a un mejor entendimiento de los fenómenos estudiados. Si un investigador o investigadora se sitúa como individuo relacional en un contexto social desde el cual mira, pregunta e interpreta, la argumentación y explicación será más contextualizada y permitirá valorar de mejor manera la implicación personal y de su matriz cultural en los hallazgos¹⁹.

- Frente a los desarrollos metodológicos usados es importante resaltar el uso de métodos cuanti-cualitativos, aunque no siempre con grados de integración suficiente en las preguntas y el análisis. En el interés de reconocer los significados y sentidos del mundo relacional de adolescentes y jóvenes, se propusieron estrategias innovadoras que han proporcionado datos que de otra manera pudieron quedar en la penumbra. El uso del teatro invisible, el teatro foro, el estudio de la cultura material, los talleres de la memoria, las trayectorias afectivo sexuales y el uso del arte y la autorepresentación, para develar elementos de la subjetividad y la intersubjetividad es un aporte invaluable que hacen los grupos de investigación y el Convenio SDS-UNFPA al campo de la investigación en sexualidad, la SSR y los DSR.

Es recomendable promover el uso de estas nuevas estrategias metodológicas y técnicas de investigación para la explicación de otros fenómenos de la salud, la SSR y la profundización de conocimientos sobre el embarazo adolescente. Además de promover y formar investigadores/as se debe propender por formar las personas de los servicios, que están en contacto directo con las comunidades, en

¹⁹ Lo llamativo en la investigación no es que un investigador/a publique estudios donde afirma que la creencia en un ser superior o un hogar autoritario retarda el inicio de relaciones sexuales y por tanto recomiende estas acciones. Lo que debiera importar en este caso y en otros es que la persona que investiga se sitúe reflexivamente ante el objeto y los sujetos de investigación de tal manera que el mundo científico y el mundo en general puedan ver con el lente de su posicionamiento el valor que dan a sus hallazgos.

estrategias y técnicas de lectura de contexto y en el conocimiento de estas nuevas posibilidades de investigación e intervención.

- Todos los estudios y la bibliografía latinoamericana sobre este tema muestran de forma clara como los profesionales y técnicos que atienden adolescentes y jóvenes involucran de manera paralela la acción técnico-científica y la acción de agencia moral. La influencia de los estereotipos de género, las creencias sobre masculinidad y femineidad, el *habitus* profesional, inciden directamente en el poco reconocimiento que se tiene de adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos y que dirigen las prácticas de atención.

Estrategias combinadas se deben realizar para avanzar en una práctica médica y de otros servicios de salud, respetuosa de los derechos humanos. Por un lado, como lo postulan algunos de los estudios revisados, es necesario insistir en la formación del personal de los servicios en “Atención Integral a los/as adolescentes”. Esto implica que se trabaje sobre el asunto científico técnico, pero también sobre las matrices culturales y el *habitus* profesional que generan la acción moral. En segundo lugar, aunque muchos estudios muestran que los profesionales jóvenes son más sensibles en la atención de adolescentes y jóvenes, sobre todo porque manejan códigos y lenguajes generacionales, no necesariamente los hace escapar del currículo oculto de la formación médica y del *habitus* profesional adquirido. Por esta razón, no basta con reclutar personal joven, sino que además, este también debe ser involucrado en los procesos de formación.

También se ha dicho que debe privilegiarse a profesionales que quieran y les guste trabajar con adolescentes para que sean quienes prestan la atención en los servicios amigables o en la consulta cotidiana normalizada. En procesos ideales esta debe ser la recomendación central. Sin embargo, no se puede inmovilizar ante la perspectiva que no haya profesionales que quieran trabajar con adolescentes y jóvenes. Por definición las profesiones de la salud son de servicio y siendo la salud un derecho fundamental, son estas personas quienes a nombre del Estado garantizan el derecho. Por esta razón deben implementarse medidas de vigilancia y

control sobre los/as servidores/as de salud para que cumplan con los protocolos y normas de atención en el marco de los derechos humanos y del Estado laico que pregona nuestra constitución.

De otra parte, es necesario promover el control social por parte de los/as mismos/as adolescentes y jóvenes para que realicen presión positiva sobre profesionales y técnicos para que cumplan con el servicio en el marco de los derechos y la ciudadanía. En este sentido puede ser útil la utilización de campañas de comunicación en los servicios, a la vista de todos, como la que comentó Fernando Zigman en el conversatorio sobre experiencias de prevención del embarazo adolescente: en la ciudad de Buenos Aires se colocaron afiches visibles en todos los centros de salud que resaltaban la responsabilidad del médico/a que iba a atender al adolescente frente a la confidencialidad como derecho. Esto genera sentido colectivo de protección y exigibilidad y sentido de cumplimiento de la garantía del derecho. La relación dual y privada en el consultorio adquiere una dimensión pública cuando todos ven expuesto el derecho. Hay que terminar con la paradoja de los hospitales como lugares del ejercicio de derechos y la ciudadanía y una relación profesional – usuario/a que reduce al mínimo la exigibilidad de los DSR.

- ✪ Desde la primera infancia las mujeres y los hombres son socializada/os en la maternidad como fin último y esencia de la femineidad. Una maternidad sacrificada, ligada a la familia heterosexual y monógama. Una maternidad que les permite ganar gozo y placer en el cuidado de otros, luego de una trayectoria de violencia y sufrimiento que no parará con el hijo/a, pero que la hará más llevadera. Por otro lado, de pronto el embarazo y la maternidad se vuelven peligro, culpa, desgracia, pobreza, si es en el periodo de la adolescencia. Sin embargo, si la adolescente siguiendo esa representación expresa que su hijo/a es no deseado y que le gustaría optar por el aborto, nuevamente aparece el discurso de la madre sacrificada, del hijo/a que lo es todo, de reparar el error, de hacerse responsable.

Es necesario terminar con los mensajes culturales esquizofrénicos que reciben adolescentes y jóvenes, especialmente las mujeres, sobre

el embarazo y la maternidad. Las adolescentes deben tener las posibilidades de elegir en el marco de los derechos humanos cómo viven su sexualidad y los servicios debieran proveerles mensajes claros y asesorías integrales que les permitan optar en el marco de su contexto. Es necesario insistir con los/as prestadores/as de servicios que toda consulta con adolescentes y jóvenes, donde no se haga asesoría integral en sexualidad y SSR –incluidos aspectos de educación sexual– es una oportunidad perdida. La responsabilidad con otros sectores como educación y las mismas familias es compartida y no se puede pensar que otros harán lo que se deje de hacer en la interacción profesional – adolescente.

- A pesar de los avances legales y de los conocimientos que entrega la neurociencia contemporánea sobre el desarrollo individual biológico, la arquitectura cerebral y el libre albedrío sigue primando la visión entre el personal de servidores públicos, de que el/la adolescente debe ser un sujeto tutelado. Por este motivo aducen razones institucionales o personales o de seguridad propia o del adolescente para no atender a los/as mayores de 14 años sin el acompañamiento de los padres/madres o tutores/as responsables, si el/la adolescente así lo pide.

Insistir en los campos de formación para valorar la maduración de los/as adolescentes y jóvenes debe ser una prioridad. Esto debe ir acompañado de la revisión de normas y protocolos de atención con la legislación internacional y nacional vigentes. Por otro lado, la exigencia del cumplimiento de los mismos protocolos y normas debe volverse un punto central de los procesos de habilitación. El control social del mismo adolescente y de grupos de interés para que adolescentes reciban servicios autónomamente, incluidos la anticoncepción de emergencia y la IVE en los casos despenalizados por la Corte Constitucional, debe ser promovido.

- Existen “políticas expresivas” de la sexualidad y la SSR que abundan en discurso que recogen enfoques, explicaciones, interpretaciones enmarcadas en los avances de la discusión sobre derechos humanos y DSR en particular. Sin embargo, en el campo de la acción pragmática la política es ejecutada por agentes que guardan

la corrección política, pero actúan según la matriz cultural y las representaciones hegemónicas en las que creen.

En el marco de esas “políticas expresivas de la sexualidad” parece pertinente adherir a la recomendación de una definición de declaración de mínimos, que ofrece el Estado como garante de derechos, y que no se diluyen en el mar de palabras y discursos. ¿Cuáles? Para Bogotá, servicios amigables en cada una de las instituciones públicas en todos sus niveles y en la modalidad que más se adapten. Cada centro de salud, CAMI y hospital debe tener personal capacitado para atender adolescentes y jóvenes. También las EPS deben recibir presión normativa para adoptar el modelo. El fraccionamiento de servicios debe terminarse y no haber oportunidades perdidas.

Toda mujer adolescente con un parto en segundo nivel debe salir de allí con una asesoría completa en SSR con énfasis en anticoncepción moderna y si opta por algún método le debe ser proporcionado. La anticoncepción de emergencia debe estar disponible en todos los servicios y ser entregada con una asesoría profesional e integral en SSR. La anticoncepción moderna debe ser entregada de manera gratuita a las mujeres que quieran regular la fecundidad manteniendo un seguimiento y monitoreo de adherencia. Toda mujer que esté enmarcada en las tres causales de despenalización del aborto y opte por la IVE debe ser atendida en el centro de referencia que le corresponda. La educación sexual integral, que ha demostrado en varios países su beneficio en la vida de adolescentes y jóvenes, debe ser un compromiso de la ciudad y del país, más allá de “política expresiva”. Esto quiere decir coberturas efectivas, miradas intersectoriales entre salud y educación y apuestas hacia los sectores que están desescolarizados.

En lo intersectorial continuar con prácticas exitosas que reducen el embarazo, como los subsidios educativos condicionados a la permanencia y rendimiento que deben ser mantenidos. La visión de Ciudad de Derechos con una mirada sobre la garantía de los derechos fundamentales básicos puede dar el paso del discurso del “proyecto de vida” a la realización del mismo. Comprometerse políticamente y socialmente con los mínimos necesarios para el

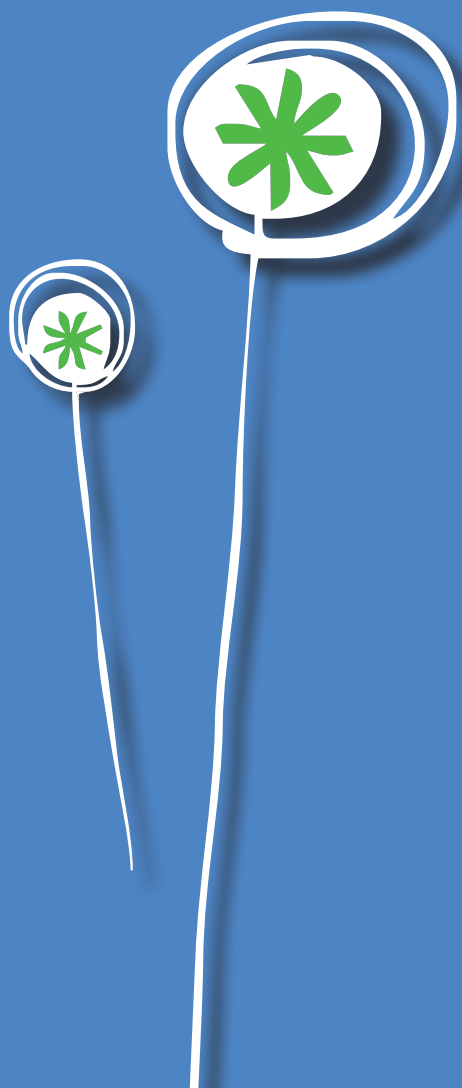
reconocimiento de DSR de los adolescentes y jóvenes puede revertir el fracaso del Estado Social de Derecho por lograr la equidad, que significa el embarazo adolescente.

Bibliografía

- ALEXANDER, J. (1989). *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial: Análisis multidimensional*. Barcelona: Gedisa.
- AMUCHÁSTEGUI, A., SZASZ, I. (2002). El significado de la virginidad y la iniciación sexual. En: *Para Comprender la Subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: ed. El Colegio de México, 137-173.
- BARROSO, J., POWELL-COPE, G.M. (2000). *Methasynthesis of qualitative research on living with HIV infections*. *Qualitative Health Research*, 10, 340-353.
- BOURDIEU, P. (1999). Comprender. En: *La miseria del mundo*. Bourdieu, Pierre et al. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- CASTRO, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: CRIM-UNAM.
- (2009). *Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. En *Poder Médico y Ciudadanía*. México: Universidad de la República de Uruguay-CRIM-UNAM.
- CONSORCIO ECHO -CARACOLA. (2011). *Evaluación Ex – post de la Estrategia de Comunicación “que tu primer amor sea el amor propio”*. Convenio 698 de 2008. SDS-UNFPA (col/5r/11 a-SDS).
- DAVIS, L. (2008). *Reconocimiento Jurídico de los derechos sexuales – Un análisis comparativo con los derechos Reproductivos*. En *Sur, Revista Internacional de Derechos Humanos*, 5, 61-83.
- DILTHEY, W. (1976). “*The construction of the historical world in the human studies*” En Rickman, H.P comp.
- ERVITI, J. (2010). *Construcción de los objetos profesionales de orden corporal y desigualdad social: una reflexión en torno a las interacciones médicos – usuarias de servicios ginecológicos*. En *Poder Médico y Ciudadanía*. México: Universidad de la República de Uruguay-CRIM-UNAM.

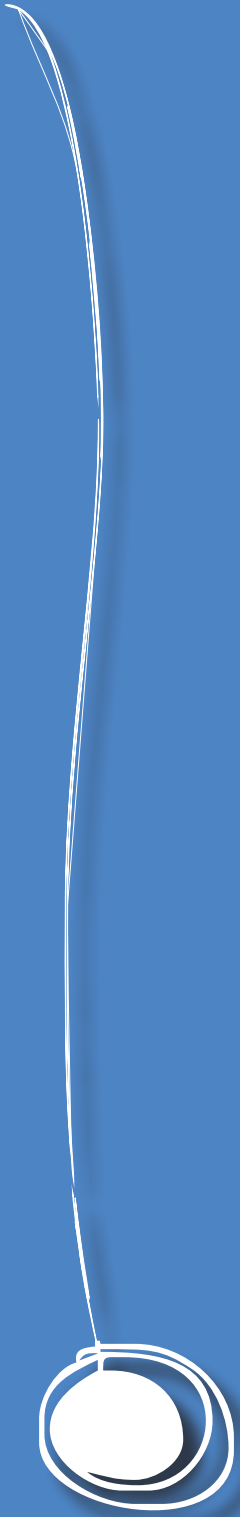
- ERVITI, J., SOSA SÁNCHEZ, IA. Y CASTRO, R. (2007). Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. La construcción profesional de los derechos reproductivos. *Salud Pública de México*, vol. 49, edición especial. XII Congreso de Investigación en Salud Pública. pp. E161-E165.
- FIELD, P.A. Y MARCK, T. (1994). *Uncertain Motherhood: Negotiating risks in the childbearing year*. Thousandoaks, CA: Sage.
- FOUCAULT, M. (1991). *Historia de la sexualidad*. vol 1: La voluntad de saber. México: Siglo XXI.
- FRASER, N. (1997). *Iustitia interrupta: Reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Bogotá: Siglo Del Hombre.
- GOGNA, M. Y RAMOS, S. “Lay beliefs and gender stereotypes: Uncknowledged risks for sexually transmitted diseases”. Paper presented at the Conference Reconceiving sexuality: Internacional Perspectives on gender, sexuality and sexual health, Rio de Janeiro, 14-17 april, 1996.
- JENSEN, L.A. Y ALLEN, M.N. (1994). *A Synthesis of qualitative research on wellness-illness*. *Qualitative Health Research*, 4, 349-369.
- HEILBORN, M.L. (2006). *Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis*. En *O apredizado da sexualidade*. Río de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 30 – 61.
- MADDALENO, M. MORILLO, P. Y INFANTE, F. (2003). *Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe. Desafíos para la próxima década*. En *Salud Pública México*; 45: 132-139.
- MONTOYA, P., BARRERO, E., BLANCO, A.J., CÁRDENAS, Y., CHAVARRO, C., PIÑEROS, S. (2011). *Barreras y facilitadores para el Acceso de Adolescentes y Jóvenes a los servicios de salud Sexual y Reproductiva de la Red Pública y Privada de Bogotá*, D.C. Health Alliance International. Convenio 698 de 2008 SDS-UNFPA (col/5r/11 a-sds).
- NIETO, J. (2006). *De secretitos y claraboyas: Sexualidad y Derechos en la literatura de auto representación con jóvenes en contextos de desplazamiento*. Tesis de Maestría en Literatura. Bogotá: Universidad Javeriana.
- NIETO, J., RINCÓN, L., ÁVILA, S., MARIÑO, Y., FORERO, M. (2010). *Aproximación a los significados de la paternidad, la maternidad y el embarazo adolescente, en contextos de desplazamiento en la Localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá*. Asociación Turmequé. Convenio 698 de 2008 SDS-UNFPA (col/5r/11 a-SDS).

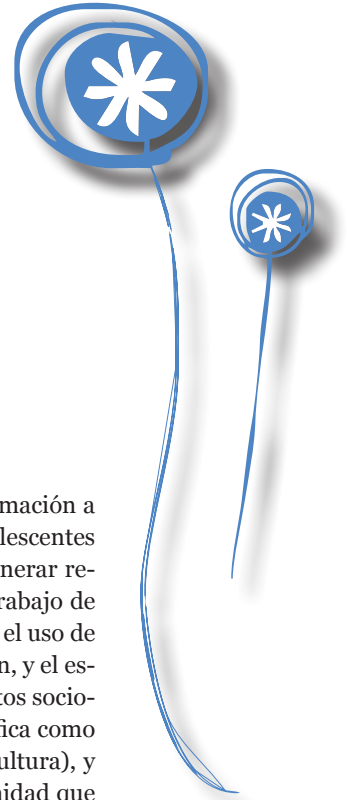
- PAVAJEAU, C., VARGAS, C., RIAÑO, M., BERNAL, M., TATIS, A. (2010). *Significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud acerca de la sexualidad, el ejercicio sexual, el embarazo, la maternidad y la paternidad de adolescentes y jóvenes en las localidades de Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, san Cristóbal y Suba de la ciudad de Bogotá*. Convenio 698 de 2008 SDS-UNFPA (col/5r/11 a-SDS).
- OSSES, S., BOTERO CLAVIJO, J., (2010). *Procesos de Movilización Social en DSR para la Disminución del Embarazo Adolescente y la Prevención del Abuso y la Violencia Sexual en Bogotá*. Convenio 698 de 2008 SDS-UNFPA (col/5r/11 a-SDS).
- PACHECO, C. I. (2007). *Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá*. En *Salud pública de México* 49, 45-51.
- Samaja, J. (2007). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- SLEUTEL, M.R. (1998). *Women´s experiences of abuse: a review of qualitative research*. En *Issues in mental HealthNursing*, 19, 525 -539.
- SUÁREZ, E., ROBERTS, E., KORIN, D. Y CUSMINSKY, M. (1985). *Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos*. En: *La salud del adolescente y el joven en las Américas*. Publicación Científica No. 489. Washington: OPS/OMS.
- SPEAR, H. Y LOCK, S. (2003). *Qualitative Researchon AdolescentPregnancy: a DescriptiveReview and Analysis*. En *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 18 No. 6, diciembre, 397-408.
- SZASZ, I. (1998). "Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México", *Debate Feminista*, Vol. 18, año 9, octubre, pp. 77 - 104.
- WEEKS, J. (1998). *La construcción cultural de las sexualidades*. En *Sexualidades en México*. México: El Colegio de México.



**APROXIMACIÓN A LOS SIGNIFICADOS
DE PATERNIDAD, MATERNIDAD
Y EMBARAZO ADOLESCENTE
EN CONTEXTOS DE DESPLAZAMIENTO**

**JOSÉ MIGUEL NIETO OLIVAR / LIZ JOHANA RINCÓN SUÁREZ
SAMUEL ASDRÚBAL ÁVILA GARZÓN / YENIFER LADY MARIÑO SUÁREZ
MARYELY FORERO BAREÑO**





RESUMEN

A través de un abordaje socio antropológico se realizó una aproximación a los significados sobre maternidad, paternidad y embarazo de adolescentes desplazados de la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá, para generar recomendaciones a los servicios de atención de esta población. El trabajo de campo se llevó a cabo en los barrios Canteras y Caracolí. Mediante el uso de la etnografía, las trayectorias vitales, el arte y la autorepresentación, y el estudio de la cultura material, se logró un acercamiento a los contextos socio-culturales y vidas de adolescentes y jóvenes. El embarazo se significa como una promesa autocumplida y parte de la memoria de sí (sujeto/cultura), y es un hecho restrictivamente femenino enmarcado en una maternidad que engloba a los demás marcado por trayectorias de violencia y vulneración, que se contra efectúan por el gozo de ser madres.

La paternidad atraviesa la trayectoria de “hacerse hombre”: sostener, alimentar, comprender como visiones de un futuro de difícil ascunción, sobre todo si “la madre” es la que ve por otros/as, por todos/as. Algunas rupturas en mujeres y hombres adolescentes y jóvenes prometen matrices culturales más igualitarias. Abordar estos campos desde las políticas públicas exige la afectación de múltiples dimensiones más allá de la fecundidad, la salud y los derechos reproductivos. Implica preguntarse por la manera como el Estado ha abandonado sistemáticamente a estos jóvenes y dejado de acompañar, o ha hecho de forma insuficiente las transformaciones en el género y la sexualidad.

Palabras Clave: Maternidad, paternidad, sexualidad, derechos sexuales, derechos reproductivos, salud sexual y reproductiva, desplazamiento, Bogotá, adolescentes y jóvenes, Ciudad Bolívar.

1 Investigación realizada por la Asociación Turmequé y su Centro de Investigaciones en Sociedad, Salud y Cultura (CISSC) en convocatoria realizada por la Secretaría Distrital de Salud / Fondo de Población de las Naciones Unidas: Convenio 698 de 2008.

ABSTRACT

Through a socio-anthropological approach was made an approximation to the meanings of motherhood, fatherhood and teen pregnancy in forced displaced people from Ciudad Bolívar in Bogotá to generate recommendations for the assistance services of this population. The fieldwork took place in Caracolí and Canteras neighborhoods. By means of ethnography, life paths, and self-representation through art and the study of material culture, the study obtained an approach to the sociocultural contexts and the lives of adolescents and youth people. Pregnancy is meant as a self-fulfilling promise and part of the self memory (subject / culture). In this sense, motherhood is made strictly feminine framed in a encompassing maternity which includes other people (husbands, community, etc), and is marked by violence and breach paths off setting for the joy of motherhood. On the other hand, fatherhood goes through the path of “becoming a man” to hold, to feed cover, as visions of taking difficult especially if the “mother” is one that sees for all. Finally, some disruptions in men and women who participate in the research promise more egalitarian cultural matrix. As a consequence, addressing these areas from public policy requires the involvement of multiple dimensions beyond fertility, reproductive health, and rights. This phenomena involves asking for the way of how the State has systematically abandoned these young people, and it left to accompany, or it has done insufficient actions in the changes in gender and sexuality.

Keywords: Maternity, paternity, sexuality, sexual rights, reproductive rights, sexual and reproductive health, displacement, Bogotá, adolescents and youth, Ciudad Bolívar.



Introducción

Los estudios sobre “fecundidad” en América Latina de los últimos años han mostrado una tendencia consistente a la baja en la fecundidad general. Sin embargo, esos mismos estudios confirman la resistencia a la baja por lo menos en las mismas proporciones de la fecundidad específica de adolescentes (Maddaleno, M., Morello, P., Infante-Espínola, F., 2003; Stern, 2007, CEPAL/CELADE, 2002, Pantélides, S/d, Rodríguez, 2009).

Las cifras cuantitativas sobre “fecundidad” y uso de métodos anti-conceptivos están disponibles, claras y en permanente actualización. Sin embargo, ¿exactamente de qué hablan esas cifras?, ¿qué dicen sobre las razones, los sentidos, las formas, los procesos, las trayectorias, las historias de esos embarazos, de esos no embarazos? Poco se sabe aún sobre la manera como la experiencia anticonceptiva se desarrolla en el cotidiano de jóvenes específicamente en las relaciones que tiene con ideas sobre el trabajo, el amor, los ciclos vitales, el cuerpo, la sexualidad, el placer, las religiones, el dinero, la familia, entre otras cosas.

En la literatura demográfica el comportamiento de la fecundidad de adolescentes se explica por, o está relacionado con determinantes tales como la edad de inicio de la actividad sexual, de la primera unión, del uso de métodos de planificación familiar, y de la situación socioeconómica (quintil, lugar de residencia y educación). Sin embargo, ¿es esto suficiente?, ¿es aceptable que se reduzcan las razones del embarazo a fórmulas económicas de desarrollo o a procesos cognitivos, o a un mínimo reducido de “variables socioeconómicas”?

Embarazo, maternidad y paternidad adolescente: un acercamiento socio antropológico a la “fecundidad” y a la “reproducción”

Lo que un abordaje socio antropológico ofrece en la actualidad, antes que respuestas sobre “la verdad profunda”, es la posibilidad de comprender la alteridad desde las perspectivas de los sujetos como seres sociales (Heilborn et al., 2006; Peirano, 2006), partiendo de un principio epistemológico positivo (Strathern, 2006). Es decir, se parte del principio que para las jóvenes que se embarazan, por ejemplo, no como individuos aislados, sino sujetos que son cuerpos como “esquemas conceptuales” (Sahlins, 2004) de un grupo, tiene sentido embarazarse. ¿Cuál? ¿Cómo es que esto funciona? Es parte de lo que se intentará responder en esta investigación para sujetos y redes específicas.

Ahora bien, se aprende en esa línea de pensamiento y especialmente con (Geertz, 2004) y sus discípulos que un evento (embarazo) o un campo social (la sexualidad, el arte, la política, la salud, la ciencia) son “sistemas culturales” cuya comprensión sólo se puede realizar si se conecta con otros campos o eventos dentro de la experiencia de sujetos determinados (“cultura”). Por otro lado, la importancia de los movimientos feministas, así como el LGBTI y sus aportes a la discusión en cuestiones de género y sexualidad, durante las últimas décadas, cruzado con la preocupación mundial creciente en temas de población, salud sexual y reproductiva (SSR) y la pandemia del VIH/SIDA ha permitido la utilización de perspectivas socioculturales en la investigación y la acción en el campo de la SSR (Parker, Barbosa y Aggleton, 2000; Correa & Parker, 2004). También en los ámbitos de la demografía y los estudios de población y específicamente en los estudios de fecundidad existen voces que propenden por acercamientos complejos (McNicholl, 1980; Hammel, 1990). Es decir, un embarazo es un conector privilegiado de múltiples campos.

Este abordaje conceptual requiere establecer miradas transversales de: (a) los niveles estructurales sociales, (b) los niveles de la interacción relacional y (c) los biográficos e íntimos que se tejen en los cuerpos, las sexualidades y las emociones de las personas. Por tal

razón se ha desarrollado un enfoque de trayectoria reproductiva, afectiva, sexual y migratoria. Es en las “trayectorias corporales” (Olivar, 2010) de sujetos y de redes particulares que se recrean las culturas y las diferencias (Csordas, 1990, 1994; Turner 1994). Siguiendo la lógica planteada los significados buscados reposan no en alguna estructura ideal, sino en las prácticas y en las emociones que posibilitan y que son posibilitadas por las prácticas de los sujetos. Si se piensa junto con (Mejía, (2003) que los derechos son, crean, movilizan emociones de oposición a la opresión del poder es necesario comprender cuáles son esas emociones, cómo son producidas, cómo se expresan y en el marco de cuáles relaciones.

Metodología

Gestión local, selección de barrios y enlaces

Los barrios seleccionados fueron Caracolí y Canteras, barrios que hacían parte en 2010 de la priorización de actividades de transversalidad de “población en condición de desplazamiento” del Hospital de Vista Hermosa.

Revisión documental

La revisión documental tuvo como objeto apropiarse de datos tanto cualitativos como cuantitativos a fin de acceder a puntos de vista, y discursos científicos diversos sobre embarazo, maternidad y paternidad en adolescentes en diferentes contextos. Se abordaron tres tipos de documentos: diagnósticos locales e informaciones de contextualización sobre la localidad; documentos de política pública de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), y bibliografía científica nacional e internacional de diversas disciplinas sobre fecundidad, embarazo adolescente, maternidades, paternidades y juventud.

Etnografía

La etnografía es el método “fundante” y diferencial de la antropología. Partiendo del supuesto de que los significados son construidos y aprendidos en la cotidianidad práctica de los sujetos, como parte de un complejo sistema, se hace necesario aproximarnos con alguna profundidad a la vivencia de esos contextos sociales y culturales (Geertz, 2004; Ortner, 2006). Esta “inspiración etnográfica”² implicó un trabajo de campo de dos meses, en el que se incluyó el acompañamiento regular y cotidiano de algunos grupos o sujetos que optaron por participar más activamente de la investigación (participantes clave). Se priorizaron jóvenes que estuvieran viviendo o hubieran vivido eventos de embarazo, maternidad o paternidad, así como el desplazamiento forzado. En esta fase se realizó también levantamiento de documentos con instituciones, ONG y grupos comunitarios, al igual que entrevistas (abiertas o semi estructuradas) individuales o grupales a participantes clave, según criterio del equipo de investigación.

Trayectorias

Se seleccionaron algunos participantes clave cuyas trayectorias de vida y capacidad de narración oral permitían una comprensión mayor de la manera como los significados y las experiencias del embarazo, la maternidad y la paternidad, y el desplazamiento, fueron construidas. Esta metodología es central en una gran investigación sobre sexualidad juvenil que se tornó recientemente referencia en el Brasil (Heilborn et al., 2006), porque permite, a partir de eventos puntuales, conocer la dinámica de los aprendizajes y las transformaciones en la vida sexual y afectiva. Para este caso las dimensiones familia y migración se suman a la observación de la trayectoria. Se realizaron 16 trayectorias en los ciclos vitales de 15-19 y de 20-24, usando la idea de “caso y caso control”.

² Vale aclarar que un principio fundamental del trabajo etnográfico es la larga duración, imposible en este ejercicio.

Arte y autorepresentación

La generación de espacios de reflexión, creación y expresión no discursiva verbal controlada facilita el acceso a universos simbólicos y emocionales relacionados con la memoria, el cuerpo, la intimidad y la fuerza creadora de las personas participantes. Se piensa que el arte en el caso específico de los derechos sexuales, de género y de la sexualidad permite ampliar los límites de la imaginación creadora, y colocarse en situación de diálogo con los demás (Nieto, 2006). Esta especie de “etnografía de las emociones” complementaria a la formalidad de las entrevistas puede significar también una poderosa acción de intervención pedagógica empoderante.

Universo de investigación

Caracolí y alrededores. Pertenece a la UPZ Ismael Perdomo. Se llega, en muchas ocasiones, a pie debido al escaso transporte público. El sector se encuentra justo en el límite que separa Bogotá de Soacha y está localizado a grandes distancias de importantes puntos de referencia de la ciudad como el Portal del Tunal, la Avenida Villavicencio o el barrio Candelaria. Gran parte de la población está constituida por afrodescendientes, en situación de desplazamiento, provenientes de la Costa Pacífica en especial del Chocó, Cauca y Nariño. Al parecer la llegada de población desplazada de estas regiones está aún presente.

Canteras es un barrio consolidado, esto quiere decir que tanto su infraestructura vial como de instituciones hacen parte de un desarrollo de más de 30 años³. Dentro del sector existe una segregación residencial real a partir de la calle 68 sur, límite impuesto por la Sede de Tecnologías de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas. La presencia de la universidad tiene como efectos la concentración de un nodo de comercio y servicios para los estudiantes, el alto consumo

³ Por testimonio de las personas que allí habitan.

de bebidas alcohólicas y tabaco, y la constante presencia de población flotante. Los espacios de ocio para el segmento de población de 10 – 14 se limitan a otros barrios. En general el barrio es un barrio joven, con familias extensas que son vecinas y que crean redes de apoyo para la subsistencia.

El universo de investigación fue conformado por adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres pertenecientes a los barrios Caracolí y Canteras y sus alrededores cercanos en Ciudad Bolívar, desplazados y receptores, como participantes directos. La participación se dio en diversos niveles de profundización e intensidad, 115 personas adolescentes y jóvenes incluyendo trayectorias, talleres, entrevistas, conversaciones informales y TEF: de 10 a 14 años: en el Barrio Canteras, 31; en el Barrio Caracolí, 18. De 15 a 19 años: en Canteras, 10; en Caracolí, 33. De 20 a 24: en Canteras, 12; en Caracolí, 11. Femenino y masculino en Canteras, 53 y en Caracolí, 62. Desplazados en Canteras 5 y no desplazados 48; desplazados en Caracolí 43 y no desplazados 19; en Canteras padre y/o madre 14, no padre y/o madre 39; padre y/o madre 7, no padre y/o madre 55. Dos organizaciones comunitarias que trabajan con adolescentes y jóvenes, una por cada barrio. Seis funcionarias de salud de referencia en los barrios. Dos mujeres lideresas comunitarias de la localidad que trabajan en SSR y una organización social de jóvenes de la localidad asociada (Sueños Films).

Resultados

En este apartado se presenta un esbozo de los principales resultados concernientes al trabajo de campo y que se restringieron al intentar responder de la manera más sencilla

posible la pregunta expresada en el objeto de investigación: embarazo, maternidad y paternidad.

Embarazo: una promesa autocumplida

En este aparte se intenta mostrar que más allá de cualquier significado traducible el embarazo juvenil o adolescente es parte importante de la memoria sobre sí (sujeto/cultura), de la experiencia corporal que antecede al evento propiamente dicho y, por ende, de la configuración del futuro. Se destaca el hecho de que el embarazo es en lo fundamental una experiencia restrictivamente femenina. Como será una constante en todo el cuerpo de este material existen sostenidas y no excepcionales experiencias o momentos de ruptura, que no se pueden despreciar bajo el presupuesto de la eterna reproducción estructural.

Sentidos, deseos, planes y proyectos

Para muchas personas protagonistas de esta investigación el embarazo adquiere sentido en la medida en que existen eventos o dimensiones de la vida que no dependen de la voluntad individual (especialmente de la femenina), sino de fuerzas mayores externas difícilmente discutibles. Es decir, en una gran medida “quedar” embarazada no depende absolutamente de la decisión individual. Razones como “la voluntad de Dios” y “el destino” son parte de las explicaciones; o expresiones como “el tiempo lo dirá”, o “si Dios lo quiere así”.

“Si yo quedaba embarazada listo, dejaríamos que todo sucediera, que el tiempo dijera todo” (Car-m-emb-15/19-d, pp.4).

Muchos compañeros no permiten el uso de anticonceptivos o preservativos bajo argumentos que desvelan tipos específicos de pensamiento social: el condón impide el goce de la relación sexual, las pastillas y los dispositivos afectan las decisiones de Dios, el papel de la mujer es tener los hijos (notas de campo). Los discursos de naturalización (por naturaleza o por costumbre) son bastante fuertes. “¿Pero qué harías tu si fueras hombre? ¿No harías lo mismo?” le preguntaba un muchacho de 12 años a una de las actrices del Teatro Experimental de Fontibón durante la acalorada discusión posterior a una presentación teatral. Los muchachos explicaban insistentemente que ser hombre “es así” y punto; recaía en las mujeres colocar los límites (notas de campo).

Así mismo, las experiencias de dolor se explican, o mejor se resuelven desde algún tipo de resignación, que no es otra cosa que el saber práctico sobre sus posibilidades individuales en contraposición al peso aplastante de la estructura social asimétrica. La fuerza masculina es narrada como atropelladora. La imaginación es entonces mutilada y las mujeres embarazadas, criadas desde la espera y la ingenuidad, aprenden a llamarse víctimas.

Uy, sí, hartísimas, en mi colegio el año pasado hasta de sexto habían niñas embarazadas, y de 13 años, pero mi prima no, mi prima es como toda sencillita, pero, o sea, ella todavía no, no ha tenido todavía novio ni nada porque ella es como muy seria. Porque algunos hombres cogen las dejan embarazadas y después se van, y no dicen. Y no responden por ella.

Liz: ¿Cómo hace uno para cuidarse entonces?

E: No sabría decir, pues yo creo que es alejándose un poco de ese hombre, pues así sea el novio, sí! Pero es que uno, no creo que deba ir más allá de ser novios (Cant – m- sh – 10 – 14 – D).

Tener novio, entonces, es un factor de riesgo de ser engañado por los hombres por lo tanto, una estrategia de prevención del embarazo, de la violencia, del engaño es no tener novio. Una fuerte no agencia afectiva y sexual femenina es destacada por las mujeres a la hora de lidiar con los hombres, especialmente las más pequeñas. “Embobarse” es la conceptualización más precisa. Si bien el deseo sexual no se muestra como indiscutible ni incontrolable su fuerza sigue siendo narrada como un obstáculo para el uso de preservativos y anticonceptivos.

“La arrechera como dicen...(risas), se ponen muy calientes entonces...”. (Car-m-h-20/24-d, pp. 12).

Un dato lateral bastante importante surge de esta declaración. Más allá del riesgo de salud existen de hecho prácticas de búsqueda erótica y sexual femeninas, que no pueden ser menospreciadas a la hora de preguntarse por los derechos sexuales. En un contexto en el que con frecuencia se habla del displacer femenino estos datos lo hacen de posibilidades importantes de equidad sexual y de afirmación erótica femenina. ¿Qué hace que la arrechera se convierta en otra fuerza indomable?

Por otro lado, el embarazo también obedece al ejercicio de la voluntad, del deseo, o responde a la consolidación de proyectos personales y familiares. A veces, el embarazo adolescente o juvenil es la afirmación positiva de una decisión, de un derecho.

“Yo quería ser papá y pues quería tener mi chamaca” (Car-h-h-20/24-d-pp. 9).

Dice este joven, papá de una chamaca, que hoy está pensando en tener un hijo con su nueva novia, pero que todo depende de que tenga con qué darle el sustento, porque su mayor temor es que el niño sufra por algo.

El embarazo es englobado por la maternidad. En ese sentido el embarazo implica la imaginación sobre la maternidad, la reproducción y sobre el resto de la vida. De otra parte especialmente en la imaginación de las más pequeñas existe también la percepción de que el embarazo vuelve a las personas más responsables, más maduras. Parece que se configura una promesa cultural autocumplida.

Formas de aprender, reproducción, pertenencias

En Caracolí el embarazo se convierte en una noticia pública, es un tema de conversación cotidiano, es una situación sobre la que se especula y se intriga (¿quién es el padre, qué hay detrás de ese embarazo?). A pesar de estigmatizado no existe ninguna censura discursiva o visual sobre el embarazo de jóvenes y adolescentes. Es un evento público, componente importante de las relaciones y del paisaje. Componente relativamente “mal visto” (el embarazo), pero presente y público. Es un aprendizaje colectivo, parece realmente una opción disponible.

uno ve a las amigas con novio, 'ay, ¿por qué no consigue novio como yo?, entonces las amigas, las peladas como para hacerle caso, ay si ella tiene novio yo porque no voy a tener novio, entonces también ellas hacen lo mismo, ay que ella está embarazada, yo porque no voy a quedar embarazada, o sea como que se van guiando con las amigas (Car-m-sh-15/19-d, pp.9).

En general cuando se pregunta especialmente a las personas mayores de 14 años, saben nombrar los métodos de anticoncepción. Para

los pequeños se reduce al condón o algo más (píldoras, inyecciones). Sin embargo, la comprensión de su uso es bastante pobre. Las fuentes de información son la madre, el colegio, los pares, los hermanos o hermanas mayores y, raramente, los servicios de salud. Vale la pena destacar que algunos datos permiten suponer una mayor oferta institucional en Bogotá que en otras ciudades donde las personas jóvenes vivieron, no obstante, que las estrategias domiciliarias se muestran como la principal puerta de entrada.

Como se trata de una organización matrilineal y matrifocal la figura de la madre es central en el aprendizaje de la sexualidad y de la SSR. Sin embargo, una joven embarazada expresa:

“mi mamá sí me habla, pero no me habla claro, a fondo, sino así por encima. Que por ejemplo, que cuando están en el acto sexual tienen que usar el condón. Básicamente... a mi me gustaría decirle cómo, preguntarle que esto que lo otro... todo” (Car-m-emb-15/19-d, pp.3).

Las madres, especialmente, intentan hablar y los padres “cuidar”. Sin embargo, su acción no parece muy completa y efectiva y el “cuidado” es siempre problemático. Sea por exceso (autoritarismo) o por falta (abandono⁴), los adolescentes lo colocan como una posible causa de las “metidas de patas”,

“se llama Leila, los papas la cuidan mucho, entonces cuando ella sale, porque los papás la tienen muy atrapada, no le dan confianza, entonces ella cuando sale de una vez mete las patas” (Car-m-sh-15/19-d; pp. 6).

Es importante rescatar algunos datos adicionales que hablan sobre el contexto de la prestación de servicios y de la garantía de derechos. Algunas funcionarias de salud fueron entrevistadas o con ellas se mantuvieron conversaciones informales en el marco de la investigación (sus identidades son reservadas): funcionarias de salud de la localidad informaron en repetidas ocasiones la debilidad de los

4 Es interesante anotar que eso que muchas personas adultas, especialmente, funcionarios públicos llaman con miedo de “libertinaje” es leído por los jóvenes, y por los investigadores, como abandono... Incluso, algunos jóvenes usan conceptos como descuido, falta de amor, poca importancia, entre otros.

servicios en SSR para jóvenes en esta localidad, especialmente para jóvenes desplazados.

En algunas IPS consultadas no existía a la fecha ningún servicio específico para jóvenes (no fueron consultadas todas las IPS de la localidad). Sólo en el CAMI Jerusalén se encontró tal servicio aparentemente con alta efectividad.

Según algunas funcionarias públicas de salud el acceso a preservativos y métodos anticonceptivos (MAC) es extremadamente difícil y obstaculizado por el sistema de contrataciones e intermediación en salud. El acceso a determinados métodos depende del tipo de afiliación, además, algunas empresas no autorizan ciertos métodos u ofrecen sólo una cantidad limitada. Las entrevistadas no ofrecieron mayor precisión. Una persona tiene acceso a seis condones por mes a través de la IPS pública.

También fueron consultadas dos lideresas comunitarias de la localidad que tienen formación en SSR por una organización privada, y que realizan pruebas gratuitas de embarazo con su respectiva asesoría. Ellas reportaron que algunas IPS públicas del sector no realizan la prueba de embarazo anterior al inicio de anticonceptivos, sino que se limitan a formularla. Incluso les remiten algunas pacientes.

Según estas lideresas, ellas reciben quejas de mujeres jóvenes y adultas a quienes algunas IPS de la localidad les han “cerrado las puertas” de los servicios de anticoncepción porque son “muy chiquitas”: 13, 14 años. Una de ellas cuenta que a varias mujeres, inclusive a su hija de 18 años, le han obstaculizado duramente el servicio. La implantación del DIU fue negada porque no tenía hijos, según el médico; entonces le ofrecieron píldoras o inyecciones. La muchacha aceptó las píldoras. Le dieron la primera y las demás le ha tocado comprarlas por su cuenta. Dicen, también, que muchas jóvenes del sector han querido colocarse el Yadel, pero en las IPS nunca lo tienen disponible. Declaran que son constantes estas situaciones.

Así mismo, de su contacto con las jóvenes y adolescentes afirman que son grandes los vacíos de información y de comprensión de la misma.

Estigma, responsabilidades, responsabilizaciones, culpas y resoluciones

Embarazarse significa “meter las patas”. Es este el estigma, la marca física que la mujer lleva consigo durante esta fase. Su comunicación con el mundo está medida por este nuevo cuerpo evidente. En esta localidad como en toda la ciudad y en diversas regiones del país existe un discurso ideal que construye el embarazo como una decisión que se debe tomar cuando las personas involucradas ya han concluido sus estudios superiores y tienen un trabajo estable:

“por ejemplo que tenga una carrera, una vida más o menos cómoda, que tenga toda la estabilidad para darle estudio” (Car-m-sh-10/14-d, pp.2).

Pero sin duda otro elemento que compone el estigma de las patas metidas, de la “embarrada” es sin duda la evidencia de la actividad sexual temprana, quizá placentera, y quizá autogestionada de esa mujer joven.

Ahorita como lo explicara, ahorita las niñas se tiran más al mundo como dice una... temprana. O sea, la mamá como que las cuidan, pero no las cuidan como se cuidaban antes... digamos algunas trabajan y ellas se quedan en la casa y pueden meter las patas (Car-m-h-20/24-d, pp.6).

En ese sentido el embarazo trae responsabilidades y se piensa como culpa de la mujer. En una entrevista colectiva se le preguntaba a un grupo de niñas de 10 a 14 años por el significado del embarazo. Inmediatamente la conexión con CULPA surgió.

“uno nunca debe de juzgar a un niño recién nacido, porque ellos no tienen la culpa”, “la culpa la tiene uno por embarazarse.”, “la culpa la tiene uno por no cuidarse” (Car-m-sh-10/14-d, pp.8).

Esta misma idea se reproduce luego en adolescentes y jóvenes varones de los quinquenios siguientes (porque las mujeres son más críticas con ello) y se explica en el hecho de que a los hombres allí “nunca les pasa nada cuando dejan a una mujer en embarazo” (comunicación personal con Car-m-sh-20/24-d). La naturalización del género y de la sexualidad es absoluta.

A veces hay tímidas excepciones y espacios de ruptura:

“pues sí, la embarraron los dos porque debieron protegerse... de que ella quedara embarazada...” (Cant-h-sh-10/14 d, pp.10).

O un muchacho de 17 años que asiste junto con su novia con ocho meses y medio de embarazo a los talleres prenatales del CAMI Jerusalén, afirma que el embarazo no fue planeado, que fue más su responsabilidad que de ella porque fue él quien dejó de usar protección sin ninguna razón.

Ahora bien, resolver el evento embarazo tendría en principio dos caminos: o se deja continuar o se interrumpe. Las definiciones de embarazo dependen de la persona y de las experiencias que ha tenido, en especial si la experiencia tiene que ver con ser hombre, ser mujer, el hecho de tener un hijo o estar esperándolo. Por ello es muy dicente que un hombre de 18 años, sin hijos, diga que el embarazo es estar “embalado” (tener un problema grave) y para una de 16 años, que no ha tenido hijos es algo que se debe evitar, opinión que comparte con un joven de 15 que no ha tenido hijos. Sin embargo, el panorama se amplía cuando se toma en cuenta la experiencia de una mujer de 18 años que tiene seis meses de embarazo.

Uno de los caminos para resolver el embarazo es hacer efectiva la imaginación positiva de la maternidad, comenzar a efectuar ese devenir de la “bella madre” como lo mostraron los más pequeños.

Entonces, se hace imprescindible acompañar la transformación corporal con ciertos rasgos que en las sociedades industriales se asocian con la adultez y con la maternidad: mayor responsabilidad, ahorro, cambio de hábitos de ocio y sociabilidad, entre otros.

Estamos en el ahorro, lo principal que es lo que uno piensa, vamos a empezar este fin de semana, vamos a empezar...ver que le compramos... la cama porque yo tengo una cama chiquita, a mi no es que me gusten las camas grandes, pero ya toca reemplazarla a una más grande. (Car-m-emb-15/19-d, pp.10).

El otro camino es la interrupción. En el contexto de esta investigación el aborto está presente en las experiencias de algunas personas conocidas. Nunca en las de las entrevistadas. A veces tiene rasgos de

leyenda urbana cuando se hace mención de lugares macabros donde se aborta. Para quienes participaron de este estudio el aborto no constituye una opción (legítima) de resolución del embarazo. Abortar es un no derecho.

... fue muy duro, y el sangrado era muy fuerte, y me dieron una cita para abortar, para hacerme el legrado... No...yo pensaba que yo podía aguantar y me daba miedo, que haber abortado la niña y el remordimiento de conciencia, pero llegó un momento en que yo si pensé abortar porque lo dolores eran demasiado fuertes, yo no me podía mover...pero fui al médico y me dijo que a la de Dios, y ahí está mi hija... (cant-m-20-24-nd (migrante económica)).

Pues no, el aborto no. Ella me preguntó una vez que ella abortara, y yo le dije que sí, y ella se puso a llorar, y me dijo que cómo le iba a quitar la vida a un niño así, y entonces ella me hizo caer en cuenta muchas cosas y yo le dije que no el aborto no va conmigo...porque así como uno tuvo los pantalones para hacer ese hijo, también tienen que tener los pantalones para sacarlo adelante. (Cant-sh-h-15/19-nd, CC Pp13.-pp15).

Como la responsabilidad práctica y moral es de la mujer cuando el hombre “responde” el “problema” se soluciona y cualquier otra opción (abortar, dar) lo que haría sería actualizar la culpa femenina. A él, como se verá a continuación, no se le puede pedir más que eso, pues debe ser entendido como un acto absoluto de generosidad, casi excepcional.

Maternidades: ser por los otros y caminos de ruptura

En el presente apartado se intenta hacer una fuerte constatación de la “maternización y familización compulsivas” de la vida social de estas mujeres. El género asume aquí un lugar privilegiado de discusión y análisis, pues lejos de transformaciones tenidas como dadas en la experiencia femenina, se muestra como la individualidad femenina (tan cara al feminismo) es un objeto culturalmente distante en este contexto. La mujer corporifica la familia, la madre, la esposa con o sin marido.

Sacrificios, violencias, sufrimientos y la condición de existencia de la familia

En el contexto de esta investigación la vida de las personas, las relaciones de género y la sexualidad están fuertemente atravesadas por diferentes formas de violencia. En esa medida la trayectoria de las mujeres y sus aprendizajes de vida también lo están. La maternidad se encuentra en relación compleja con esta dinámica.

La percepción de sí como objeto de violencia y sujeto de sufrimiento es contundente en las mujeres protagonistas de esta investigación. Esto se traduce en saberse mujer incompleta, hija olvidada, niña abusada. La totalidad de las mujeres entrevistadas en Canteras ha sufrido abuso sexual por parte de sus familiares, y aquellas que han sido madres han sido abandonadas por sus maridos. Las vulneraciones han quedado en la impunidad o manejadas a través de la justicia privada de las familias como el “ajuste de cuentas”. Al final la mujer tiene y debe superar estas experiencias en algunos casos a partir de la maternidad y en otros a partir de procesos de agencia facilitados por terceros como psicólogos, profesores, iglesias o familiares más cercanos (notas de campo LR).

No, ...me dejaron una vez sola con él...él me dijo que fuera a comprar unas papas yo me acuerdo...entonces yo empuje la puerta con la cola porque yo llevaba las papas en una mano y la plata en la otra ja já...entonces yo abrí con la cola y cuando yo sentí fue que él me cogió y me apretó la boca y me amarró sí porque sí?...y me bajo al primer piso y cuando él me decía cosas feas...me decía: "A usted es que le gusta"...si me entiende? (...) 8 años, y pues cuando él ya me soltó él me dijo que no le fuera a contar a nadie y yo le decía: "No, yo no le digo a nadie, yo no le digo a nadie"... porque cuando yo me fui y empapada de sangre y yo salí de ahí y la gente me decía: "¿Qué le pasó Marcela, qué le pasó?"...y yo no nada...nada...y pues me fui para una parte que se llama Lourdes...Lourdes es un vereda y allá estaba trabajando mi mamá con toda mi familia (...) No nada... porque es que una persona que tiene casi 40 años y uno de 8 años dígame uno ¿qué puede hacer?...nada así no me haiga amarrado o no...uno no puede hacer nada...y yo llegué a donde mi mamá y le conté...claro que le conté... (cant-mSH-15-19-d).

En un círculo de violencia y bajo condiciones de fuerte angustia y miseria las madres se transforman en victimarias según los relatos de las

mujeres; las madres son ejecutoras de maltrato y en algunos casos han presionado la explotación sexual de sus hijas (notas de campo LR).

Nada, ella me decía, me acuerdo tanto que mi hermana la mamá de mi sobrina, me acuerdo tanto que mi hermana estaba tomando con unos amigos, y yo fui y le dije mami yo por la tarde tengo plata y a mí me pagan, pero ahorita no tengo, y una semana aguantando hambre, y yo le dije: "Regáleme un plato de comida o véndamelo"...y me dijo: "Si quiere comida vaya acuéstese como lo que hace su hermana y coma yo no le voy a dar nada" (cant-m-20-24-nd).

El correlato es la bondad. La madre es la figura del sufrimiento que se supera y se vuelve logro en el bienestar de los hijos e hijas. Es en ellos donde reposa su existencia, como con claridad lo afirman algunos varones protagonistas de esta investigación. El marido es un bien deseable, pero descartable; no así la prole.

Me he puesto a pensar y todo y pues siento que es duro y pues es tremendo y lo que la mamá sufre y todo para criarlo a uno (cant-H-p-em-20/24-D). La nena nunca recibe el beneficio para ella, sino para que seamos nosotros los que recibamos ese beneficio (cant-SH-20/24-d- CC pp.5), "la mamá es una persona que trabaja fuertemente, que le da tiempo a sus hijos y a su esposo" (Car-h-emb-15/19-nd, pp.7).

Esta concepción proviene de un joven que ha crecido toda su vida con su mamá y abuelos maternos, y que ha visto a su mamá, para darle estudio a él, trabajando como empleada del servicio.

Es decir, la femineidad y la totalidad de la vida es englobada por la maternidad: "la familia ideal sería que la mujer mientras que tuviera a los hijos estuviera cuidando a los hijos mientras que los niños cumplen una edad de ocho años en adelante, ya los podría dejar solos, si ella quiere trabajar que trabaje o si no yo la pondría a estudiar, para que tenga un mejor futuro, para que le enseñen más a los hijos." (cant-h-sh-10/14-d, pp.21).

También la maternidad es vista como sostenimiento económico, es una figura de autoridad y control necesaria frente a la ya vista y conformada "irresponsabilidad" masculina. Se afirma que la experiencia de la maternidad adolescente es mucho más dura que la de la paternidad adolescente, pues en ella recae la transformación del cuerpo y el estigma de haber "metido las patas".

Papá joven pues duro porque tiene que dejar muchas cosas a un lado y dejar todo para dedicarse a la mujer y al bebé, y mamá joven pues más duro todavía porque si no tiene el apoyo del novio o de la persona que la dejó embarazada, le va a quedar muy difícil sobrellevar eso del embarazo. (Cant – h- sh- 20/24- nd – CC, pp19).

Esta canción me acuerda de mi mamá: Adornadita con canas por esos caminos vas, disimulando sus penas, es mi madre mi mamá, es mi madre mi mamá. Me dio de todo, la vida, dolor y felicidad, de seis partos en la vida, viven cuatro en la ciudad. De mi madre mi mama. (Canción de Joan Sebastián referenciada por Cant –h- P- 20/24- d).

Las madres por lo tanto, son la posibilidad de existencia de la familia. Ellas crean las familias, las mantienen en el orden posible, forman sus integrantes, y se encargan de todo: desde la imaginación corporificada pasando por la administración de los recursos hasta la “buena influencia” sobre los proyectos de vida de sus hijos.

Bendiciones, gozos y recompensas. La contra efectuación de la violencia

“Para mí la maternidad es una ciencia de vida porque la maternidad más que dar a luz es un espacio de amor absoluto y de entrega total” (cant-hombre sin hijos- 20 - 24- nd - CC).

Ahora bien, el sufrimiento de la maternidad se ve compensado en el propio gozo de ser madres y en el amor de los hijos/as. La maternidad está vinculada indefectiblemente al amor, y viceversa; situación que deja la relación amor – paternidad como un constructo artificial que puede o no ser agenciado. Las niñas (10-14) reconocen la maternidad como una bendición de Dios. Un espacio para desarrollar características entendidas como propias de las mujeres: ser tiernas, ser fuentes de afecto y de cuidado.

Pues ser mamá es muy tierno, para estar con los bebés, pues yo...pues la experiencia mía, pues yo ser mamá, pues a mí me gustaría porque lo que pasa es que yo tengo una sobrina; y pues un día me la dejaron encargada, mi mamá tenía que hacer oficio, entonces yo quise bañarla, cambiarla, vestirla y la cosa... pasar tiempo con ella, y toca tener mucho

tiempo con los niños porque si no se llegan a caer, (...)mucho cuidado, aunque no toca darle mucho, mucho... ¿cómo es que se dice?, mucho amor, o sea sí darles mucho amor, pero no acariciarlos mucho porque después cuando grandes comienzan <que esa niña me pegó, que lo otro>. (cant-msh-10-14-nd).

La maternidad aparece como un lugar para la compañía, el afecto y la posibilidad de tener un aliado fuerte en el transcurso de la vida. Es una experiencia emocionante que a la vez trae nuevas relaciones. Aunque estigmatizado el embarazo, la maternidad es altamente valorizada y el hijo/a se convierte en un refugio de bienestar y en un motivo para el avance personal.

“Yo quería un hijo...no se... sentía emoción de tener un niño...hay veces que cuando yo estoy en la casa y le doy gracias a Dios que me dio mi hijo, que es una compañía mas, un amigo, yo hablo con él, yo canto con él, yo lo abrazo, lo consiento” (Car-m-h-20/24-d, pp.4, 5, 6).

El ser mamá: lo más chévere de ser mamá es estar con sus hijos...(cant-msh-10-14-nd).

Porque uno siente los cambios en el cuerpo, sí era temprana edad, sí... como dice la gente que uno tiene que gozarla, pero en mi yo dije que ya la había gozado...yo no quería saber ni de bailes, ni de novios, nada...yo quería trabajar para mi hijo...yo decía...si fui capaz de mantener a siete vagos y a hijos y todo por qué no voy a ser capaz de mantener a mi hijo, esa era mi meta, darle lo mejor a mi hijo(...) No, lo consideraba mi refugio(...): Sí, porque era como que me iba a querer por ser...no por lo que uno tiene...no porque la plata ni nada, sino porque uno es la mamá y es algo que nadie lo puede romperá...(cant-m-20-24-nd(mecon)).

En uno de los primeros talleres en Canteras, se les preguntó a un grupo de adolescentes entre 10 y 14 sobre para qué tener hijos. Entre las respuestas de las mujeres se destacó especialmente la posibilidad de dar y recibir afecto de manera tranquila. Así mismo, se destacó el lugar de la compañía. Como los padres un día van a morir, y los compañeros siempre, en las narrativas, se van a ir, la única compañía que le resta a la mujer adulta mayor son los hijos. Se asumen círculos de cuidado: la madre cuida al hijo, el hijo cuidará a la madre en su ancianidad. Este modelo difiere de otros modelos como el de las familias autónomas, más presentes en las clases medias, que promueven la independencia de los hijos desde temprana edad.

Para los hombres especialmente entre 10-14, como fue visto en algunas conversaciones y talleres en Canteras, significa la posibilidad de cuidar. Ellos no pensaban en abandonar a sus hijos/as. Uno de los muchachos, de 11 años, afirmó claramente que tener hijos/as no estaba dentro de sus deseos, pues “¿para qué? ¿Para maltratarlos?” (Notas de campo JM).

Para una afirmación discursiva del afecto y de las redes de cuidado, compañía y dependencia (principalmente en las personas más jóvenes) no aparecen en ningún caso redes de amistad o parejas amorosas como satisfacción de esta búsqueda: apenas la maternidad/paternidad.

La maternidad como proyecto

MM ...este embarazo no es que sea algo inesperado la verdad que no, porque yo ya voy a cumplir 19 años y pues yo creo que a esta edad ya debe saber más o menos qué quiere y qué no quiere...y pues este embarazo la verdad, la verdad es con mi primer novio, y ya lleva mucho tiempo, ya con 5 años ya pues no fue algo como inesperado, sino que era algo así como planeado, no precisamente para estos momentos pero sí estaba planeado.

E ¿Para cuándo tú lo pensabas acaso?

MM No, más o menos ya. (...)

E ¿Pero ya lo habían hablado antes?

MM sí, muchísimo lo habíamos hablado, la verdad que sí...con mi mamá y con... con mi mami sí una vez lo comentamos y ella me dijo que tal vez, que si esa era una de mis decisiones que ella no me iba a reprimir, pero que pensara bien porque muchas veces un embarazo no era precisamente para una persona quedarse ahí, sino que seguir adelante, pues no quedarme ahí. Porque yo sé que no me puedo quedar ahí por el embarazo, sino yo quiero seguir, tomar la decisión de seguir estudiando. Porque acá en el barrio he visto como muchas similitudes de las peladas que quedan embarazadas, y no siguen estudiando se quedan ahí, siendo niñas, y la verdad sinceramente tengo como un estilo diferente a todo esto...he tenido ya como muchos reflejos a mi alrededor para saber

cómo ¿qué debo hacer? y ¿qué no debo hacer?, entonces ya ojala todo lo que hablo no se vaya a quedar en palabras, sino que sea un hecho real... (Car-m-emb-15/19-d, pp.4).

La maternidad es efectivamente un deseo concreto, un proyecto de muchas de las jóvenes y adolescentes mayores de 15 años. Durante unas visitas al CAMI Jerusalén, referencia para Caracolí y alrededores, se presentó la oportunidad de conversar largamente con cuatro muchachas embarazadas que estaban entre los 15 y los 19 años. La menor, de 15 años, original de Chaparral, Tolima, desplazada y proveniente de Villavicencio, afirmó haber quedado embarazada en una de sus primeras relaciones, claramente sin desearlo, sin mucho conocimiento de cómo cuidarse y sin haber usado nunca ningún método anticonceptivo.

Las tres mayores declararon no sólo desear el hijo, sino haberlo buscado o, por lo menos, haber abierto la posibilidad al suspender autónomamente el uso de preservativos. Estas tres ya habían usado métodos y llevaban por lo menos dos años de vida sexual activa. Las tres se declararon unidas. Una de ellas, de 19 años, con cuatro meses de embarazo vive hace dos años con un hombre de 35 años, que tiene hijos. Decía estar completamente feliz con el embarazo, con haberlo buscado en los últimos meses, y con su situación de esposa. Su apariencia física, su forma de vestir y su actitud durante la conversación no la distanciaban ni un poco de otras adolescentes del barrio (vestía ropas llamativas, de consumo juvenil, era alegre, espontánea...).

Otra, de 17 años estaba con dos meses de embarazo. Nació en Vista Hermosa, Meta, pero vive hace algunos años en Bogotá. Muy fuerte y muy clara en su conversación. Seca, mirada levantada y respuestas firmes. Dice que el embarazo le está dando duro ahorita, mareos y “esas cosas”, pero que está muy feliz y que cuando supo la noticia estuvo muy feliz. Vive hace un mes con el novio, que tiene 20 años, trabaja y con quien ya lleva dos años de noviazgo. Hace un año estaba intentando embarazarse. Ella quiere mucho ser mamá y él también quiere ser papá, según dice ella. Estaba en su primer prenatal y expresó que tiene el apoyo fuerte de la mamá y del hospital.

La tercera tiene 20 años y una vida muy difícil. Es su segundo embarazo del mismo novio que tiene 21 años, con quien está hace ya más de tres años. El primer hijo murió a los cuatro días de haber nacido. Su segundo embarazo, que está en tres meses, fue buscado. Su padre no tiene vivienda fija y ella no cuenta con el apoyo de su madre. Estaba bastante apegada a la idea de su nuevo hijo.

Para una de las protagonistas, afrocolombiana habitante de Caracol de 24 años sin hijos/as ni embarazos, el hecho del desplazamiento marcó este tipo de rupturas y claridades. Su hermana menor, hoy con 18 años...

E ¿Ella no terminó el bachillerato?

M No, no le terminó.

E ¿En qué grado se quedó?

M En sexto.

(...)

M Ella no cuenta mucho esas cosas, pero ella es súper resentida con las personas de ahí (...) Yo no sé, ella tiene como problemas psicológicos, porque ella cuando estaba estudiando... no sé... (...) Mi hermana no tuvo como a nadie que le dijera esas cosas...nadie la apoyara, pero ella sí... porque el año pasado a mediados me dijo... ‘yo no voy a ese colegio y no quiero entrar a ningún otro colegio más...’ Y yo ‘¿pero qué paso?’ Nada, desde que llegamos acá a Bogotá he recibido cualquier mano de insultos por el simple hecho de ser negra’. ‘Pero no, tú lo que tienes que hacer es no darle importancia a esas palabras, y la que sale perdiendo eres tú... y simplemente te vas a quitar la oportunidad de estudiar no más por darles gusto a ellos...’ A mí también me molestaron mucho, pero... no ...y no... Ya lleva como cinco años así. Cinco años perdidos, hasta el año pasado estuvo matriculada de noche estudiando. Y no, se salió.

E ¿Y ella qué hace ahorita?

M Nada, en la casa relajada.

E ¿Pero no tiene hijos/as ni nada?

M Está embarazada, ya va a tener el niño y todo...además, ella

siempre dijo que yo me creía un ser superior en la casa...además, es que yo ni siquiera vivo con mi mamá. Yo trabajo, yo me pago mi estudio... que ya lo terminé. (Car-m-sh-20/24-d, pp.8).

Ser camino de ruptura. Proyectos que no se centran en "esa" maternidad

Pese a que las figuras maternas han experimentado maltrato sistemático por parte de diversos actores en las narrativas emerge la figura de la mujer, a veces madre a veces no, que corta con estos procesos y decide cambiar el destino de su vida y de sus familias asumiendo el doble rol como sostenedora y como dadora de afecto.

Sí, se cansó de tanto maltrato porque mi abuelo es muy imponente y muy orgulloso entonces por cualquier cosa le pegaba a mi abuela, pues eso es lo que me cuenta mi mamá y también al ver que él maltrataba tanto a mis tíos de pequeños, entonces ella decidió irse para Barranquilla y dejarlo (cant-SH-20/24-CC-ND Pp. 13).

Ya mi mamá empezó a echarse la carga de nosotros, y ya la nena nos sacó y empezamos a construir un proyecto de vida distinto para nosotros (...) cuando está la nena buscamos como esa unidad, entonces la nena va a manejar el espacio de líder y se le respeta, se le reconoce (cant-SH-20/24-CC2- D).

(...) pues la pelada se aburríó, le dio mucha tristeza. No se aguantó y le dijo a la mamá, a mi suegra, que ella se quería ir. Y pues la verdad que a mí la suegra no me quiere nadita, no me quiere ni en pinturas. Entonces sí, la mamá la agarró, eso me contaba en estos días, que le había dicho 'sí, traiga la ropa yo se la cuido, y usted mañana mismo se va' (...) Entonces yo llegué a mi casa, cuando... la ropita nada, la niña nada, y la mujer tampoco. (Cant-P-20/24-D-pp 3).

Contrario a las hipótesis que refieren al estado de baja autonomía de las madres, la emprendedora demuestra otras formas de asumir la feminidad y la maternidad, que además, se enseñan con orgullo.

No, así...por lo menos lo que una mamá le dice a una hija, que juiciosa de tratar siempre de estar bien, de tratar de salir adelante no por el simple hecho de ser mujer, digamos los oficios de la casa sólo le corresponden

solamente a la mujer, no...mi mamá nunca fue de sí?...nunca ha sido una persona egoísta en ese sentido...las cosas de la casa se comparten... todos los oficios de la casa..." (Car-m-emb-15/19-d, pp.4).

A veces las enseñanzas pueden venir de hija para madre:

Entonces, pero nosotros cuando llegamos... Estábamos en el Chocó y yo no hacia digamos que cosas de la casa porque mi mamá siempre estuvo allí y mi hermana la mayor. (...) Cuando llegamos aquí a Bogotá pues se cambiaron todos los papeles... (...)...a mí me tocó coger como... empezar a cocinar cosas que no sabía hacer, a lavar loza, a lavar ropa, a arreglar todo lo de la casa... Estaba a mi cargo, pero yo delegaba los trabajos, entonces... usted lava la loza, hoy usted arregla los cuartos, usted hace una cosa usted hace la otra. Y entonces cuando mi papá llegaba... Nosotros todos hacíamos (...) Pues mi mamá trataba de dejar la comida hecha en la noche para... para todo el día, pero a veces quedaban cosas que faltaban por hacer, entonces, trataba de terminar eso, de calentarlo y después repartir, lavar los uniformes, las cosas, la ropa y de lavar la loza o algo así, lo más difícil digámoslo así para que a ellos le tocara lo más fácil. Entonces, mis hermanos... no, los hombres no, ellos no hacían nada, a ellos les decía que hágalo, que hágalo... noo... yo no quiero y no lo hacían. Entonces, ya en la noche lo hacen o cuando llegue mi mamá van a tener un regaño y entonces ellos se ponían a hacerlo y en ese acto llegaba mi papá, entonces los encontraba haciendo algo y eso era el problema más grande. (...)

Yo siempre me agarraba con mi papá pues de palabras diciéndole "Ah, entonces aquí todos estudian, todos ensuciamos loza, todos ensuciamos ropa, todos heee desordenamos la casa, todos comemos, pero aquí las únicas que tenemos que hacer eso somos las dos: la chiquitica que tenía como unos seis años y yo... porque somos mujeres, simplemente por el hecho de ser mujeres lo tenemos que hacer". "Ay, que no me responda" y yo: no, es que es la verdad. A veces me pegaba por contestarle, por respondera (...) y... fueron unas peleas constantes con mi papá por eso mismo y mi mamá callada... ella me decía era "no le responda, no le responda", pero nunca peleaba por esos derechos, que yo creo que uno tiene derecho a eso.

Y entonces un día yo tenía un trabajo muy largo del colegio y yo no había hecho absolutamente nada en la casa y estaba eso desarreglado. Entonces mi mamá empezó a recoger todo: uno llega cansado del trabajo bla bla bla y tiene que venir a hacer esto y ustedes aquí no son capaces la la la y la la la le... Y le dije: es duro, ¿verdad? ¿Cierto que es duro? Yo vengo

del colegio, llego cansada, tengo que hacer trabajos del colegio, y yo sola tengo que llevar con la responsabilidad, no me parece justo, no me parece justo y usted misma ha hecho de que cuando su esposo habla usted se queda callada y yo tengo que asumir la misma posición, porque es eso lo que estamos viendo, entonces a mí no me venga a decir ahora que es duro que una cosa que la otra por que no es así... (...).

...y entonces después me dijo: No, tiene razón voy a tratar que las cosas no sean así... de que esto se tiene que hacer por igual, porque a pesar de que ellos sean hombres también tienen que colaborar en la casa... todos están haciendo lo mismo todos estudian (Car-m-sh-20/24-d).

Así mismo, se va construyendo la idea de que la maternidad y el matrimonio no son para todas las mujeres, o por lo menos no de la misma manera; lo que significa una importante desnaturalización de la amalgama feminidad/maternidad. En los casos de control las mujeres han manifestado no querer tener hijos/as, o aplazar su llegada al observar modelos de referencia como madres y hermanas. Llama la atención que esto es más fuerte en las mujeres desplazadas que en las migrantes o urbanas.

El discurso de la mujer verraca encierra una paradoja aparente: entre más irresponsables son los hombres mayor debe ser la capacidad de autonomía y fuerza femenina. Sin embargo, en la medida en que las mujeres con la experiencia femenina van ganando autonomía y alguna relativa igualdad de derechos y posibilidades, el sentido de la “irresponsabilidad” masculina cambia. Pues no se lee con añoranza como una falta, sino que se anticipa tranquilamente su no lugar. No hay necesidad, luego no hay falta.

E ¿Qué planes tienen ustedes?

D La verdad, la verdad yo digamos eso que irme a vivir con él, no lo he pensado. Nunca he tenido como esa clase de pensamientos, de una vez... Por ahora es seguir juntos, colaborarnos y lo primero es el bebé y ya. (Car-m-emb-15/19-d, pp.4).

Voy hablar de mí. De que lo haga [el acto sexual] con un chico de acá a sabiendas de que puedo llegar a quedar embarazada, yo digo ‘Me importa un rábano quién es el papá; o sea, hago de cuenta que desapareció el papá. Tenga que hacer lo que sea, yo a él no le pido nada (Car-m-sh-20/24-d).

Paternidades: la tarea de hacerse hombre

Ser papá es un elemento importante a la hora de hacerse hombre. ¿Cómo? ¿Cuándo? Las formas varían. Importante es resaltar que, a diferencia de la experiencia de la maternidad femenina, estas paternidades narradas por los hombres no tienen el objeto de su existencia cultural en los otros, sino en sí mismos. Mayoritariamente se es papá no para el hijo o hija ni como corporificación de la familia, sino como demostración íntima y pública (histórica, cultural) de su masculinidad, de su capacidad de respuesta, de trabajo, de control, de violencia más que de protección, como se verá. Nuevamente, habrá rupturas interesantes.

Responder y hacerse hombre: amenaza antes que protección

Una vez llega la noticia del embarazo aparece la pregunta ¿Va a responder? ¿Voy a responder? En ese primer instante responder significa asumir la responsabilidad de la fecundidad y “colaborar” económicamente con el embarazo y la crianza. Pero en contextos de masculinidades tradicionales como este “responder” significa, también, satisfacer el papel performático de la última palabra masculina; esto es, no quedarse callado, no huir, no “dejarse”. Hacerse hombre. A partir de este punto la situación se llenará de complejidades y matices. Sin embargo, como también dicen algunos “tarde o temprano le va a tocar”. Es decir, la paternidad es un elemento fundamental para hacerse hombre (por género y por ciclo vital) no tanto por la capacidad reproductiva, sino por la capacidad de “responder”. Entonces, si la responsabilidad es optativa, el “responder” performativo no lo es: sea por el camino que sea, aceptando o negando la responsabilidad paterna, la última palabra, la palabra de la razón debería ser dispuesta por el varón.

Por los datos obtenidos en el trabajo de campo parece que la opción de “no responder” es más presente en Caracolí que en Canteras; por lo menos como performance emotivo. Con el transcurso del embarazo y de la crianza, el “responder” se va haciendo más complejo y llenando de mayores sentidos y expectativas. También de frustraciones. Como

ya fue dicho los discursos de los/as más pequeños/as, colocan en juego frente a la imaginación, aún en medio camino entre sus papás y mamás como referentes y la maternidad y paternidad fantaseada por ellos. El deber ser, entonces es muy fuerte.

Ser padre está asociado en general en todos los ciclos vitales de los dos barrios con sostener, alimentar y comprender. Para los entrevistados constituye un motivo de orgullo poder proveer a la familia, es decir, se es realmente hombre si se es proveedor. Ser papá en este sentido, responder por la familia, obedece más al desarrollo de un proyecto personal, orgullo sobre sí mismo, que a la entrega a la familia (concreta o virtual) como en el caso de las mujeres.

“Yo sé que soy un pelado pues que toma mucho, que se la pasa mucho en las cantinas tomando, pero pues con mi bebé soy muy responsable” (C-P-20/24-D. pp. 4). Por tal razón es justificable que consuma licor para recrearse y que no asuma las tareas del hogar ni pase mucho tiempo dedicado a sus hijos. Esto no se asume como una falta, pues la encargada “natural” de esto es la madre.

- L* ¿Si le dejamos un niño a un hombre, él lo sabría cuidar o lo cuida mejor una niña?
- E* Lo cuida mejor una mujer. Porque el hombre, el hombre a veces dicen, que no sabe cambiar los pañales, que no le saben cómo darle tetero, que no saben a veces como cuidarlo, entonces, por eso es mejor una mujer porque la mujer tiene como más, como más experiencia para eso. (Cant-msh-10/14-d) (pp 9).

La figura del padre transita entre el padre que abandona y el padre que maltrata cuando no la de padre ausente. Sorprende que una imagen también fuertemente asociada a la masculinidad hegemónica, la paternidad como protección, esté casi completamente ausente de las descripciones de la realidad y se restringe mucho más al orden del deseo, “nuestros hijos van a necesitar cosas... uno va a estar de mal genio y les pega sin querer” (cant-h-sh-10/14-d, pp-9).

En ese sentido el buen padre se caracteriza porque no maltrata ni consume alcohol delante de sus hijos, que por observaciones realizadas, es una práctica frecuente en estos lugares. Es también buen padre aquel que se preocupa cuando sabe que su hija tiene novio (notas de campo SA).

Y en confirmación de un modelo matrilineal de parentesco el abuelo o los tíos maternos asumen las responsabilidades del padre. “Mi abuelito... porque con él toda la vida he estado...a él sí le tengo un poco más de confianza que a mi mamá pues él me aconsejaba harto, yo lo considero a él...mi abuelo y mi papá” (Car-h-h-15/19-d-pp4).

Ruptura y tradición. ¿hombres de familia?

La figura del padre maltratador, irresponsable y ausente no es valorizada por ninguna de las personas entrevistadas. Una muy fuerte imagen de deseo, de deber ser, como ya se dijo, está presente en los discursos de las/os muchachas/os con relación a la paternidad. Algunas narrativas de los más pequeños proyectando el futuro evidencian una imagen transformada de los patrones de crianza sobre violencia y maltrato llevados a cabo por sus padres y abuelos.

El riesgo es deslizarse en una idealización inoperante sobre sí mismo, que se narre como “ingenuidad”. “Lo que haría yo es regañarlo y decirle las cosas de buena manera”(cant-h-sh-10/14-d, pp-9).

El padre DEBE educar, ahorrar, cuidar del niño, y en especial, saber que no se es padre sólo por el hecho de pasar dinero a la madre. “Consentirlo, estar cerca a su hijo o mi hijo digámoslo así. Consentirlo, cargarlo cuando esté llorando, mirar que tiene, si tiene hambre, cambiar el pañal, cositas así” (Car-h-sh-15/19-d).

Evidentemente ellas no disfrutaban estas actitudes hegemónicas masculinas. Pero el fuerte tono de deseo e ilusión marcado en sus discursos sobre “buenos padres”, puede conllevar a repetir la dolorosa resignación ya mencionada, o encuadrarse en un permanente campo de batalla con sus compañeros locales (que difícilmente muestran transformación). Puede llegar a ser un juego sistemático de promesas incumplidas.

Que un papá la deja embarazada, que tiene que responder por eso, la alimentación, darle cariño. Todo no tiene que ser plata, tiene que ser un padre en todos los sentidos; por ejemplo, cuando uno tenga el bebé, en el parto, cuando el niño vaya al parque, o sea darle su amor. Un padre que sólo da plata y ya eso no es nada, porque el niño necesita cariño, cuando esos niños se crían por mal camino le faltó la mano de un padre (Car-m-sh-15/19-d, pp.8).

Existen algunas señales tímidas de transformación o ruptura del orden hegemónico. Podría lanzarse la hipótesis de que para muchos de los varones entrevistados, y otros participantes de las actividades de arte y auto representación, las masculinidades se encuentran en un escenario de interrogación entre los discursos dominantes (fuerte, mujeriego, ganador, dominador de las mujeres) y otras posibilidades, provenientes de sus propias experiencias biográficas.

En el Teatro Foro realizado en Caracolí, por ejemplo, los hombres jóvenes allí presentes (20 años) fueron fuertemente cuestionados por las mujeres de la misma edad. En repetidas ocasiones ellas se manifestaron verbal y corporalmente para exigirles cambios en su manera de entablar las relaciones con el otro género. Los muchachos que al principio mostraron una enorme resistencia para participar de la actividad se entregaron a la discusión. No cedieron ante ellas, es claro. Todos concordaron con los reclamos femeninos relacionados con el abuso de los padres varones, mostrando un rol de protección con relación a los abusos de los hombres mayores.

Sin embargo, cuando fueron interpelados en sus propios gestos y actitudes abusivas, la respuesta inicial fue monolítica. “Es culpa de ustedes”, “a ustedes les gusta”, “ustedes lo permiten”. Finalmente, un muchacho afirmó que todo eso que ellas reclamaban podría cambiar en esta generación, pero que sería muy difícil porque sus padres y abuelos habían sido criados así. Que tal vez ahora, una nueva generación de mente más abierta... Ganó los aplausos de la platea y la sesión cerró. Nuevamente, responder como última palabra (notas de campo JM).

No deja de ser paradójico resaltar un clásico elemento de las masculinidades hegemónicas (la función protectora) como posibilidad de ruptura y transformación. Así como en las maternidades se destacaba una posibilidad de ruptura y transformación cuando las mujeres logran deshacerse de la necesidad imaginada de un compañero, en este aparte se destaca la voluntad de un muchacho de estar junto con su pareja y sus hijos, de manera cariñosa y afectuosa. El elemento de la protección reaparece. Lo que marca las posibilidades de relaciones que afirmen y promuevan una “justicia erótica” no es la materialidad de la relación en sí (si están juntos o separados, si son dos, tres o

cuatro, si son esposos, o familiares consanguíneos o amigos), sino el sentido que la engloba, lo que se moviliza en las personas.

No... la verdad que no porque ahorita él ha hecho lo posible como para que estemos más juntos. Trata como de que estemos ahorita mejor, como que estemos, tal vez vernos...llamarnos todo el tiempo porque él me dice que las mujeres en esta etapa se deprimen mucho, entonces él trata como de eso. Y también ahora... voy a los partidos también, salimos a caminar, ahorita ya me acompaña a ver ropa del bebé, ahorita como que se incrementaron más las actividades, porque él dice que las mujeres se sienten como muy deprimidas... (Car-m-emb-15/19-d, pp.4).

En los datos de Canteras existen dos padres solteros que muestran bastante respeto por la autonomía de la mujer, y enfrentan el hecho de ser padres solos. Casualmente estos jóvenes son desplazados, de origen rural. Su decisión de asumir la paternidad en soltería es interpretada como paternidad y maternidad dado que se transforma en dador de afecto y responsable de la crianza. Ningún evento similar fue encontrado en Caracolí; sin embargo, además del fenómeno del “padre solterismo” ellos muestran una actitud mucho más respetuosa por la voz y la autonomía de sus ex compañeras, así como por la reproducción misma.

“A pues si yo igual quiero tomar la decisión de padre y madre a la vez, y pues hacerme responsable y todo”. (cant-p-em-20/24-D,rural). “Me tocaba hacer de mujer y de hombre jajá, yo lavaba ropa, tendía camas, barría, trapeaba lo similar, yo cambié, cambié; o sea, ya después de ahí pa delante le puse mucho juicio a mi bebé.” (Cant-p-20-24-d, rural pp5).

En los jóvenes urbanos la relación parece más centrada en un proyecto individual masculino y en la limitación de su práctica a los roles más pragmatistas e “irresponsables” antes presentados. Además del evento del desplazamiento y del origen rural o urbano, también influye en la diferencia el hecho de que los primeros son mayores y ya padres, Pero ¿Cómo influye? ¿Cuánto? ¿Dónde?

“Siempre se buscó el método de planificación por parte de ella yo nunca busqué la protección por parte mía (...) porque ahí es como un poco predominante lo del machismo”. (Cant-sh-20/24-nd-urbano).

Pues con ella hemos tenido dificultades, sí, después de un tiempo, porque yo a ella sí... Porque, como te digo, a mí sólo me importaba sentirme

bien yo, y no veía el daño que le estaba haciendo a ella, pero ya después comencé a colocar todo, y si nos enamorarnos los dos, que es un sentimiento muy bonito, nos empezamos a respetar y después de un tiempo yo empecé a cambiar, y empezaba a golpear y todo así todo brusco, me volví todo brusco hasta que llego un momento y la golpeaba más duro, más duro... (cant-h- sh- 15/19- nd, urbano).

Conclusiones y recomendaciones

Embarazo estigmatizado, maternidad supervalorizada, paternidad necesaria... y un Estado con más juicios que respuestas. Sistema de promesas incumplidas

- ❖ La comprensión del embarazo, la maternidad y la paternidad en adolescentes populares y desplazados desborda por mucho la mirada clínica, epidemiológica y demográfica, y exige la comprensión de un sistema de “englobamientos” simbólicos (socio-culturales).

Intentando algunas generalizaciones analíticas, se puede afirmar que en esta investigación el embarazo es ampliamente englobado por el género, la generación y las nociones de familia y del ciclo vital presentes en los grupos y redes de pertenencia, como clase (“clases populares” y de ascendencia rural, en este caso).

En las mujeres esto se traduce en un “englobamiento” por la maternidad, la constitución de familia y por una sexualidad emergente, intensa, desacompañada y “embobante”. En términos de género y de la familia en un contexto profundamente “familista”, ser mujer es ser mamá/familia. La maternidad está siempre presente como potencia máxima y en su existencia giran las posibilidades de la familia. La maternidad engloba la femineidad, al conjunto de las experiencias y expectativas de estas mujeres. El cuerpo de la mujer no es un cuerpo individual, propiedad del sujeto mujer. Ella es mujer/familia. En su cuerpo y en su proyecto habitan los/as otros/as, especialmente los hombres; de él dependen, y gracias a él pueden marcharse o deshacerse

de cualquier responsabilidad. Su cuerpo y su proyecto de vida no son bienes individuales, son disponibles para el proyecto social que se fundamenta en la familia matrilineal/matrifocal. El cuerpo de la niña o adolescente no embarazada ya tiene en sí este proyecto, ya lo crea, ya lo desea. Su proyecto “individual”, su felicidad “personal” están en la relación (imaginada o efectivada) con su prole e, idealmente, con su compañero. La maternidad no es algo que se elige, simplemente es.

Pero también está el sexo, las búsquedas de la sexualidad. La sexualidad se abrió como posibilidad, se difundió y se está gozando. Sea por la continuidad o ruptura de sus tradiciones culturales (Navarro, 2009), o por las transformaciones generacionales urbanas, las búsquedas eróticas existen de hecho y abiertamente para estas jóvenes (tal vez con predominio para las afrocolombianas). Su mundo, es decir, sus familias de base, la ciudad, el Estado, no acompañaron estas búsquedas y transformaciones. Ya no se hizo. Ya hay un desfase abismal. El mundo masculino no acompañó las transformaciones de las femineidades. Se resistió a hacerlo y las presiona para la culpa, las violenta. Entonces las mujeres “no se aguantan la arrechera”, experimentan, buscan y “se entregan” y “emboban”, pero ellas quedan embarazadas. No se acompañó este proyecto con acceso a información suficiente, acogida pedagógica institucional, acceso a proyectos de vida alternativos, cambios profundos en la noción de familia y en las relaciones de género. El deseo, entonces, es estratégicamente convertido en peligro.

La promesa de la sexualidad burguesa medicalizada, individualista, libremente erótica llegó al barrio como un susurro, pero quienes fueron a buscar sus frutos encontraron además del placer, el estigma y una alianza. La alianza de las fuerzas incontestables: Dios, los hombres, la naturaleza, la cultura, el Estado. La promesa fue dramáticamente incumplida.

Algunas mujeres han logrado resolver el enigma. Avanzan en la separación de la amalgama sexo/embarazo/maternidad/femineidad. Algunas madres “alcahuetean” estas fugas y transformaciones.

En los hombres, especialmente en aquellos de origen urbano, el embarazo es virtualmente inexistente en sus imaginaciones. Habita en las lejanías de ese otro cuerpo que se esfuerzan en construir como diferente. El embarazo es englobado por una idea de sexualidad y de masculinidad incontrolable y reconocidamente dominante (por costumbre o naturaleza). La paternidad en primera instancia es una opción, se puede elegir, aceptar o no. Pero el proyecto de masculinidad la requiere... tarde o temprano. Por eso a veces puede no responder, negar, ausentarse. En el proyecto urbano más que en el de orígenes rurales la paternidad parece englobada por la construcción de sí como hombre-individuo. Ser padre es parte de ser hombre, en el doble sentido de ciclo vital (adulto) y género (varón). No tanto por la capacidad reproductiva (eso no fue tan evidente) como por la capacidad material y simbólica de “responder” y de sostener una familia. En ese proyecto, no se es padre para la familia, sino para sí mismo. Ser un buen papá, que responde y por tanto, respetado es una apuesta individual de autosatisfacción.

En trayectorias de origen más rural la paternidad es también, y no en cambio de lo anterior, englobada por la perspectiva de la familia. El proyecto masculino, entonces, sería menos individual y predador que el urbano, y más familiar.

Además del género/clase el embarazo es englobado por la construcción cultural de los ciclos vitales y de la familia en las “clases populares”. Familias jóvenes, familias reproductivas, familias heterosexuales, familias extensas matrilocales y matrilineales. Es importante ser mamá y papá y es importante serlo joven. La adolescencia no se prolonga en las dimensiones de las clases medias contemporáneas, y la vida tampoco lo hace. El trabajo, la proveeduría y el cuidado de niños y niñas no son exclusivos de la vida adulta ni de la jefatura de la familia. La adolescencia y juventud parecen más cortas y la entrada a la adultez un momento esperado. El trabajo no es la marca por excelencia de esta entrada; la maternidad y la paternidad (especialmente la maternidad) parecen serlo. Entonces “dejar la juventud” no es un evento especialmente dramático para las mujeres y para algunos hombres, como muchas veces se presenta desde las clases medias que se resisten a perder

la adolescencia. Dejar la juventud “madurar” puede ser visto como una potencialidad.

El embarazo adolescente y juvenil como cosa pública es englobado por la moral sexual y de género. El evento corporal/performativo (la muchachita con su barriga crecida y el vestido llamativo) es estigmatizado fuertemente, pero englobado por la maternidad. Es decir, reconciliado por el parto, el bebé y la crianza. Estimulación y punición: estigmatización. Una perversa política de fragilización y vulnerabilización femenina juvenil que amalgama en la práctica de los cuerpos y en la imaginación moral el sexo, la maternidad y el sufrimiento.

Entonces, el embarazo adolescente es un problema paisajístico, también porque recuerda públicamente, sin el pudor de otros tiempos u otros lugares, que estas mujeres jóvenes están teniendo sexo... no se están “aguantando la arrechera”, se están “tirando al mundo”, y lo están haciendo remisas de los saberes/poderes médicos, religiosos y económicos.

Entonces abordar este tema desde las políticas públicas exige la afectación de múltiples dimensiones más allá de la fecundidad, la salud y los derechos reproductivos. Implica preguntarse por la manera como el Estado ha abandonado sistemáticamente a estos jóvenes y dejado de acompañar, o ha hecho de manera “extremamente” insuficiente las transformaciones en el género y en la sexualidad. Implica seguir quebrando con la alianza histórica entre la salud pública y los procesos de moralización social⁵; cambiar la hegemónica epistemología negativa con la que se suele explicar el embarazo de adolescentes pobres (falta de...) por una positiva⁶.

- 5 Sobre la alianza entre salud y procesos de moralización social ver (García, 2002; Rago, 1985).
- 6 Sobre epistemología negativa y la propuesta de una antropología que reconozca la positividad de la diferencia ver: (Strathern, 2006; Rago, 2008). Sobre un enfoque de “culturas juveniles” ver: (Cajiao, 1996; Arbeláez, 1999; Ariza et al., 2003). Sobre “culturas populares”, género, familia y sexualidad ver: (Fonseca, 2004; Leal, E., Lewgoy, 1998; Navarro, 2009; Arango et al., 1998). Sobre “cultura popular”, modernidad y medios de comunicación ver: (Barbero, 1984).

Implica ganar de manera práctica y decidida un enfoque de trabajo que promueva la vivencia de sexualidades placenteras, sin riesgos y libres de discriminación (Derechos Sexuales positivos). Un enfoque que oriente las discusiones políticas sobre salud y sobre fecundidad... y no al contrario⁷, y que ubique en el centro de la acción política la discusión crítica de género y familia. Promover derechos sexuales, en este caso concreto, significa generar discursos y campañas que deshagan la amalgama práctica e imaginada que existe entre sexualidad y reproducción, entre embarazo y maternidad, entre sexualidad y familia, entre familia y realización personal.

- Toda esta experiencia de sistemas englobantes es atravesada y cargada de sentido por un orden relacional de fuerzas que tienden a aplastar las posibilidades de goce, placer y tranquilidad. Un sistema complejo de costumbres y vulneraciones de derechos.

Como se anotó anteriormente el principio cultural de la voluntad y de los proyectos de estas mujeres no es individual, sino colectivo. La individualidad es frágil y desestimulada. Existe una fuerte alianza entre Dios, la naturaleza, el destino, el azar, los varones y el Estado, que en muchos casos compite y, como se podrá imaginar, vence las voluntades femeninas.

Uno de los bienes culturales más tradicionales y conservados parece ser la masculinidad. Las mujeres jóvenes y sus madres parecen dispuestas a los cambios que sus congéneres han promovido durante décadas. Pero los hombres se resisten, se oponen y se transforman en anclas de la tradición. Su verdad parece indiscutible y parece la verdad de la cultura.

Muchas de las mujeres han iniciado su vida sexual con hombres mayores que a su vez son los padres de sus hijos e hijas. Las figuras masculinas se asocian con el dolor, y sin embargo, son totalmente

⁷ Para ver una crítica al conocimiento demográfico y una propuesta de enfoque de derechos sexuales para el trabajo en estos temas ver: (Correa y Parker, 2004). Sobre Derechos Sexuales ver también: (Correa y Petchesky, 2001; Mejía, 2003).

necesarios para culminar el proyecto de familia de las jóvenes. Las excepciones son rarísimas.

Las experiencias de dolor se explican o se resuelven, por ejemplo, desde la resignación. Por lo menos la mitad de las participantes de esta investigación ya fue víctima de abuso sexual, y algunos hombres declararon haber golpeado, maltratado o abandonado a sus parejas. La violencia está siempre presente tanto en las experiencias masculinas como en las femeninas, en las de la población desplazada como en las de la receptora. Una violencia que atropella y destruye y que hace parte de la cotidianidad; además, que coloca en juego los límites verticales de la vida humana (Das, 2007).

El significado de ser madre cambia en un contexto donde los jóvenes son reclutados y las mujeres violadas; en ocasiones es la madre la que inicia el camino de la migración, del desplazamiento para salvar a sus hijos. No los abandona, tal vez la única promesa (casi completamente) cumplida en este marco. Ella lleva en sí a la familia y es la que asegura la supervivencia en estos espacios.

Para los hombres y mujeres negras/os y negras y pobres, y para las personas que con ellos se relacionan en la intimidad el color de su piel y otros elementos simbólicos culturales son motivo de discriminación y violencia en la ciudad. El barrio los protege, los cuida, los estimula, los hace grandes, históricos, bellos, y muchos. Caracolí y los cuerpos que allí habitan son producciones culturales con un fuerte sentimiento de identidad afrocolombiana. ¿Cómo evitar la colonización? Pensar en “modernizar” es también pensar en “romper” este tejido...

La experiencia femenina, en general, para estas jóvenes está orientada por una dialéctica del sufrimiento, de la entrega, del riesgo y del abandono, que tiende a reproducirse y a completarse en el gozo de la maternidad, en la compañía tranquila y cariñosa de los hijos/as, y en la imagen indiscutida de la mujer fuerte, “verraca”. No hay prácticamente ningún mensaje del Estado disponible para ellas en pos de transformar esta lógica y no existe una red social e institucional suficiente que les permita a estas jóvenes hacer de esa “verraquera” un motor de transformación duradera de las relaciones.

Por lo visto tanto en hombres como en mujeres existe una línea continua, una amalgama funcional, que une casi necesariamente noviazgo, sexo, embarazo y maternidad (la paternidad, como se anotó, es opcional). Esta unión excluye fácilmente de la imaginación, por ejemplo, los noviazgos sin sexo, los noviazgos no heterosexuales, el sexo no penetrativo vaginalmente, las familias no reproductivas, y el aborto. Ninguna de las personas que participó de la investigación manifestó haber abortado, haber acompañado a alguien a abortar o estar claramente a favor del derecho de una mujer a interrumpir su embarazo. El aborto puede hasta ser un acto de salud, pero no es, en ningún caso, un derecho.

Es evidente la escasez de información y por supuesto de espacios de reflexión, discusión y aprendizaje acompañado. Las fuentes más claras y cercanas son las madres, las amigas y los amigos. Resulta una vez más, que aquí hay un descompás entre el ritmo de la sexualidad y el ritmo del Estado, entre la generación de padres madres y la generación de los hijos/as; en los últimos 30 años el mundo ha cambiado abismalmente. La escuela, y los servicios sociales y de salud desperdiciaron la oportunidad de hacer de los cambios en el género y en la sexualidad eventos positivos, y no un refuerzo del abandono social... Los testimonios sobre falta de acceso a servicios y a información, así como la idea macro social de “pérdida del bono demográfico” dan una imagen clara del vacío institucional.

La imagen de la escasa y obstaculizada oferta del Estado contrasta con sus promesas. Estas promesas son visibles, por ejemplo, en la enorme profusión de textos escritos y publicados de todo tipo que piensan, explican, prevén, contabilizan, cuantifican, estilizan, problematizan, sofistican, relativizan y comprenden el embarazo adolescente. Sin embargo, por ejemplo, en la definición de campos estratégicos de la Política Distrital de Salud a junio de 2010, no existe una “Política de Salud para Jóvenes”, como sí existe para niños, trabajadores, etc. Los “Servicios Amigables” son englobados por la Política de SSR.

Diferencia no es igual a desventaja. La diferencia se traduce en vulneración cuando el orden social y el Estado la leen/producen

como atraso. Es el caso de la diferencia de clase. Ante una situación de extrema escasez de recursos y de falta de capacidad del Estado para garantizar derechos, la pobreza se convierte en desventaja estructural. La diferencia y la desventaja cultural, por lo menos en el campo del embarazo, la maternidad y la paternidad que se estudia acá, engloban la experiencia del desplazamiento. Sin embargo, el desplazamiento refuerza la violencia estructural, la discriminación racial, la violencia de género, la falta de merecimientos sociales (Weber, 1988; Das, 2007).

Entonces, el tema de la violencia en todos sus órdenes debe ser central en una política de salud y de abordaje al embarazo en adolescentes y jóvenes de clases populares. Una pedagogía simbólica basada en la resistencia, en la creatividad y en el placer puede ayudar a fortalecer procesos de subjetivación y redes de resignificación contra la violencia. Un elemento central dentro del tema de la violencia, y relacionado con una de las primeras recomendaciones, sobre género y familia es el trabajo con hombres, y sobre masculinidades y relaciones de género.

Se recomienda especialmente que la SDS produzca un sistema de información científica, completo y suficiente, basado y promotor de derechos humanos sexuales y reproductivos contextualizado a Bogotá, de fácil acceso y comprensión para jóvenes. Un sistema de información fácilmente comunicable que genere capacidad de explicación por parte de los/as jóvenes.

Se invita a que se quiebre la “sexocentralidad”, la excepcionalidad y personalización de los “Servicios Amigables” para jóvenes y adolescentes, pues esta población por lo visto NO está accediendo a servicios de salud. Un grupo que requiere especial atención es el grupo de 10 a 14 años, porque en ellos no sólo los riesgos biológicos del embarazo son mayores y están más sujetos a eventos de violencia sexual, sino porque ya no están cobijados por los programas de salud para niños y niñas. Es recomendable aumentar, pulir o profundizar los conocimientos y las capacidades de los/as funcionarios/as de salud que están atendiendo a los/as adolescentes.

Es necesario promover y facilitar radicalmente el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos y preservativos. Romper con las barreras impuestas por la contratación y la intermediación puede ser una opción políticamente interesante. Otro elemento mínimo es reconocer la fortaleza de los programas de salud extramural de la SDS, y fortalecerlos.

- Sin embargo, existen múltiples casos y sentidos en los que el embarazo adolescente (la maternidad y la paternidad) es proyectado, planeado y deseado. Es decir, es en principio y en esos casos el ejercicio de un derecho positivo. El deseo, la voluntad y la decisión (aún discutibles) NO son englobadas de manera absoluta por la pobreza, la desventaja o la vulneración.

Embarazo adolescente no es sinónimo de no planeado, no proyectado y no deseado. Eso parece obvio, pero en algunos discursos institucionales parece olvidarse. Muchas mujeres y algunos hombres participantes de esta investigación, mayores de 14 años, expresaron, en pleno uso de sus funciones mentales y sin ningún tipo de presión, que habían deseado, planeado o abierto la posibilidad para la llegada de las hijas que esperaban o que habían dado a luz.

Ese es un dato que no se puede despreciar ni leer únicamente a la luz de interpretaciones estructuralistas que, o bien colocarían estas decisiones como mera obediencia cultural (como parecería en el primer punto de estas conclusiones), o bien las “colocarían en contexto” de las desigualdades estructurales y del vacío de la violencia, y les quitarían todo o gran parte de su poder afirmativo. ¿Por qué continúa siendo tan difícil describir y valorar estas experiencias?⁸

- 8 Es interesante apreciar que en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 el 42% de las adolescentes entre 15 y 19 afirmaron su deseo de tener un hijo o hija. Si en general se le da legitimidad a esta investigación, se le debe también dar en este caso. Sin embargo, ¿por qué este dato es tan raramente referido cuando se habla de embarazo adolescente? ¿Por qué es prácticamente inexistente en documentos oficiales de política pública? ¿Qué se hace con él? ¿Simplemente se elimina? ¿Se lee como ignorancia, inmadurez, alienación, falta de posibilidades o vulneración de derechos? (ENDS, 2005). Se agradece a Carlos Iván Pacheco por la sugerencia.

Una vez más no reconocer el peso estructural que la violencia y las sistemáticas vulneraciones de derechos tiene en la vida de las personas y sus grupos sería caer en un exotismo cómplice. Pero imaginar que sin esas “desventajas” todas las personas tomarían las decisiones de la misma manera y bajo la misma lógica que “nosotros”, es caer en un etnocentrismo atroz. Ganar los procesos, las rupturas, las seducciones, las complicidades, las diferencias particulares, sin perder la historia y la evidencia de la dominación es la clásica propuesta del filósofo y estudioso de la comunicación Jesús Martín-Barbero (1984). Esa es la frágil línea en la que se debe mover una propuesta de DSR (Correa, Petchesky, Parker, 2008).

Por ejemplo, el hijo le permite a la mujer, y a algunos hombres, a través de las maneras como lo asumen y lo sueñan, contra efectuar la violencia y la dialéctica del sufrimiento. Se dice contra efectuar y no simplemente resistir o “llenar el vacío” porque con la maternidad tal dialéctica (materializada en la ausencia paterna y en la violencia del mundo) se confirma como verdadera, ahora cargada de acción afirmativa, de afecto, de placer. Porque no se llena un vacío dejado por la violencia, sino que se acrecientan razones para contrarrestarla. No se puede esperar que esta contra efectuación tenga un poder de transformación estructural en el conjunto social ni, necesariamente, en las disposiciones de trayectoria futura de la mujer... como no se le puede pedir a ningún acto de agencia individual. Y no por eso es despreciable.

Es importante no caer en la tentación de reducir la afirmación del deseo maternal o paternal a su relación con formas de violencia y vulneración. El deseo como todo fenómeno social e intersubjetivo, recorre caminos que eliminan cualquier análisis funcionalista y de causas y efectos unívocos. Ser madre y padre joven (especialmente madre) es un bien cultural que trasciende a este grupo específico y que se extiende por el imaginario latinoamericano, prácticamente en todas las clases sociales (Heilborn, 2006). Sucede, sin embargo, que en este grupo de clase popular la relación entre edad cronológica y “juventud” es más literal y más dependiente de las transformaciones corporales “naturales” y de las fuerzas sociales

de calidad de vida. Una mujer de 30 años en un grupo de clase media o alta puede ser aún una madre joven, incluso una madre adolescente.

Claro, habrá que preguntarse siempre y siempre dudar sobre esa expresión “individual” y “espontánea” del deseo. Fundamentalmente como principio teórico de esta investigación se piensa que es inválida una aproximación individualista y voluntarista de la cuestión. Se sabe que tanto el deseo como el gusto son social y biográficamente contruidos, y que obedecen parcialmente al poder de la estructura social y de las orientaciones de género y de organización familiar.

Pero esto no es verdad únicamente para las clases más pobres o para las personas socialmente en desventaja. Las personas cuyo deseo de ser abogadas o consultoras internacionales, tener un carro y un matrimonio, o no tener ningún hijo son igualmente orientadas y limitadas por sus estructuras sociales. Los individualistas son igualmente obedientes. Su situación no es la misma por supuesto, pero ¿en qué sentido es diferente? ¿Desde cuál esquema simbólico y valorativo se evalúa esa diferencia? Por lo tanto, responder de manera completa la pregunta sobre la construcción social y biográfica del deseo de ser mamá o papá adolescente implicaría una discusión mucho mayor que debería ser realizada de manera comparativa entre diferentes grupos, clases y órdenes de elección, pues siempre es un riesgo reforzar el estigma.

Parece importante entonces enfocar los objetivos, programas y planes referentes al embarazo adolescente (en lo referido a mayores de 15 años), específicamente, en la reducción de los embarazos no deseados en esta población y, principalmente, en el fortalecimiento de condiciones objetivas y subjetivas de posibilidades para la toma de decisiones y la satisfacción. Así mismo, avanzar en una lógica programática de reducción de los daños ya que, como se ha visto, muchos de los problemas asociados al embarazo adolescente (+15) son externos al cuerpo biológico de la mujer embarazada: falta de información, barreras en los servicios, discriminación en la escuela, estigma social, abandono y violencia masculinas, etc.

Reforzar indicadores y objetivos referentes a la toma de decisiones sexuales y reproductivas, y al gozo sexual, en los adolescentes.

- ⊕ Existen tensiones, tránsitos, sospechas de rupturas que complejizan aún más el campo en estudio. Menos disyuntores, más conectores. Menos objetos, más procesos.

Hay hombres jóvenes y adolescentes para los que tiene todo sentido el embarazo y la paternidad, no huyen, ni lo niegan, ni lo asumen como una pérdida. Hay hombres en este estudio que se piensan y construyen claramente como “hombres de familia” en contraposición al hombre individualista, violento e hipersexuado que parecería rondar sus posibilidades de futuro. Nadie en esta investigación, por más que en algún caso el propio muchacho lo hubiera hecho... se manifestó a favor de las prácticas más fuertes de las masculinidades hegemónicas en este campo: golpear, abusar, beber abusivamente, amenazar, abandonar.

Podría pensarse, y de hecho se hizo en su momento, que la imagen de la “mujer sufridora y verraca” lejos de transformar las estructuras de género las reproduce, pues deja indiscutidas las relaciones tradicionales. Sin embargo, saliendo de una perspectiva estructuralista la experiencia femenina, amalgamada a la maternidad y a la “irresponsabilidad” masculina, como ya se vio, encarna la fuerza y la exigencia de romper circuitos de dependencia y de violencia, y de encarar otros nuevos. Mudando la relación muda el sujeto. Frente a la evidencia de los placeres y las ganancias algunas mujeres se convierten en verdaderas agentes de transformación social. Cuando la necesidad del compañero se deconstruye la imagen de la mujer sola o de la madre soltera (y eso incluye la auto imagen) se vuelve positiva, pues se convierte en una decisión. Entonces sus posibilidades de disfrute se exploran. Ese es el caso de por lo menos una de las protagonistas de esta investigación.

La experiencia de participar en organizaciones sociales, políticas o juveniles facilita la identificación de DSR en el nivel personal; sin embargo, aún no llega a concretarse el discurso en el ejercicio y garantía de los derechos de los/as otros/as, quizá

porque raramente la sexualidad y el género están en discusión. Sin duda, como se vio, la deserción escolar favorece la pérdida de proyectos y sentidos de vida alternativos a la maternidad y la paternidad, desplaza a la juventud de circuitos de construcción de la adolescencia para otros de vivencia de la adultez. Hacer parte de redes, organizaciones, grupos escolares, movimientos, favorece la reflexión colectiva, la inserción en redes de sentido (no sentirse solo ni marginal) y el conocimiento (o intelegibilidad) de diversas formas de ser.

Frente a estas posibilidades y potencialidades de transformación y de alargamiento de la imaginación social es necesario que el Estado actúe identificándolas, apoyándolas, insertándolas en sistemas simbólicos (discursos, redes sociales, piezas de comunicación) que les permitan ganar fuerza, valor social, argumentos. Debe evitarse, sin embargo, la idealización y producción de modelos dogmáticos de deber ser (“un verdadero hombre es...”), así como el fortalecimiento de la estigmatización de los ya desvalorados.

Es importante mapear cómo están las disposiciones y prácticas del personal de las IPS con relación al tema de interrupción voluntaria del embarazo, desde una perspectiva de derechos reproductivos de las mujeres embarazadas, especialmente con las modificaciones legales actuales.

Es estratégico generar o apoyar grupos sociales, redes de largo plazo que no giren alrededor de la salud, sino de verdaderos intereses de los/as jóvenes. No son grupos de adoctrinamiento saludable, y de esto deben estar limpios, sino de reflexión comunitaria, intervención en el mundo, arte, deportes, discusión política, moda, creación, danza, negocios y empresas, educación popular, temas ambientales, cuidado de menores de edad, etc.

Bibliografía

- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. “*El desplazamiento en Bogotá: una realidad que clama atención*”. Corporación Nuevo Arco Iris, Economía Regional y Social y Secretaría Distrital de Planeación. s/d.
- (2009). *Proyecto de autonomía-salud sexual y reproductiva con enfoque promocional de calidad de vida y salud*: documento guía para la formulación de proyectos y planes. Secretaría Distrital de Salud.
- (2008). *La política de salud para la población desplazada en Bogotá*. Bogotá: SDS.
- Alexander, J. (1989). *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial: Análisis multidimensional*. Barcelona: Gedisa.
- Arango et al. (1998). *Mujeres, hombres y cambio social*. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas UN.
- Arbeláez, D. (1999). “*Desarrollo psicosocial del adolescente*”. Tercer congreso colombiano de Sexualidad en la Adolescencia. Bogotá: Asociación Salud con Prevención.
- Ariza et al. (2003). *Contracorriente: aproximaciones a las culturas juveniles en la ribera del Magdalena Medio*. Barrancabermeja: PDPMM/RJMM/CIVIS
- Barbero, J. M. (1984). “De la comunicación a la cultura: Perder el objeto para ganar el proceso”. *Signo y Pensamiento*, No 5, II semestre. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 17-24.
- BARN, R. & MANTOVANI, N. (2007) “*Young Mothers and the Care System: Contextualizing Risk and Vulnerability*”. *British Journal of Social Work* 37, 225–243.
- BERGER, P. Y THOMAS L. (1979). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BOURDIEU, P. (1999). *La miseria del mundo*. Madrid: Akal.
- (2000). *O campo econômico*. Campinas: Papyrus.
- (2004). *Outline of a theory of practice*. Londres: Cambridge University Press.
- BREHENY, M. & STEPHENS, C. (2007). “*Individual responsibility and social constraint: The construction of adolescent motherhood in social scientific research.*” *Culture, Health & Sexuality*, July-August, 9(4): 333-346.

- BUTLER, J. (1990). *Gender Trouble: feminism and the subversion of identity*. Londres/NY: Routledge.
- CAJIAO, F. (1996). "Atlántida: una aproximación al adolescente escolar colombiano." *Nómadas*. N 4, Bogotá, Universidad Central.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2002). "América Latina y Caribe: indicadores seleccionados con una perspectiva de género", *Boletín Demográfico*, N° 70 (LC/G.2172-P/E.), Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población de la CEPAL.
- CODHES. (2003). La otra guerra: destierra y desplazamiento forzado, conflicto armado y derechos humanos en Colombia. *Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento*. Boletín Número 44. Bogotá. En: www.codhes.org.co
- CORREA, S. Y PARKER, R. (2004). *Sexuality, Human Rights, and Demographic Thinking: Connections and Disjunctions in a Changing World*. *Sexuality Research and Social Policy*, - Univ California Press.
- CORREA S., PETCHESKY, R. (2001). "Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista". Figueroa J. (org). Elementos para un análisis ético de la reproducción. México: PUEG, 99-135.
- CORREA, S., PETCHESKY, R., PARKER, R. (2008). *Sexuality, health and human rights*. London/New York: Routledge.
- CSORDAS, T. (1994). "Introduction: the body as representation and being-in-the-world" e "Words from the Holy People: a case study in cultural phenomenology". Csordas, T. (org). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. New York: Cambridge University Press, 1-26; 269-290.
- DAS, V. (2007). *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- DE LA DEHESA, R. & PECHENY, M. (2009). "Sexualidades e políticas na América Latina: um esboço para a discussão". Texto apresentado no Diálogo Regional Latinoamericano sobre sexualidade e geopolítica. *Sex Policy Watch*. Rio de Janeiro: agosto 24 e 25.
- DUARTE, L. F. (2005). "Ethos privado e justificação religiosa: negociações da reprodução na sociedade brasileira". Heilborn, Duarte, Peixoto, Lins de Barros (org). *Sexualidade, Família e Ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 137-176.
- (1987). "Muita Vergonha, Pouca Vergonha: sexo e moralidade entre classes trabalhadoras urbanas". In José Sérgio Leite Lopes (org.) *Cultura*

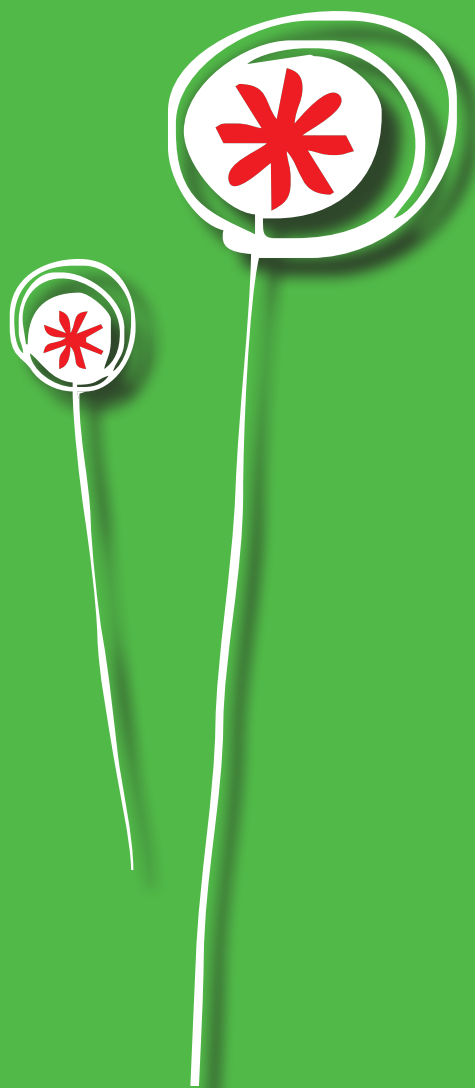
- e Identidade Operária: aspectos da cultura da classe trabalhadora*. Rio de Janeiro: UFRJ/PROED.
- FLOREZ, C. Y SOTO, V. 2006. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. *Notas de población* 83, 41- 74.
- FONSECA, C.(2007). “Apresentação. De família, reprodução e parentesco: algumas considerações”. *Cadernos PAGU* (29), julho-dezembro: 9-35.
- (2004). *Família Fofoca e Honra: etnografia de rleações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: UFRGS editora, 2004 [2000].
- FOUCAULT, M. (1991). *Historia de la sexualidad*. Vol 1. La voluntad de saber. México: Siglo XXI.
- (2008). *Em defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- GARCÍA, C. I. 2002 “La prostitución en la segunda mitad del siglo XX: dinámica de la mo(ral)dernización”. Martínez, A. E., Rodríguez, P. (org.). *Placer, dinero y pecado: historia de la prostitución en Colombia*. Bogotá: Aguilar, 281-325.
- GEERTZ, C. (2004). *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Editora Vozes.
- HAMMEL, E. (1990). *A theory of culture for demography*. *Population and development review*, 16, (3), 455-485.
- HEILBORN, M. L. (2005). “Unões precoces, juventude e experimentação da sexualidade”. Heilborn, Duarte, Peixoto, Lins de Barros (org). *Sexualidade, Família e Ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 39-60.
- (2006). “Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis”. Heilborn et al. (org). *O aprendizado da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 30-61.
- HEILBORN ET AL. (org). (2006). *O aprendizado da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz.
- (2002). “Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência.” *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, 13-45, junho.
- HOSPITAL DE VISTA HERMOSA. *Diagnóstico 2009: Localidad 19, Ciudad Bolívar*, Bogotá DC. Bogotá: HVH.
- (2009b) *Desplazamiento y salud en Ciudad Bolívar*: Diagnóstico Local 2009. Bogotá: HVH.
- HUMANAS, CORPORACIÓN – CENTRO REGIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y JUSTICIA DE GÉNERO. (2009). *Guía para llevar casos de violencia sexual. Propuestas*

de argumentación para enjuiciar crímenes de violencia sexual cometidos en el marco del conflicto armado colombiano. Bogotá: Humanas.

- KIRBY, D. (2002). "Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing". *The Journal of Sex Research*; Feb, 39, 1
- KNAUTH, D. (1996). *Le sida chez les femmes: maladie et quotidien dans les groupes populaires au Brésil.* Tese de doutorado em Antropologia, EHESS, Paris.
- LEAL, O. & LEWGOY, B. (1998). "Aborto: uma contribuição antropológica à discussão". *Revista de filosofia política, nova série*, n 2, 173-195.
- LYRA, J. (1997). *Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção.* Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) PUC/SP.
- MADDALENO, M., MORELLO, P., INFANTE-ESPÍNOLA, F. (2003). "Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década". *Salud Pública México*: 45 supl 1:S132-S139.
- MILLER, D. (2008). *Migration, Material Culture and Tragedy: Four Moments in Caribbean Migration.* *Mobilities* 3(3), 397-413.
- NAVARRO, M. (2009). "Uniones, maternidad y salud sexual y reproductiva de las afrocolombianas de Buenaventura. Una perspectiva antropológica." *Revista Colombiana de Antropología*. Vol 45(I), enero-junio, 39-68.
- McNICOLL, G. (1980). *Institutional determinants of fertility change, Population and development review*, 6 (3), 441 – 462.
- MEDINA ET AL. (2001). *Salud sexual y reproductiva en el Magdalena Medio: caracterización socioantropológica.* Bogotá: PDPMM/FNUAP.
- MACLEOD, C. (2001). "Teenage Motherhood and the Regulation of Mothering in the Scientific Literature: The South African Example". *Feminism Psychology* 2001; 11; 493.
- MEJÍA, M. (2003). Aproximación a los derechos sexuales y reproductivos. *Revista en otras palabras No 12.* Bogotá.
- Nieto OLIVAR, J. M. (2006). *De secretitos y claraboyas: sexualidad y derechos en la literatura de auto representación con jóvenes en contextos de desplazamiento.* Tesis de Maestría en Literatura Hispanoamericana. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana-Facultad de Ciencias Sociales.
- OLAVARRÍA A., J. (2001). *¿Hombres a la deriva? Poder, trabajo y sexo.* Santiago, Chile: FLACSO-Chile.
- ORTNER, SH. (2006). *Anthropology and social theory: culture, power and the acting power.* Duke: Duke University Press.

- OSBORNE, R. & GUASCH, O. (Comp.). (2003). *Sociología de la sexualidad*. Madrid: CIS.
- PACHECO, C. I. (2009). “*Estudio binacional sobre migración internacional y desarrollo, con enfoque de género, relaciones intergeneracionales, salud sexual y reproductiva en la frontera colombo-ecuatoriana*”. Bogotá: UNFPA-Colombia.
- PACHECO, C. I., RINCÓN, L. J., ENRIQUEZ, C. L., LATORRE, C., GUEVARA, E., NIETO, J. M. (2007). *El Carnaval de los desencuentros: La construcción de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de tres localidades en Bogotá*. Universidad del Rosario: Bogotá.
- PANTELIDES, E. A. “*Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*” s/d.
- PARKIN, R. Y STONE, L. (2004). *Kinship and family: an anthropological reader*. Victoria: Blackwell Publishing.
- PARKER, R., BARBOSA, R., AGGLETON, P. (eds). (2000). *Framing the sexual subject: the politics of gender, sexuality, and power*. Berkeley: University of California press.
- PATERNOSTRO, S. (2001). *En la tierra de Dios y del hombre: hablan las mujeres de América Latina*. Bogotá: Editorial Sudamericana.
- PEIRANO, M. (2006). *A teoria vivida: e outros ensaios de antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- PROFAMILIA, (1996). *Salud sexual y reproductiva en Colombia. ENDS 1995*. Bogotá: Profamilia.
- (2001). *Salud sexual y reproductiva en Colombia. ENDS 2000*. Bogotá: Profamilia.
- (2006). *Salud sexual y reproductiva en Colombia. ENDS 2005*. Bogotá: Profamilia.
- RAEFF, C. (1996). “*A Cultural Analysis of Maternal Self-Conceptions*”. *Journal of applied developmental psychology* 17, 271-306.
- RAGO, M. (1985). *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e terra.
- (2008). *Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930)*. São Paulo: Paz e Terra, (2da. Edição).
- RICOEUR, P. (1994). *Tempo e narrativa*. Campinas: Papirus.

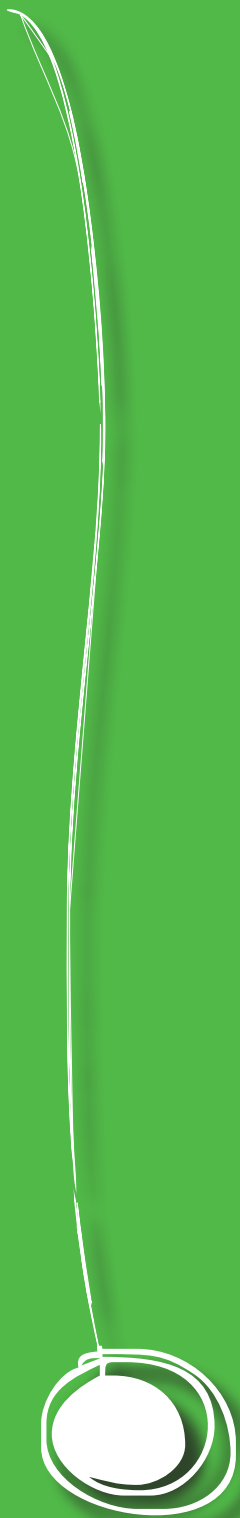
- RODRÍGUEZ VIGOLI, J. (2009). *“Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción.”* OIJ, CELADE, CEPAL, UNFPA. Madrid.
- SAHLINS, M. (1997). *Ilhas da história*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- (2003). *Cultura e razão prática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- (2004). *“Introdução”, “Introdução à parte 3” e “Experiência individual e ordem cultural”*. *Cultura na Prática*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- SCHUTZ, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- SONTAG, S. (2003). *Ante el dolor de los demás*. Bogotá: Alfaguara.
- STERN, C. (2007). *“Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México”*. *Estudios sociológicos* XXV: 73, 105-120.
- STRATHERN, M. (2006). *O gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na melanésia*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP.
- TURNER, T. (1994). *“Bodies and anti-bodies: flesh and fetish in contemporary social theory”*. Csordas, T. (org). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. New York: Cambridge University Press, 27-47.
- VANCE, C. (1999). *“Anthropology rediscovers sexuality: a theoretical comment”*. In Parker and Aggleton (org). *Culture, society and sexuality. A reader*. London e New York: Routledge, 39-54.
- VICTORA, C. (1996). *Images of the body: lay and biomedical views of the reproductive systems in Britain and Brazil*. Tese de doutorado, Departamento de Ciências Humanas. Brunel Univerity.
- WEBER, M. (1988). *Ensayos sobre sociología de la religión III*. Madrid: Taurus.

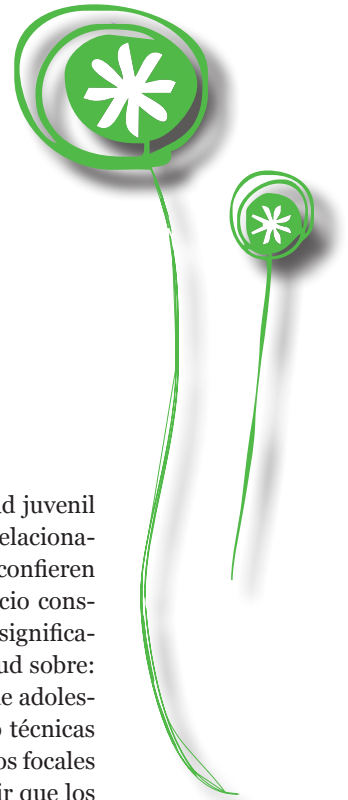


**SIGNIFICADOS, ACTITUDES
Y COMPORTAMIENTOS DEL PERSONAL
DE SERVICIOS DE SALUD DE BOGOTÁ
SOBRE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE¹**

CLARA INÉS VARGAS ROJAS | CAROL PAVAJEAU DELGADO

MARIBEL RIAÑO SANABRIA | MARINA BERNAL GÓMEZ | JAVIER TATIS AMAYA





RESUMEN

Existe una trayectoria investigativa importante sobre la sexualidad juvenil en el país, sin embargo, no hay un recorrido similar en el tema relacionado con los sentidos y significados que los prestadores de salud le confieren a ésta. La presente investigación se inscribe en la perspectiva socio constructorista, aproximándose desde un enfoque cualitativo a los significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud sobre: sexualidad, ejercicio sexual, embarazo, maternidad y paternidad de adolescentes y jóvenes en cinco localidades de Bogotá, utilizando como técnicas de recolección de información el teatro invisible, entrevistas, grupos focales y la escala de Likert. De los principales hallazgos se puede decir que los prestadores de salud llevan sobre sí el peso del entorno social simbólico donde crecieron, así como sus experiencias vitales, las cuales emergen en la relación intersubjetiva establecida en la consulta, especialmente, cuando se trata de la sexualidad. Finalmente, en esta investigación se formulan las principales recomendaciones para el diseño de estrategias en los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, presentadas en tres segmentos: (1) Formación y actualización de los prestadores de servicios (2) Recomendaciones de servicios y atención en consulta y (3) Recomendaciones para procedimientos institucionales.

Palabras clave: Salud sexual, salud reproductiva, prestadores de servicios de salud, sexualidad adolescentes, sexualidad jóvenes, significados, comportamientos, actitudes, servicios amigables.

1 El presente artículo surge del informe de investigación realizado por la Corporación Misaishaa.

ABSTRACT

The country have an important research path on youthful sexuality, however, there is not a similar trajectory on the issue in relation to the senses and meanings health care providers give to youth sexuality. This research is based on social constructionist perspective, making from a qualitative approach to the meanings, attitudes and behaviors of health care personnel about sexuality, sexual exercise, pregnancy, adolescent motherhood and parenthood teen and young people in 5 locations in the city of Bogotá. Using as data collection techniques the invisible theater, focus groups and the Likert scale. Among the main findings was that health providers carry the weight of symbolic social environment where they grew and their life experiences, which emerge in the inter-relationship established in consultation especially when it comes to sexuality. Finally, formulated the main recommendations is expected to guide the design of strategies of care in health services for adolescents and youth, which will be presented in three segments: (1) Training and updating service providers (2) Recommendations of services and care consultation (3) Recommendations for institutional procedures.

Keywords: Sexual and reproductive health providers, adolescent sexuality, youth sexuality, meanings, behaviors, attitudes.



Introducción

En la actualidad la salud sexual y reproductiva (SSR) está dirigida a mejorar las condiciones de sexualidad y reproducción de toda la población, entendiendo sus particularidades por edad, género, condiciones socioeconómicas y culturales, etc., y por ende, no se dirige únicamente al bienestar físico, sino también al social y psicológico. Esta ampliación del concepto de SSR, más cercano a un enfoque de derechos, implica cambios en la prestación de servicios para el campo de la salud y requiere del trabajo articulado de diferentes disciplinas que puedan brindar servicios con la posibilidad de incidir en el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no solamente que presten atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual.

En este orden de ideas si el enfoque de derechos en SSR está requiriendo acciones en salud que trasciendan la mirada exclusivamente física, para que involucre una atención integral y vivencial y genere impacto en las prácticas sexuales de los usuarios y usuarias, tiene sentido aproximarse a la forma en que los prestadores de servicios de salud están significando, actuando y percibiendo la sexualidad de los/as adolescentes y jóvenes. Es así como el objetivo central de la presente investigación fue reconocer los significados, comportamientos y actitudes de los profesionales de salud al respecto de la sexualidad, el ejercicio sexual, el embarazo, la maternidad y la paternidad de jóvenes y adolescentes en la ciudad de Bogotá, particularmente en cinco de sus localidades²

² Como lo indica el título del Proyecto estas localidades son: Bosa, Ciudad Bolívar, Kennedy, San Cristóbal y Suba.

donde se presentan los mayores índices de embarazo entre mujeres adolescentes y jóvenes³.

Existe una trayectoria investigativa importante sobre la sexualidad juvenil en el país, sin embargo, no hay un recorrido similar en el tema relativo a los sentidos y significados que los prestadores de salud le confieren a la sexualidad juvenil. La pertinencia de la presente investigación radica fundamentalmente en la posibilidad de usar el conocimiento generado para la implementación de servicios amigables en SSR va para jóvenes y adolescentes en aquellas localidades donde aún no existan, y el fortalecimiento de los mismos donde ya han empezado a funcionar. Ello con el ánimo de establecer ciertos parámetros que puedan, eventualmente, construir una relación más fluida entre usuarios/as y profesionales mediante el reconocimiento de las/os jóvenes como sujetos integrales y autónomos en el ejercicio de su sexualidad, y sus demandas frente a esta clase de servicios de salud.

Marco comprensivo

La presente investigación se inscribe dentro de la perspectiva socio construccionista, desde donde se concibe la sexualidad como un producto complejo de la sociedad (Weeks, 1998) y un símbolo al que una cultura determinada asigna significados particulares (Orther y Whitehead, 1996). Por tanto:

[...] los significados atribuidos a la sexualidad están socialmente organizados, sostenidos por diversos lenguajes, que intentan decirnos lo que es el sexo, lo que debería ser y lo que podría ser. Los lenguajes existentes del sexo, insertados en tratados morales, leyes, prácticas educativas, teóricas psicológicas, definiciones médicas, ritos sociales, ficción pornográfica o romántica, música popular y suposiciones de sentido común (la mayoría

3 La Secretaría Distrital de Salud, reporta que para 2009 se presentaron en Bogotá “20.397 nacimientos en adolescentes entre los 15 y 19 años frente a 20.837 en el 2008”, en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/sexualidadadenadolescentes.aspx> (fecha de consulta: 30 de septiembre de 2010).

de los cuales están de acuerdo entre sí) establecen el horizonte de lo posible. (Weeks, 1998, p. 20).

Según Barrientos (2006, p. 69), las teorías construccionistas sociales al abordar el tema de la sexualidad suponen:

- ④ Un rechazo general del sexo entendido como una esencia autónoma o un campo natural con efectos específicos.
- ④ Un reconocimiento de la variabilidad social de las diversas formas, creencias, ideologías y conductas sexuales, como también, de las particularidades de los sujetos en la configuración social de la sexualidad.
- ④ Que la sexualidad tiene una historia o más bien muchas historias, cada una de las cuales debería comprenderse en su singularidad.
- ④ Que se debe abandonar la idea de que se debe comprender la historia de la sexualidad como una dicotomía entre la presión/represión versus el desahogo/liberación.
- ④ Un alto grado de fluidez y flexibilidad en la concepción de la naturaleza humana y en la posibilidad de cambio.
- ④ Que presta atención a la naturaleza inter-subjetiva de las relaciones sexuales, de sujetos insertos dentro de diversos contextos y culturas sexuales.
- ④ Que cada cultura clasifica distintas prácticas como “apropiadas”/ “inapropiadas”, “morales”/ “inmorales” dentro de los amplios parámetros de las actitudes culturales generales y esto se hace mediante un conjunto de orientaciones normativas.

En este orden de ideas la comprensión de la sexualidad como una acción social, principalmente, “humana” permite que las personas la doten de un sentido subjetivo (Crespo, 1995), es decir, que integren la sexualidad como una experiencia significativa en sus vidas por lo tanto, los sentidos que le dan, son construidos por medio de un proceso recursivo, integrando los acuerdos que construye consigo misma y los otros con quienes comparte su sexualidad y, al mismo tiempo, los contextos donde vive y las valoraciones que éstos le entreguen (Barrientos, 2006).

Los significados se generan en las narraciones cotidianas de los sujetos las cuales les permiten organizar su mundo, ya que las personas se conocen a sí mismas y a los otros/as gracias a un discurso narrativo que le permite legitimarse como parte de una estructura social. Los significados se reflejan no sólo en lo que la gente hace, sino también en lo que dice que hace, en lo que la gente dice que hacen los otros, en cómo dice la gente que es su mundo y el lugar donde pone los acentos dentro de una escala valorativa en la narrativa frente a ciertos temas (Bruner, 1990), para posteriormente ubicar los estados intencionales, creencias, deseos, compromisos, etc. (López, Pavajeau, 2003).

El significado de la acción humana se atribuye a los actos cotidianos, a lo dicho antes, durante y después de un acto, determinado por el contexto en el que se dice; de igual forma, el significado de la acción sólo puede interpretarse en función de aquello que los actores pretenden decir. Desde Bruner (1990), las experiencias y los actos son intencionales y la forma de tales estados intencionales solamente puede plasmarse mediante la participación en los sistemas simbólicos de la cultura.

Al ser las experiencias y los actos intencionales entran en escena las actitudes y los comportamientos, en cuanto categorías del accionar humano, que permiten identificar cómo las personas significan el mundo y cómo esa significación se aleja o asemeja a los imaginarios culturales, que para el caso se han construido sobre la sexualidad juvenil.

Tradicionalmente se ha considerado que la actitud tiene tres componentes fundamentales: el afectivo, el cognitivo y el conductual. El componente afectivo se refiere a los sentimientos o evaluación afectiva sobre algún objeto, persona, resultado o suceso. El cognitivo denota conocimiento, opinión, idea, convicción o pensamiento en torno a un objeto, persona, resultado o suceso, y el conductual se relaciona con el comportamiento en presencia de un objeto, persona, resultado o suceso.

Cuando se percibe que una realidad es favorable se tiene una actitud positiva hacia ella, y cuando, por el contrario, se percibe como desfavorable se tiene una actitud negativa hacia ésta, por consiguiente,

las actitudes son evaluaciones afectivas, pertenecen primordialmente al ámbito de los sentimientos, valoraciones de las realidades como perjudiciales o favorables para la vida de los sujetos. A través de las actitudes cada sujeto manifiesta un modo de comprender y definir su posición frente a las personas, las instituciones, las situaciones y las cosas con las que se relaciona.

Según Fishbein y Ajzen (1975 y 1980), las notas básicas que presenta la definición de actitud son tres: a) es una predisposición para la acción; b) es aprendida; c) es consistente, favorable o desfavorable hacia un objeto social dado. De acuerdo con lo anterior, cuando adolescentes y jóvenes llegan a la consulta existe una idea preestablecida sobre la sexualidad y sobre la población que se atiende. Esta actitud se aprende en las posibilidades mismas de la educación, de la cultura y de la no de reflexión sobre el tema; estos aspectos inciden en la relación establecida durante la atención con el usuario/a y pueden reflejarse en su comportamiento.

Según Barrientos (2006), los comportamientos se construyen en el tránsito entre lo objetivo y lo subjetivo al ser evidenciados en la acción dentro de escenarios y contextos específicos donde ocurren, es decir, son prácticas objetivas que adquieren significación subjetiva en medio de las relaciones sociales entre las personas. Es así como el comportamiento es una práctica atribuible a los sujetos y al mismo tiempo es una interacción entre sujetos, cuya dinámica y forma debe investigarse como un objeto propio y, por ello, el énfasis debe ponerse en comprender las relaciones interpersonales.

En la presente investigación el comportamiento se refiere a las acciones de las/os profesionales de la salud con relación a las/os usuarias/os adolescentes y jóvenes y sus motivos de consulta. Estas acciones se evidencian en la interacción física puesta en la consulta a través de la forma en que se da el contacto corporal, visual y verbal entre el/la prestador/a de la salud con la/el joven y adolescente consultante.

Metodología

La investigación se llevó a cabo con un corte cualitativo enmarcado dentro de una perspectiva hermenéutica comprensiva, para ello se utilizaron como técnicas de recolección de información el teatro invisible, la entrevista en profundidad, los grupos focales con la aplicación de la escala de likert para valorar las actitudes de las/os profesionales de la salud.

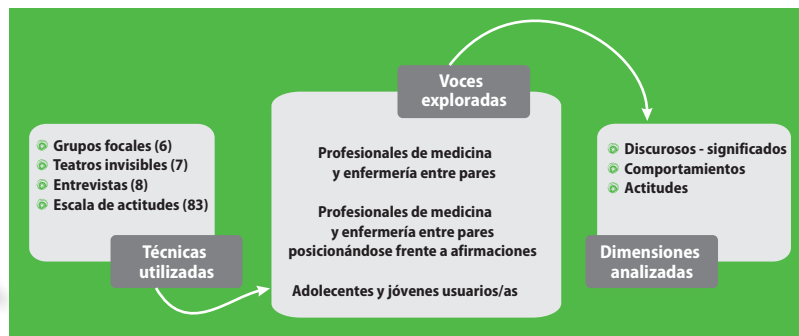
Población sujeto

Para el estudio la población sujeto se conformó con el personal de servicios de salud de los sectores público y privado de nivel uno de las localidades de Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, San Cristóbal y Suba de la ciudad de Bogotá, con énfasis especialmente en médicas/os y enfermeras/os, incluyendo a los involucrados en la ruta de atención del/la joven como auxiliares enfermería.

Técnicas e instrumentos

La siguiente figura ilustra la integralidad del modelo metodológico respecto a las voces exploradas y dimensiones analizadas por el equipo.

Figura1. Modelo metodológico integral sobre voces exploradas, dimensiones analizadas y técnicas utilizadas



Para el desarrollo del teatro invisible como instrumento de investigación se concibió el consultorio como escenario ideal de actuación para desarrollar una puesta en escena de las interacciones del profesional de la salud con sus usuarios/as adolescentes y jóvenes sobre sexualidad, SSR y derechos, así como de la relación establecida frente al conocimiento del cuerpo, la salud y la enfermedad, y las relaciones de poder. Con este objetivo se entrenó a un grupo de adolescentes y jóvenes actores y actrices para ser consultantes de entidades de salud públicas y privadas en los temas: inicio de relaciones sexuales, ejercicio sexual, orientación sexual, embarazo, paternidad y maternidad.

La metodología permitió entrar en el espacio privado cotidiano y ritualizado en el que generalmente participa un solo actor (el profesional), mediante la escenificación de un monólogo en el cual los otros actores (usuarios/as) no pueden interpelar, cuestionar o preguntar; son “personajes” pasivos que respetan el poder médico así este encuentro no les ayude a resolver sus problemas y dudas si no por el contrario les genere malestar o inconformidad.

Con esta metodología se aprovechó la posibilidad de crear situaciones con actores y actrices adolescentes y jóvenes entrenados para afectar esta escena mediante la representación de guiones de varios motivos de consulta, al igual que un amplio repertorio de dudas y temores de los/as jóvenes que habían sido sistematizados por el equipo de investigación, y que corresponden a la problemática relacionada con la edad, la cultura y las condiciones socioeconómicas de esta población.

La experiencia permitió enfrentar - confrontar a los profesionales con su experiencia, conocimiento técnico, científico, creencias y valores sobre los temas; con casos muy particulares sobre sexualidad y SSR; y con las experiencias vitales de la población adolescente y joven representadas rigurosamente por el equipo de actores y actrices, quienes además obraron como observadores puntuales de las respuestas, los gestos y las actitudes del personal de salud “investigado”. Se efectuaron siete montajes de teatro invisible, uno por localidad: cinco con entidades de salud pública y dos con entidades de salud privada.

Además de las anteriores consideraciones el teatro invisible contempló el momento de la consulta, recopilado mediante entrevistas a

los actores y actrices usuarias/os de los servicios de salud correspondientes a cada uno de los montajes diseñados en esta fase.

Posterior a la identificación en las diferentes localidades de ciertos aspectos relevantes sobre las/os profesionales de salud frente a los temas de interés a través del teatro invisible, se realizaron seis grupos focales con 61 profesionales de la salud a fin de profundizar en sus significados, actitudes y comportamientos.

Finalmente se aplicaron 83 escalas de Likert en las cinco localidades seleccionadas para profundizar sobre las actitudes de los/as profesionales de salud al respecto del ejercicio sexual, el embarazo, la maternidad, la paternidad y la orientación sexual de adolescentes y jóvenes.

Resultados y conclusiones

Los resultados y conclusiones se presentan de acuerdo con las categorías usadas en la investigación en el siguiente orden: subjetividad y ejercicio profesional del personal de salud; inicio de relaciones sexuales; ejercicio sexual; embarazo, maternidad y paternidad y diversidad sexual y de género.

Subjetividad y ejercicio profesional del personal de la salud

Al aproximarse al mundo de los prestadores de salud se hizo necesario reconocer, desde el enfoque antes expuesto que en la asesoría técnica y atención para la SSR de adolescentes y jóvenes influyen de manera trascendental aspectos personales y culturales. Los datos arrojados por la investigación ratifican que los prestadores de salud llevan en su hacer el peso del entorno social simbólico donde crecieron, así como sus experiencias vitales, conjugándose de manera contundente en la relación intersubjetiva establecida en la consulta con adolescentes y jóvenes usuarios/as, sobre todo, cuando se trata de la sexualidad.

Se identificó una tendencia por relacionar su vivencia personal como adolescentes y jóvenes con la juventud de hoy; algunos mani-

festaron su aprobación con las prácticas contemporáneas del ejercicio sexual, mientras que otros/as expresaron un sentimiento de nostalgia al considerar que se tenía “mejor” manejo de la sexualidad en el pasado.

Adicionalmente, la investigación pudo constatar que el hacer de los/as profesionales de salud está permeado por sus creencias religiosas, prejuicios morales, formación profesional, experiencia subjetiva como padres o madres de adolescentes y jóvenes, y evocan en los usuarios/as las relaciones afectivas cercanas que mantienen con personas de esta edad.

Con ello es posible comprender que la atención que se brinda en la consulta sobre sexualidad y reproducción a adolescentes y jóvenes debe ser analizada como una práctica desplegada en un contexto social determinado, en el que las/os profesionales de la salud han crecido y están implicados, por lo cual se establece una relación de poder (en ocasiones autoritaria) respecto de la edad, el género y la disciplina, haciendo uso de su posición como adultos, su formación y el ejercicio profesional para influir en la decisión de adolescentes y jóvenes.

Por contraste, en otros casos el proceso de deconstrucción y reconstrucción subjetiva les ha permitido reconocer las posibilidades transformadoras que les brinda el encuentro con sus consultantes en términos de crecimiento personal y de aprendizaje, frente a aspectos relativos a la sexualidad, construcción de otros esquemas de relaciones de género, agencia en menores de edad y capacidad de resiliencia.

Inicio de relaciones sexuales: sujetos deseantes vs sujetos tutelados

Generalmente, se define el inicio de relaciones sexuales como la primera relación sexual penetrativa, sin embargo, el ejercicio sexual puede ser iniciado con anterioridad y de diversas maneras como por ejemplo: autoerotismo, caricias mutuas, sexo oral, etc. El adolescente y joven inicia su vida sexual como parte de la necesidad de experimentar, deseo generalmente acompañado de múltiples presiones de los contextos sociales donde se encuentran inmersos.

Para los/as prestadores/as de servicios de salud el inicio de relaciones sexuales penetrativas significa una experiencia relevante para adolescentes y jóvenes, aunque de manera diferencial por edad y género. Consideran que entre mayor sea la edad, por estar más cercano a la adultez, el/la joven estará mejor preparado/a para iniciar su vida sexual, manifestando mayor aceptación de esta práctica a los hombres.

Según la experiencia de los/as profesionales participantes en la investigación la edad de inicio de relaciones sexuales penetrativas entre adolescentes está entre 12 y 14 años en las cinco localidades. A pesar de la evidencia tienen una actitud de resistencia a facilitar la orientación técnica⁴ para el ejercicio sexual de las/los adolescentes entre más temprana sea la edad, que es cuando la atención debería tener en cuenta aspectos como: explorar las condiciones psicosociales, los temores y creencias alrededor de la primera experiencia sexual; involucrar elementos de afecto y placer; y explicar claramente el uso adecuado de los métodos anticonceptivos. Todo en el marco de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) posibilitando al adolescente para que sea el mismo quien tome la decisión de iniciarlas o no.

La atención para menores de 14 años, que ya han iniciado relaciones sexuales, les genera a los/as prestadores/as dos clases de tensiones: una jurídica y otra personal. La primera hace referencia a lo planteado por la ley respecto a que toda relación sexual con menores de 14 años es considerada abuso sexual⁵ y por lo tanto, debe ser denunciada, pero se puede encontrar frente a la situación que la adolescente no lo considera así. La segunda tensión se relaciona con la percepción que tienen los/as profesionales respecto de la edad adecuada para iniciar relaciones sexuales y su actuar profesional en el que debe orientar al joven, predominando la tendencia a que aplacen el inicio.

5 Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de Infancia y Adolescencia.

6 Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000. Ministerio de la Protección Social.

Por otro lado, el inicio de relaciones sexuales dentro de la minoría de edad también conlleva la supervisión de las familias, para el caso del escenario de la consulta es representado habitualmente por la madre asesorando o tutelando el inicio de relaciones sexuales de sus hijas mujeres. En este contexto se identificaron dos prácticas, una donde este acompañamiento antecede a la consulta de anticoncepción complementando la labor del profesional de la salud y facilitando el proceso para la adolescente o joven. La otra hace referencia a las madres que llevan a sus hijas para iniciar el uso de métodos anticonceptivos (MAC) sin su consentimiento, frente a lo cual los/as prestadores/as perciben que se les está trasladando la responsabilidad de la orientación familiar sobre el tema, con el agravante que al explorar el tema algunas de las jóvenes no tienen planes de iniciar su vida sexual a corto plazo.

Con relación a la asesoría para inicio de relaciones sexuales el acento se hace sobre los MAC omitiendo los aspectos de afectividad y placer, dimensiones centrales en la vivencia de la sexualidad y factores protectores de la salud sexual. Desde una mirada de género a las mujeres les hablan más de embarazo y a los hombres de infecciones de transmisión sexual, reforzando los imaginarios culturales hegemónicos de género, como que los hombres tienen permiso social para explorar y la mujer el mandato del autocontrol sexual o que el embarazo adolescente es responsabilidad de las mujeres. Adicionalmente, el método que los/as profesionales consideran más adecuado para el adolescente es el condón, sin embargo, se asume que lo saben utilizar y en el consultorio no cuentan con apoyos didácticos que faciliten la explicación sobre su uso.

Frente a la actitud de los prestadores/as de la salud se evidencia que cuando las dudas sobre el inicio de las relaciones sexuales son resueltas, sin juicios calificadorios o estigmatizantes, la consulta se convierte en una oportunidad para realizar una atención integral, así como para superar informaciones parciales, erróneas y basadas en mitos. Pero por el contrario si se subvaloran las dudas y temores de las adolescentes sobre la primera relación sexual se genera una disonancia entre la motivación y las necesidades de la consulta y los resultados direccionados por el/la profesional de salud.

En ocasiones este motivo de consulta es asumido como una labor de rutina, especialmente cuando es atendido por médica/o. De una parte, porque lo consideran una labor más de enfermería que del espacio de la consulta, razón por la que, generalmente, la remiten a este servicio, aumentando la posibilidad de que se pierda la oportunidad de la atención de esta joven mujer (los hombres poco acuden).

De otra parte, es la actitud de no comprometerse con situaciones que personalmente los implica con sus creencias y posturas (especialmente de tipo moral religioso). En otras investigaciones de Latinoamérica se han encontrado similitudes tales como: las jóvenes solteras rutinariamente sufren una negativa en su búsqueda de anticonceptivos o protección, aún cuando la política oficial de un ministerio, explícitamente, aprueba la provisión de servicios en este caso; se sabe que frecuentemente los proveedores o no lo dan, o son tan hostiles con las jóvenes que éstas nunca regresan o violan la confidencialidad avisando a los padres. (Shepard, 2004, p. 148).

Es importante resaltar que se identificó una tendencia a aceptar que el adolescente inicie relaciones sexuales si se cumple con los siguientes parámetros: que sea con una pareja estable, preferiblemente heterosexual, en el marco de relaciones sexuales penetrativas y que preferiblemente haya superado la edad de la adolescencia. Ratificando algunas de estos requisitos en la escala de Likert, estando parcial o totalmente en desacuerdo con la siguiente afirmación: “Para el inicio de relaciones sexuales entre adolescentes y jóvenes no es determinante la existencia de una relación estable”.

En conclusión, a los/as prestadores/as no les es fácil llevar a la práctica una mirada de los DSR para el inicio de las relaciones sexuales del adolescente, reconocer su capacidad para tomar decisiones, distanciarse de su rol de adulto protector para reconocerlo como sujeto “deseante”, con la vivencia de una sexualidad exploratoria acorde con su momento de vida y no movida por los parámetros de la sexualidad adulta. Esta actitud desigual por parte de los adultos opera como un horizonte regulatorio de sus comportamientos sexuales: delinea qué puede hacer cada uno y qué es mejor evitar, con quién y cómo (Jones, 2010, p. 94).

Ejercicio sexual: tensiones entre la transformación y el cambio

El ejercicio sexual es definido como las prácticas sexuales de adolescentes y jóvenes que incluyen una amplia gama de posibilidades que van desde el autoerotismo hasta las relaciones sexuales de tipo penetrativo y que cambian de acuerdo con la persona, la cultura y entre las culturas.

Explorar esta pluralidad de fenómenos sexuales supone salirse del foco de interés en el embarazo, dominante en la prensa, las políticas públicas y la literatura sobre sexualidad y adolescentes. Sin desconocer ni sobredimensionar la importancia social del embarazo en la adolescencia este interés ha reducido la complejidad de la sexualidad en un potencial resultado de la actividad coital vaginal entre un varón y una mujer. Así se ha descuidado el estudio de las prácticas sexuales no relacionales (como la masturbación), no penetrativas (como besarse y acariciarse) o entre personas del mismo sexo, así como de los placeres eróticos y otras interacciones sociales clave a la hora de comprender la sexualidad. Jones (2010, p. 15).

La investigación visibiliza la tensión que tienen los/as prestadores/as de salud para reconocer la función placentera de la sexualidad, particularmente con la población adolescente. En la escala de Likert, por ejemplo, los/as participantes muestran una tendencia a no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo frente a la afirmación: “El aspecto más importante en las relaciones sexuales entre adolescentes y jóvenes es el placer”, esto refleja el conflicto personal interno como producto de una visión de la sexualidad influenciada por diversas fuerzas sociales que modelan las posibilidades eróticas del cuerpo de forma diferencial de una sociedad a otra, transformando la sexualidad en un producto de negociación, de lucha y de acción. Barrientos y Silva (2006, p. 61).

Forman parte de estas tensiones los aprendizajes propios sobre la sexualidad producto de la cultura tradicional, con una importante influencia religiosa que les genera temor a brindar información relacionada al respecto y fomentar la actividad sexual entre los adolescentes y jóvenes. En algunos casos los/as prestadores/as indagaron por la creencia religiosa del adolescente o joven para tomarlo como

un dato de la historia clínica o para apoyarse en esta creencia durante la asesoría, desconociendo la laicidad que el servicio debe prestar. También, es habitual encontrar en consulta la insistencia por parte del prestador del servicio en el discurso de la responsabilidad y el proyecto de vida, encontrando diferencias de género relevantes, siendo más permisivos con los hombres y más controladores en el ejercicio sexual de las mujeres, argumentando que es ella la responsable de permitir o no las relaciones sexuales, el uso del método anticonceptivo y sobre la que recae la posibilidad de embarazarse:

[...] desde el punto de vista de la subjetividad, en virtud del orden social de género, el proceso de reconocimiento de los derechos sexuales es diferente para hombres y mujeres pues, a pesar de que se puede reconocer el deseo y el placer sexual como posibilidades universales de los cuerpos, las condiciones para su ejercicio se apoya en desigualdades fundantes tanto de subjetividades como de estructuras sociales. (Amuchástegui, 2003, p. 144).

Al igual que en la categoría anterior, inicio de relaciones sexuales, el foco de la consulta son los métodos anticonceptivos, donde es importante resaltar el esfuerzo que los/as profesionales de la salud hacen en la consulta por motivar el uso del condón como método de doble protección, logrando así un avance pues lo que se observa usualmente es que las estrategias de protección frente a la infección por VIH apuntan mucho más a reducir el número de parejas sexuales o contar con una pareja “fiel” que al uso de métodos de barrera.

Sin embargo, en algunos casos el/la prestador/a de servicios es quien elige el método más adecuado para la usuaria sin explicar ampliamente las posibilidades existentes, disminuyendo la capacidad de decisión de la mujer adolescente o joven sobre su cuerpo, asumiendo un lugar de agente regulador de la sexualidad como lo señala Ehrenfeld (2008): El/la profesional de la salud fue y sigue siendo el actor directo en la promoción de la anticoncepción, ocupándose del ‘control’ de la salud reproductiva, reducida en gran medida a las estrategias y propósitos de la prevención de embarazos y, más recientemente de las infecciones de transmisión sexual y en particular del VIH-Sida.

Este enfoque hace que, además del tradicional e histórico control de la sexualidad femenina, médicos y médicas estén ligados estrechamente también a la regulación de la sexualidad adolescente con lo cual el discurso médico acerca del tema se apropia, en diferentes grados, de las decisiones que las adolescentes tengan sobre su propia sexualidad y sus prácticas.

Al respecto es importante tener en cuenta las limitantes que el sistema de seguridad social impone con relación a si el método anticonceptivo elegido por la joven lo cubre su plan de salud o no, generando la duda de si le hablan de todas las alternativas de métodos que existen respetando su derecho a la información o sólo mencionan las que cubre el plan para que elija entre éstas. Lo anterior definitivamente demuestra que: el acceso a los métodos anticonceptivos está, como otros temas de la SSR, cruzado por la inequidad que produce la discriminación en los sectores sociales más carenciados ...las adolescentes son un grupo de marcada inequidad en el acceso a los métodos anticonceptivos. (Gutiérrez, 2003, p. 94).

Otras dificultades adicionales son la falta de actualización de los profesionales respecto de la normatividad y la poca claridad de las normas frente al manejo de los métodos. Por una parte, en la Resolución 0769 de 2008⁶ se dice que ningún/a usuaria/o debe salir de la consulta sin haber recibido un método de protección anticonceptiva. Der otro lado, la misma resolución sujeta la entrega del condón sólo a parejas sexualmente activas y con diagnóstico confirmado de alguna ITS incluido el VIH.

Es claro que además de las barreras personales las institucionales y normativas agudizan el complejo panorama de la atención para adolescentes y jóvenes en el país.

Dentro de los métodos anticonceptivos la anticoncepción de emergencia es la que genera mayor malestar, confusión y resistencia entre

6 La orientación técnica hace referencia a la combinación de información específica respecto de la sexualidad, la lectura del contexto psicosocial del adolescente y las habilidades comunicativas y de interacción para propiciar un ambiente idóneo para la atención.

los/as prestadores/as de servicios de salud. Para la mayoría tiene un significado de riesgo para la salud, además de fomentar la irresponsabilidad y la “promiscuidad” en el ejercicio sexual, especialmente refiriéndose a las mujeres, limitando así la respuesta técnica y el acceso de las adolescentes y jóvenes a los avances científicos y normativos.

Al profundizar en los grupos focales acerca de las barreras para asesorar sobre la anticoncepción de emergencia se encontró que está relacionada con: desconocimiento del método y sus pautas; poca experiencia en su uso; problemas éticos o temor a conflictos legales; desconocimiento de normas y procedimientos; y posibles conflictos con las familias.

En el caso de la anticoncepción de emergencia la norma hace énfasis en que debe indicarse en la relación sexual sin protección en población adolescente vulnerable, garantizando el acceso al uso de un método temporal regular que se adapta a sus necesidades. Se considera como población adolescente vulnerable aquella en condición de desplazamiento o en zonas marginales, y aquella en riesgo por el conjunto de condiciones sociales, personales y culturales en las que se desarrolla. (Resolución 0769 de 2008).

Sin embargo, la misma norma limita la posibilidad del acceso de este método planteando que “posterior al uso de anticoncepción de emergencia, cada institución debe reforzar la consejería, suministrar un método regular y advertir que a partir de este suministro no se entregará más anticoncepción de emergencia”, dejando abierto el panorama a múltiples interpretaciones dentro de las cuales puede estar que sólo se formule una vez, favoreciendo así una regulación moral por parte del profesional que atiende la consulta, como se evidenció en el estudio.

Finalmente, lo que se evidencia de los/as prestadores/as, en la consulta sobre métodos anticonceptivos de adolescentes y jóvenes, son las tensiones por visiones tradicionales frente a la sexualidad como el temor a sentir que se está promoviendo un comportamiento sexual muy liberal para esta población. Ello se demuestra más ampliamente, en la escala de Likert donde se encuentra una tendencia a estar total o parcialmente de acuerdo con la afirmación de que: “La difusión de

los métodos de barrera ha provocado que se pierda temor a las ITS y al embarazo”.

Otro aspecto indagado durante la investigación hace relación a la atención en pareja, donde se observaron algunas debilidades de los/as profesionales durante la atención: como el no saber manejar al interior de la consulta de pareja aspectos relacionados con la privacidad de el/la joven, colectivizando aspectos personales que corresponden a la consulta individual e ignorando las inquietudes y comentarios expresados por varones jóvenes, reforzando el imaginario social de que la encargada de los asuntos de prevención en SSR es la mujer y desanimando al hombre adolescente para que también los asuma.

Durante este apartado se mencionan algunos elementos clave del panorama que viven adolescentes y jóvenes, y que encuentran los/as profesionales de la salud cuando los/as atienden en consulta, donde por estar más familiarizados con la patología y el manejo clínico, les es difícil tratar aspectos psicosociales de la sexualidad relacionados con cambios culturales contemporáneos: 1) La separación de la sexualidad del compromiso nupcial, 2) Darle el lugar al adolescente como sujeto con capacidad de decidir sobre su vivencia sexual, 3) La opción de prolongar en el tiempo la sexualidad genital, disfrutando de la exploración corporal y la vivencia afectiva, 4) La aceptación de que las experiencias sexuales pueden ser vividas con diferentes personas y 5) La comprensión de que la sexualidad es diversa. (PavajEAU, Vargas, 2008, p. 12).

Estas transformaciones paulatinas son vividas y asimiladas de manera diferencial entre generaciones y grupos sociales diversos y explican en gran parte las tensiones entre la tradición y el cambio a que se enfrentan, para el caso, los/as prestadores/as de salud en su ejercicio cotidiano de atención a las personas adolescentes y jóvenes.

Embarazo = maternidad y ambigüedad en la paternidad

...en algunos casos sí es un proyecto de vida, eso uno lo ve, sencillamente eligió embarazarse, yo estaba aburrida en mi casa, preferí irme con mi compañero de 15, 16 años y decidí tener un hijo. Incluso una me llegó

a una consulta preocupada porque llevaba dos años con su novio, una chica de 15 años, y no se había podido embarazar todavía. (Médica. Grupo Focal).

Evidentemente existen diferencias sustanciales entre ser madre o padre entre 10 y 19 años y hallarse en esta misma condición entre 20 y 24 años. Los/as profesionales de la salud perciben más problemático tener hijos/as durante la adolescencia debido a que en el primer rango de edad, la mayoría de los/as jóvenes urbanos, se encuentran vinculados a la escuela y dependen económicamente de sus familias. Durante el segundo rango de edad ya han culminado sus estudios de secundaria y, dependiendo de su condición socioeconómica, deben vincularse al mercado laboral prontamente o continuar sus estudios técnicos y universitarios; sin embargo, cuentan con una clara desventaja en términos de la cobertura de seguridad social, pues al cumplir los 18 años: “los y las jóvenes pierden sus derechos como beneficiarios del sistema de salud de sus padres o responsables” (Viveros, 2006, p. 205), a menos que demuestren estar estudiando en un estamento aprobado por el ICFES.

Lo anterior coloca en una situación de doble vulnerabilidad a los que pertenecen a los estratos más bajos, pues al llegar a la mayoría de edad quedan excluidos tanto del sistema educativo como del de salud, viéndose forzados a insertarse en los niveles más bajos del mercado laboral y asumir responsabilidades propias de la vida adulta, como son el pago de salud y pensión obligatoria.

“La cosmovisión respecto [de] (sic) un embarazo no buscado y las soluciones posibles frente a él difieren sustantivamente de acuerdo con la condición social y el nivel educativo” (Gutiérrez, 2003, p. 92). Por ende, también existen miradas diferenciales respecto de la maternidad y paternidad adolescente y juvenil por parte de ellos/ellas y de los adultos que los rodean. La mirada problemática del embarazo adolescente presenta claras diferencias de género, ligadas al “significado que las culturas le otorgan a la función de ser madre y mujer, en relación con su opuesto: ser padre y hombre al mismo tiempo”. (Puyana y Mosquera, 2005, p. 94). Estos significados se encuentran ligados al papel que hombres y mujeres cumplen ante la reproducción y la crianza.

Tradicionalmente las sociedades latinoamericanas han constituido la subjetividad femenina, entendiendo la maternidad como sinónimo de mujer (Lagarde, 2006; Thomas, 2006). Tal representación cultural permea la socialización desde la infancia hasta la vida adulta, y las mujeres, a través de sus subjetividades particulares, la asimilarán o tomarán distancia de la misma. Sin embargo, en Colombia sigue existiendo una representación social esencialista de la maternidad muy arraigada en las instituciones familiares, educativas, comunitarias, de salud, etc., motivo por el cual se continúa delegando explícita y simbólicamente la responsabilidad del embarazo adolescente y la crianza a la mujer.

En el presente estudio se encontraron dos tensiones frente a la forma como los/as prestadores/as significan la maternidad adolescente: se concibe como un impedimento altamente limitante del proyecto de vida de la mujer, pero al mismo tiempo como una condición que le da un nuevo sentido a su vida, es así como se tiene una mirada culpabilizante y de duda sobre su capacidad para el ejercicio de la maternidad, pero al enfrentar la situación surge en el discurso el imaginario cultural de que toda mujer aprende a ser madre.

Habitualmente se tiene una mirada de la maternidad de las adolescentes como algo no deseado por ellas y que las marca negativamente en sus posibilidades de desarrollo personal, educativo y laboral. En contraste, el personal de la salud también afronta experiencias en consulta donde las adolescentes optan por la maternidad como un proyecto de vida, confrontándolos con los imaginarios culturales de contar primero con una estabilidad económica y familiar antes de empezar a ser madres.

Este imaginario maternidad-familia se corrobora con los resultados de la escala de Likert, al estar los/as profesionales de la salud total o parcialmente de acuerdo con la afirmación: “Si una pareja de adolescentes va a tener un bebé se debe promover antes que nada la conformación de un hogar o una familia”.

Sin embargo, identificaron en los grupos focales otros motivos para embarazarse de manera “voluntaria” como son: los malos tratos en la familia; la sobrecarga de responsabilidades domésticas y de cuidado;

la pobreza de las familias que define una vida con restricciones permanentes, por lo que salir de la casa materna se convierte en un anhelo, y la mínima posibilidad de superación de necesidades básicas. Es de hecho una alternativa de vida en un contexto de falta de opciones.

Lo anterior visibiliza una dificultad para manejar en consulta las posturas personales relacionadas con el momento y la situación “adecuada” para ser madre frente a los intereses y deseos de algunas adolescentes. Es así como el personal de salud tiene la presión de abordar, manejar y dar respuesta oportuna a la decisión de la adolescente sin imponer su opinión personal, pero teniendo en cuenta los aspectos sociales y económicos relevantes que giran en torno a tal decisión.

En palabras de una médica: El significado sobre la falta de preparación frente al ejercicio de la maternidad adolescente se reitera cuando el personal de salud atiende casos de mujeres jóvenes que no estaban planeando ser madres. Son ellos/as en consulta quienes les informan o confirman la noticia del embarazo y deben darles las primeras orientaciones, la mayoría de las veces en condiciones angustiantes para la joven. Sin embargo, al enfrentar la situación surge en el discurso el imaginario cultural de que toda mujer aprende a ser madre. En la escala de Likert esto se reitera de igual manera cuando la mayoría de los/as profesionales se muestran total o parcialmente en desacuerdo con la afirmación: “Para ser buen padre o madre una persona joven no requiere de ninguna preparación”.

Es evidente el peso que sigue teniendo la triada pareja heterosexual-familia-estabilidad como escenario idóneo para la reproducción en el imaginario social colombiano, lo cual lógicamente se refleja en las subjetividades de los/as prestadores/as de salud.

Es desde esta mirada que se posibilita entender cómo la mujer, para el caso la adolescente embarazada, queda por “fuera de los círculos del saber, del poder y, sobre todo del placer, es decir, fuera de la cultura. Con anatomía programada para dar la vida y sin la posibilidad de separar la sexualidad de la reproducción...” (Thomas, 2006, p. 452), al no contar con las condiciones idóneas para ejercer su sexualidad, y mucho menos su maternidad.

Por otro lado, el embarazo por violación es un aspecto que fue expresado de manera tímida por algunos/as profesionales de salud, actitud que se hace evidente en la falta de reporte de los embarazos en menores de 14 años como posibles casos de abuso sexual, la falta de asesoría en interrupción voluntaria del embarazo (IVE) para casos de violación, que de acuerdo con la Sentencia C-355 del 2006 y el Decreto 4444 de 2006, define responsabilidades del sector salud.

Adicionalmente a la falta de reacción frente a la violencia sexual expresaron que es común que se presente violencia física y psicológica en mujeres adolescentes y jóvenes embarazadas por parte de las parejas, sin embargo, al parecer no existe énfasis en el tema de detección de violencias durante la consulta, se pasa por alto el tratamiento del delito de acuerdo con la Ley 360 de 2007.

Una vez se está embarazada la opción mejor valorada socialmente (y la mayoría de las veces la única que se le presenta) es continuar con el embarazo y asumir la maternidad con el costo emocional, social y económico que genera para la mujer adolescente. En contraste, los hombres adolescentes al estar frente a una situación de embarazo cuentan con una opción no factible para las mujeres y aceptada socialmente con menor o ninguna presión social: la evasión, dicha evasión resulta plausible porque a diferencia de la mujer el hombre no tiene en su cuerpo un embarazo, respecto del cual es imperativo decidir si continua hasta el nacimiento o lo interrumpe.

De tal modo que las respuestas masculinas frente al embarazo han sido habitualmente en su orden: evasión, aborto, adopción, paternidad en soltería, convivencia y matrimonio (Palma, 2003). Los/as profesionales de la salud visibilizan la ausencia masculina frente al embarazo de las adolescentes en las instituciones donde trabajan.

Olavarría y Parrini (1999) señalan que el embarazo es percibido por la mayoría de los jóvenes como un hecho que puede quebrar sus proyectos vitales, académicos, laborales y sociales; al ser una situación inesperada puede percibirse como un error. La decisión de asumir la paternidad o no parece estar vinculada a la orientación o apoyo familiar que reciba y las posibles consecuencias que esto le conlleve para sus proyectos futuros. Mara Viveros (2000) menciona

las dificultades que presentan los adolescentes al intentar asumir el rol paterno, negándose o impidiéndose las instituciones sociales que le rodean.

Evidentemente la sociedad colombiana no ofrece para mujeres y hombres adolescentes condiciones para que la experiencia del embarazo sea integrada sin perjudicar el desarrollo de los mismos, viéndose mayormente afectadas las mujeres por los escenarios de inequidad que deben enfrentar para sí mismas y sus hijos/as.

El abandono del padre es económico, social y jurídico, para los individuos puede significar enormes dificultades incluso de tipo emocional. Sin embargo, tras el abandono del padre la intervención de la madre asegura la supervivencia. La madre redobla sus funciones proveedoras, se enfrenta a la sociedad con una familia inferior por incompleta, y asume la representación y las obligaciones jurídicas de los hijos. El abandono del padre no implica la imposibilidad de la sobrevivencia y cuenta con una suerte de solapamiento y tolerancia social. (Lagarde, 2006, p. 743).

Esta falta de presión social sobre los hombres para que participen en el embarazo se apoya en la restringida definición de paternidad, donde al no verse afectado corporalmente no se concibe de manera esencialista su papel.

Ser padre es sólo uno de los roles posibles y esperados en la vida de los hombres, tal vez uno de los más importantes. Sin embargo, la paternidad no tiene como espacio el cuerpo paterno, ni su sexualidad procreadora ocupa el centro de su subjetividad. Así, ni sexualidad, ni paternidad definen al hombre. (Lagarde, 2006, p. 743).

Por fortuna, contemporáneamente comienzan a emerger transformaciones en las relaciones de género que están matizando las formas de asumir las paternidades a partir “de una modificación en la masculinidad, de un cambio en las relaciones de orden emocional en la familia, de expansión de la noción de derechos en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción” (Palma, 2003, p. 166). Estas transformaciones también se comienzan a evidenciar en el contexto de las instituciones de salud, implicándole a su personal la inclusión del hombre adolescente y joven en las actividades relacionadas con

la paternidad. No obstante, esta no es una iniciativa generalizada de los/as prestadores/as, la mayoría de las veces es una iniciativa del varón a la que el/la profesional de la salud responde con apertura y valora como altamente positiva frente a la poca presencia masculina en estos procesos, o por el contrario, con resistencia u omisión por la presencia del hombre en consulta.

El personal de salud reportó que los servicios que ofrecen para la maternidad adolescente son los programas de control prenatal y los cursos psicoprofilácticos, en algunas localidades estos últimos pensados como un espacio exclusivo para adolescentes, donde los varones pueden asistir si así lo desean, pero no están necesariamente pensados desde una perspectiva relacional, es decir, que promueva una mayor participación de los padres desde la gestación.

Los/as profesionales de la salud tienen claro que el embarazo adolescente es de alto riesgo y conocen lo que dice la norma de detección temprana de alteraciones del embarazo⁷, sin embargo, se encuentran con los obstáculos estructurales del sistema que les impiden lograr su cumplimiento:

[...] lo que dice la norma es que todo embarazo de menor de 17 años tiene que [asistir] a los controles con ginecólogo y una asesoría con psicología. Para el Fondo Financiero eso trabajando se puede lograr. Para las ARS no... O sea, si uno le pone la cita de psicología [...] de embarazo adolescente, no le van a dar una consulta de psicología por el plan, no le van a autorizar eso. (Médico. Grupo Focal).

Los abortos siguen siendo temas tabúes en las consultas. Si bien es entendible que en Colombia solamente la despenalización aplica para tres casos, este hecho no debe ser una limitante para que desde una postura laica y de apertura informativa se explique a las adolescentes y jóvenes los aspectos técnicos del tema. Los propios imaginarios, creencias y experiencias de vida fueron la base de la información entregada.

Las creencias religiosas y morales de los/as profesionales de salud frente a la IVE se ponen por encima de su obligación de asesoría técnica y

⁷ Resolución 412 del 2000. Ministerio de Protección Social.

científica, generando mayor desinformación y temor ante opciones diferentes a tener un hijo/a. De igual manera se advierte una barrera para el acceso al desarrollo científico y tecnológico en anticoncepción, así como para el ejercicio pleno de derechos humanos, sexuales y reproductivos. Adicionalmente, la adopción es una alternativa para mujeres adolescentes y jóvenes que no desean asumir la maternidad y puede hacer parte de la información general presentada durante las asesorías.

Como se ha desarrollado a través del texto abordar la maternidad y paternidad adolescente en los servicios de salud implica pensar estrategias de atención que faciliten la vivencia del embarazo desde una perspectiva de género relacional, donde se involucre asertivamente tanto a la mujer como al hombre que están experimentando tal situación, disminuyendo así los costos e impactos que socialmente se le han atribuido a esta experiencia. El reto es propiciar escenarios que promuevan otros mundos posibles al respecto de esta condición, viviendo los derechos reproductivos como derechos, desde el deseo y la opción, y no desde la obligación y los mandatos sociales.

A su vez la maternidad tiene que perder poco a poco su viejo sabor de “deserotización” y de mujeres llenas de hijos/as y vacías de deseo para recuperar corporeidad, sensualidad y erotismo desde un registro de la afirmación que le permita el acceso a la ética que no puede nacer sin el acceso al deseo de la libertad [...] ello significa también paralelamente, repensar la paternidad con la misma intensidad. Pues estas nuevas madres se estrellarán frente a los mismos padres de siempre o más exactamente frente al mismo vacío de la paternidad. Es urgente que nazcan padres, animados por el deseo de ser padres y ya no más por una paternidad probatoria de hombría. (Thomas, 2000, p. 169).

Orientación sexual

Las ciudades cambian en la medida que cambia la cultura, la política y las relaciones sociales que en ella se viven. En las últimas décadas “el amor, la sexualidad, las normas, muchos códigos, se derrumbaron y hoy nuevas estrategias cada vez más individuales se multiplican a sabiendas de que todas pueden aspirar a una misma legitimidad y a un mismo reconocimiento social” (Thomas, 2008, p. 154).

A pesar de las resistencias Bogotá ha comenzado el proceso de visibilizar y aceptar la diversidad sexual y de género como una opción, una posibilidad de ser y sentir lo que se desea y desde allí existir. El 28 de diciembre de 2007 se expidió el Decreto 608 por medio del cual se establecen los lineamientos de la política pública para la garantía plena de derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales- transgeneristas e intersexuales (LGBTI) en Bogotá. Uno de los principios de la política se relaciona con la efectividad de derechos donde menciona:

Los servidores públicos y contratistas del Distrito Capital, y los particulares que cumplan funciones públicas y presten servicios públicos de responsabilidad distrital, tienen la obligación de adoptar medidas para hacer efectivos los derechos de la población LGBTI, incluidas las acciones afirmativas necesarias para la superación de las condiciones que facilitan la vulneración de sus derechos o para la restitución de los mismos. Para cumplir lo anterior se tendrá en cuenta las condiciones de vulnerabilidad que afectan de manera diferencial los sectores LGBTI. (Artículo 2).

Ahora bien las políticas, las personas, las culturas no actúan de manera sincronizada ni lineal, motivo por el cual la diversidad sexual y de género sigue siendo un tema que genera curiosidad, distancia, temor, extrañeza para la mayoría de prestadores/as de salud.

Los resultados de la investigación evidencian tensiones entre los discursos y las prácticas del personal de la salud respecto de la orientación sexual o de género no heterosexual. En los espacios en que deben actuar u opinar como profesionales la mayoría logró tomar distancia de sus creencias y prestar la orientación o diagnóstico pertinente, mientras que en un contexto más informal de conversación como en los grupos focales emergieron prejuicios, temores y malestares que esta condición de diversidad les genera.

La escala de Likert visibiliza estas tensiones y paradojas culturales expresadas por los/as prestadores/as de salud al estar su mayoría totalmente en desacuerdo con la afirmación: “Las personas que no son heterosexuales deben mantener oculta su identidad”. Sin embargo, en otra afirmación de la misma escala manifiestan que en los casos de adolescentes y jóvenes sí debe intervenir en su orientación sexual.

Aquí se evidencia la tendencia al tutelaje y la direccionalidad del mundo adulto y héteronormativo frente a la sexualidad del adolescente y joven, y las contradicciones que el tema de orientación sexual y de género provocan no obstante, conocer el discurso de derechos, siendo dichas complejidades las que se expresan en los servicios de salud y sus prestadores/as.

Al respecto, Pinilla, Sánchez y Campo (2003, p. 95) mencionan que es frecuente encontrar prácticas homofóbicas en profesionales de la salud que hacen “difícil la aproximación del médico/a a los tópicos relacionados con la orientación sexual [...] [por lo tanto] el médico consultado debe hacer [sic] consciente algún grado de homofobia que entorpece la objetividad clínica”.

Los/as profesionales de la salud también reconocen estas dificultades dentro de sus experiencias; reportan como impactante la atención de personas trans, debido a la no corresponsabilidad de su apariencia con su nombre. También reconocen sus limitaciones frente al manejo de los casos con niños y niñas, remitiéndolos a psicología:

[...] he visto consultas de mamitas que me han llevado niños de 8 años, 9 años que tienen conductas homosexuales... Pero era como raro antes que la mamá llevara al niño porque yo lo vi así, por lo menos ayer vi a una señora que su niña de 8 años no le gusta jugar como todas las niñas, que no le gusta tener el cabello largo, no le gusta usar aretes, no le gusta esto, ella dice: -Doctora, ya no es normal, ella va porque no es normal [...] uno los remite al psicólogo para que ellos tomen la decisión de eso y puedan orientar un poquito mejor, pero si se está viendo bastante. (Médica. Grupo Focal).

El desconocimiento de las particularidades del mundo de la sexualidad de personas no heterosexuales:

[...] cuando le llega alguien a consulta siempre se imagina que es una pareja heterosexual, como profesionales de la salud también todos tenemos tendencias. Si llega una lesbiana, y si fuera lesbiana, lo manejaría por el lado del lesbianismo, pero no sabría qué decir, ni idea. (Médica. Grupo Focal).

Las tensiones frente a las creencias religiosas y el enfoque de derechos:

[...] es un tema bastante complicado y hay mucho por cortar, hay dos corrientes: lo gay es libre personalidad y la corriente religiosa: Dios creó al hombre y la mujer y no intermedios. La sociedad ha tergiversado y ha persuadido de que la homosexualidad es libre desarrollo, pero será que Dios creó los gays, los homosexuales, no sabría cómo orientarlo. Es algo muy difícil de orientar a un paciente frente a su sexualidad, qué se hace, la sociedad o la biblia... (Médico. Grupo Focal).

Es así como el personal de la salud reconoce la ausencia de la mirada de la diversidad sexual y de género en las carreras de salud que se refleja en la atención en consulta, programas y servicios, y da cuenta de la necesidad actual de formación en el tema. -No estamos preparados para una consulta así, sería algo normal, pero no sabría qué decir, no sabría cómo afrontarlo, la podría escuchar e intentar solucionar o resolver, pero no sabría si lo podría hacer. (Médica. Grupo Focal).

Finalmente, tanto en el teatro invisible como en el grupo focal las/os prestadoras/res dieron cuenta de la importancia de la formación y la experiencia en el tema, siendo estos aspectos centrales los que facilitan una atención de calidad como se observa en la siguiente figura. La formación y la experiencia tienen peso en la calidad de la atención.

Figura 2. Importancia de la formación y la experiencia en la calidad de la atención



Se evidenció que una actitud sin juicio frente a las relaciones sexuales en adolescentes y jóvenes les puede permitir a los/as prestadores/as deslindar la identidad sexual de las prácticas sexuales exploratorias y por tanto, realizar una orientación más acertada.

En síntesis a lo largo del apartado se visibiliza [...] la dificultad que presentan médicos/as generales y pediatras [personal de la salud] en el abordaje de los aspectos sexuales de los pacientes adolescentes. Es de suponer que las limitaciones son mayores en la aproximación clínica adolescente cuya orientación sexual es homosexual o bisexual, cuando se conoce que la sexualidad no recibe atención en los programas de atención médica. (Pinilla, Sánchez y Campo, 2003, p. 95).

Es evidente la urgencia de reconocer las necesidades particulares en relación con la SSR para adolescentes y jóvenes con diversidad sexual y de género, y crear estrategias de atención en los servicios de salud que en correspondencia garantizaría el cumplimiento del Artículo 5, Decreto 608 de 2007 que se: [...] refiere a la eliminación de barreras y prejuicios que impiden a las personas de los sectores LGBTI el uso y aprovechamiento de los sistemas de servicios públicos sociales y el desarrollo de mecanismos que permitan hacer efectivo su derecho. Para ello se diseñarán y aplicarán de manera sistemática protocolos de atención, rutas y redes de servicios especializados, entre otros mecanismos desarrollados de acuerdo con las necesidades y condiciones de vulnerabilidad específicas de los sectores LGBTI.

Recomendaciones

Entonces yo sí creo que debería existir un centro amigable para jóvenes, pero en unas instalaciones diferentes, porque no es igual atenderla acá que ella se sienta bien, que se sienta cómoda y con un personal idóneo, que le guste la atención a adolescentes, porque no a todo el mundo le gusta la atención a adolescentes. (Prestadora de servicios de salud. Grupo Focal).

A continuación, se expondrán las principales recomendaciones para el diseño de estrategias en los servicios de salud dirigidos a la pobla-

ción adolescente y juvenil. Las recomendaciones serán presentadas en tres segmentos: Formación y actualización de los/as prestadores/as de servicios. Recomendaciones de servicios y atención en consulta y, Recomendaciones para procedimientos institucionales.

Formación y actualización de prestadores de servicios de salud

La recomendación central de la investigación parte del reconocimiento que la formación y la experiencia de las/os profesionales de salud son aspectos centrales que facilitan prestar una atención de calidad, sin embargo, este proceso de elaboración conceptual requiere ir acompañado de un proceso de reflexividad personal que impacte y movilice la subjetividad, para que simultáneamente la persona se permita ir desnaturalizando y reconstruyendo los significados individuales y culturales que causan prejuicios o bloqueos personales y profesionales. Esto significa que debe existir un interés y un esfuerzo del profesional de salud por impactar su propia subjetividad con la experiencia formativa y práctica que va adquiriendo; adicionalmente, quienes estén a cargo de los espacios formales de capacitación deben diseñar estrategias donde esta dimensión reflexiva tenga cabida.

- ❁ Diseñar programas de actualización y formación para profesionales en ejercicio, responsables de la atención en los servicios amigables que:
 - ◆ Aborden la sexualidad de adolescentes y jóvenes desde una mirada integral donde, además de los métodos anticonceptivos para adolescentes despejando mitos y creencias, se reconozcan aspectos de la sexualidad como los derechos, el erotismo (autoerotismo), el placer, la perspectiva de género, la diversidad sexual, los vínculos afectivos diversos, entre otros.
 - ◆ Actualicen la legislación y normatividad para adolescentes y jóvenes relacionadas con la SSR, que posibilita la seguridad de prestadores para respetar y garantizar los derechos en este campo. Algunas identificadas en el estudio son ley de infancia y adolescencia; norma técnica de planificación familiar; Reso-

lución 0769 del 2008; Decreto 4444 de 2006; Resolución 4905 de 2006; Decreto 608 de 2007, entre otros.

- ◆ Incluyan una mirada más amplia de adolescentes y jóvenes, acercándolos al conocimiento de sus mundos, modas, contextos, culturas e identidades que posibilite repensar y actualizar sus propios códigos sin establecer un “juicio” basado en la propia experiencia de la juventud.
- ◆ Elaboren estrategias que posibiliten reconocer y deconstruir supuestos y prejuicios personales que permean la práctica clínica (etarios, raciales, regionales, de género, heteronormativos, religiosos, de clase, de estatus jurídico o educativo).
- ⊗ Diseñar procesos de capacitación y formación en entrevista y asesoría para:
 - ◆ El inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, sospecha de embarazo, IVE, ITS, diversidad sexual, embarazo, maternidad y paternidad de adolescentes y jóvenes, de tal manera que fortalezcan el desarrollo de habilidades comunicativas, de interacción para la detección de aspectos psicosociales y de apoyo en la toma de decisión desde la perspectiva de los DSR en las facultades de ciencias de la salud y para los/as profesionales de salud. Esto deberá incluir los enfoques y propósitos de las entrevistas y asesorías, los tipos de entrevistas a aplicar y su metodología de aplicación, el tiempo y espacios mínimos que se deben tener en cuenta para la realización de una asesoría en SSR para adolescentes y jóvenes.
- ⊗ Investigar si los programas de formación de las profesiones del personal que atiende a adolescentes y jóvenes incluyen en sus currículos la sexualidad y la SSR de adolescentes y jóvenes, y si tiene en cuenta una mirada psicosocial y el enfoque de DSR.
- ⊗ Investigar sobre el impacto que tiene la formación en sexualidad y SSR que realiza la SDS a los/as prestadores de servicios de salud en la atención directa a adolescentes y jóvenes.

Recomendaciones de servicios y atención en consulta

La consulta para adolescentes y jóvenes debe realizarse desde un enfoque laico, acorde con los principios de los DSR, donde no se exprese ni se haga uso de las creencias religiosas personales para influir en las decisiones de quien consulta.

Se deben concebir los servicios de salud como una oportunidad para promover prácticas equitativas en la vivencia de la sexualidad de adolescentes y jóvenes, es decir, incluir una perspectiva de género que procure por una atención diferencial, pero no discriminatoria para la salud de mujeres y hombres.

La consulta debe contemplar los aspectos biosicosociales de adolescentes y jóvenes para un abordaje más integral de su salud, en general y de su SSR, en particular.

En consulta con adolescentes y jóvenes se debe equilibrar el uso del computador con una actitud de escucha activa permanente de tal manera que contribuya a establecer una relación empática.

El profesional de salud debe explicar al adolescente y joven los procedimientos realizados durante la consulta, el porqué de los exámenes solicitados, la ruta a seguir posterior a la consulta y responder a todas sus inquietudes con lenguajes cercanos y de manera sencilla y clara.

Se deben resolver las inquietudes del adolescente acerca del inicio de las relaciones sexuales sin juicios calificatorios o estigmatizantes, para que la consulta se convierta en una oportunidad para realizar una atención integral, así como para superar informaciones parciales, erróneas y basadas en mitos.

Es preciso crear estrategias para abordar la maternidad y paternidad adolescente en los servicios de salud y así facilitar la vivencia del embarazo desde una perspectiva de género, donde se involucre asertivamente tanto a la mujer como al hombre que la están experimentando. El reto es propiciar escenarios que promuevan otros mundos posibles al respecto de esta condición, viviendo los derechos reproductivos como derechos, desde el deseo y la opción.

Se requiere ofrecer programas exclusivos para adolescentes gestantes que incluyan una mirada psicosocial del embarazo, incidiendo en factores personales y sociales relacionados con efectos de alto riesgo, y que promuevan una mayor participación de los hombres en el proceso de gestación y la preparación para asumir una paternidad activa, así como logren una preparación de la mujer adolescente si desea hacerse cargo de su hijo, ya que ser madre es una tarea que debe aprenderse y para la cual ninguna mujer está preparada.

- ④ Frente a la dificultad de los/as profesionales para la atención de adolescentes y jóvenes LGBTI se sugiere tener en cuenta las siguientes consideraciones en la aproximación clínica de adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales según (Pinilla, Sánchez y Campo, 2003, p. 95):
 - ◆ Cree un ambiente propicio para discutir sin inhibiciones la conducta sexual.
 - ◆ Asuma una actitud positiva, empática, ante el comportamiento sexual.
 - ◆ Evite considerar que todos los adolescentes que consultan son heterosexuales.
 - ◆ Utilice un lenguaje neutral cuando aluda a relaciones sexuales; pregunte, por ejemplo, por el número de parejas, en lugar de si tiene novia o novio.
 - ◆ Parta de la premisa que todos los adolescentes tienen sentimientos, fantasías y comportamientos homosexuales.
 - ◆ No confunda en ninguno de los casos comportamiento homosexual y orientación homosexual o bisexual.
 - ◆ Dé la relevancia necesaria a los sentimientos homosexuales que exprese el adolescente.
 - ◆ Absténgase de centrarse sólo en la orientación sexual, aborde otros aspectos de la salud en general.

- ④ Adicionalmente, recomiendan seguir las siguientes conductas en la asesoría de orientación sexual de adolescentes homosexuales, lesbianas o bisexuales (Pinilla, Sánchez y Campo, 2003, p. 96):
 - ◆ Trate de aclarar inicialmente, en la medida de lo posible, la orientación sexual.
 - ◆ Con frecuencia se necesita más de una consulta. El seguimiento es importante.
 - ◆ Identifique el grado de contribución de la orientación sexual a los problemas vitales del paciente.
 - ◆ Haga un abordaje integral de los problemas del evaluado/a.
 - ◆ Tómese el tiempo que sea necesario. Promueva un proceso de adquisición gradual de la identidad sexual.
 - ◆ Bajo ninguna circunstancia intente cambiar la orientación sexual del paciente, no le invite a que tenga experiencias sexuales con personas del sexo opuesto.
 - ◆ Aclare mitos y creencias sobre la homosexualidad y la bisexualidad.
 - ◆ Explore la existencia de homofobia internalizada.
 - ◆ Maneje las situaciones que implican estigmatización y la persecución.
 - ◆ Para mejores resultados, céntrese en las necesidades del paciente, evite considerar las expectativas de la familia.
 - ◆ Asesore a la familia sobre la orientación sexual.
 - ◆ Si no logra sentirse cómodo, remita el paciente a otro profesional.
- ④ Investigar sobre la percepción que adolescentes y jóvenes tienen acerca de las actitudes de los/as prestadores/as de servicios en consultas relacionadas con su sexualidad y SSR.
- ④ Investigar sobre las necesidades que adolescentes y jóvenes con orientaciones sexuales diversas tienen acerca su sexualidad y SSR.

Recomendaciones para procedimientos institucionales

Evaluar críticamente el servicio de atención a adolescentes y jóvenes con el fin de determinar las fortalezas y debilidades e instituir una vía de mejoramiento, teniendo como base las herramientas ofrecidas por el modelo de servicios de salud para adolescentes y jóvenes del Ministerio de Protección Social (MPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Sensibilizar a todo el personal con el cual el adolescente o el/ joven tiene contacto cuando acude, de tal manera que desde la portería sean acogidos y tratados de acuerdo con su edad. Uno de los criterios básicos para la selección de los/as profesionales que atienden a adolescentes y jóvenes debe ser que les agrade atenderlos/as, pues se requiere interés y apertura para conocer sus mundos, lenguajes, gustos, etc.

Identificar en el servicio de salud los/as profesionales que brindan asesoría (en consulta o en asesoría) a adolescentes y jóvenes para incluirlos en la capacitación sobre este servicio.

Desarrollar un manual de capacitación y un currículo sobre asesoría que tenga como propósito: identificar las bases conceptuales para la asesoría en SSR para adolescentes y jóvenes y reforzar el conocimiento técnico y el marco legal de la provisión de métodos anticonceptivos a adolescentes y jóvenes, como por ejemplo lo muestra la experiencia realizada por Mexfam en ciudad de México.⁸

Adelantar en las entidades responsables los procedimientos administrativos necesarios para que las instituciones prestadoras de servicios (IPS) provean los métodos anticonceptivos a adolescentes y jóvenes cuando es el caso de manera inmediata en consulta tanto de medicina general como de enfermería.

Estar atento/a en facturación cuando un adolescente o joven acude por consulta de primera vez, para que se disponga del tiempo

⁸ IPPF (2007). Estrategias efectivas en programas de salud sexual y reproductiva para gente joven. IPPF/RHO: Nueva York.

de cuarenta minutos para la atención y se facture como tal, ello da más tranquilidad al profesional para la consulta y una atención más tranquila e integral.

Incluir en el primer nivel de atención el/la profesional de psicología para la atención de adolescentes y jóvenes, de tal manera que el personal médico y de enfermería pueda apoyarse para la atención.

Crear espacios de intercambio interdisciplinario y grupos de acompañamiento y sensibilización para los/as profesionales que atienden a adolescentes y jóvenes donde puedan plantear preguntas, discutir temas que surgen en su trabajo y refinar sus conocimientos y habilidades, inclusive con el apoyo de herramientas tecnológicas.

Diseñar por parte de la SDS un protocolo de obligatorio cumplimiento para la atención de adolescentes y jóvenes por niveles de complejidad, cuando consultan por: inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, sospecha de embarazo, IVE, ITS, diversidad sexual, embarazo, maternidad y paternidad, que incluya la normatividad vigente, elementos básicos de asesoría y consulta desde una perspectiva de derechos.

Contar en los consultorios para la asesoría y consulta de adolescentes y jóvenes con elementos pedagógicos de apoyo, como mínimo láminas sobre órganos sexuales femenino y masculino, ciclo menstrual, desarrollo sexual del hombre y la mujer, y muestras de métodos anticonceptivos.

Diseñar por parte del hospital una ruta para la atención de adolescentes y jóvenes en el primer nivel de atención por motivos de consulta relacionada con: inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, sospecha de embarazo, IVE, ITS, diversidad sexual, embarazo, maternidad y paternidad, que incluya los procedimientos a seguir y las acciones a realizar de cada una de las personas que intervengan mientras permanece en el servicio. Posteriormente, debe realizar la capacitación a todo su personal para que la conozca y la maneje, y finalmente evaluar periódicamente para ajustar su uso.

Promover desde la SDS la creación de cursos de actualización, diplomados y especializaciones en atención integral de salud de

adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos, con el apoyo de entidades de educación superior.

Revisar la coherencia de la norma de planificación familiar que limita la entrega de condones a un diagnóstico de ITS en contra vía de las acciones de promoción de la doble protección y el uso del condón como método anticonceptivo.

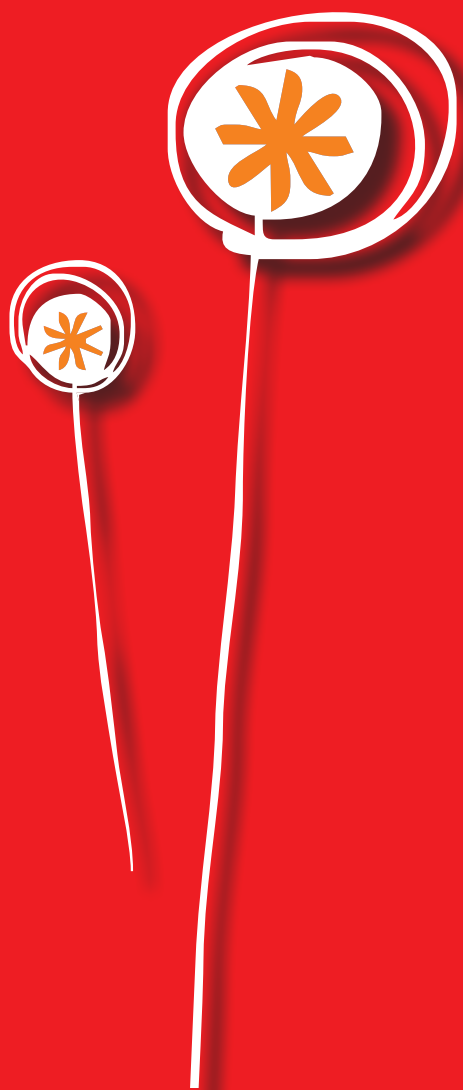
Bibliografía

- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ (2007). *Decreto 608*. Bogotá.
- ALPÍZAR, L. Y BERNAL, M. (2003). “La construcción social de las juventudes”. En *Revista Última Década*, 19, Cidpa.
- AJZEN, I. & FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- AMUCHÁSTEGUI, A. (2003). “No sé decirle si quedó embarazada: género, responsabilidad y autonomía entre jóvenes mexicanos”. En Olavarría, A. (Ed.). *Varones adolescentes: género identidades y sexualidades en América Latina*. Chile: Flacso, Fnuap, Red de Masculinidad/es, pp.143-152.
- BARRIENTOS, J. Y SILVA, J. (2006). *De la restricción hacia la equidad*. Chile: Universidad Católica del Norte.
- BERGER, P. Y THOMAS L. (1991). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CHECA, S. (2003). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (2006). *Ley de Infancia y Adolescencia. Ley 1098 de 2006*. Bogotá.
- EHRENFELD LENKIEWICZ, N. (2008). “El embarazo en adolescentes: un tema con variaciones polémicas”. En *Género y salud en cifras*, Vol. 6, 1. México: Secretaría de Salud, p. 8.
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- GARCÍA, C. (2007). *Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia* Bogotá: Colombia Diversa.

- GUTIÉRREZ, M. (2003). "Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía". En Checa, S. (Comp.). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós, p. 94.
- IPAS (2001). *Notas informativas*. México.
- IPPF (2007). *Estrategias efectivas en programas de salud sexual y reproductiva para gente joven*. IPPF/RHO: Nueva York.
- JARAMILLO, I. C. (2008). *Algunas ideas en torno al embarazo adolescente: Un ejercicio biopolítico*. Tesis para optar el título de magister en Derecho. Bogotá: Universidad de los Andes.
- JONES, D. (2010). *Sexualidades adolescentes: amor, placer y control en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Fundación Centro de Integración, Comunicación, Cultura y Sociedad (Ciccus), Clacso.
- LAGARDE, M. (2006). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- MARTÍNEZ, A. Y MENESES, A. (2008). *Vacío institucional y construcción mediática de la sexualidad adolescente en Canadá y Chile: el imaginario del riesgo*. Chile: Universidad de Chile, Instituto de Asuntos Públicos.
- MARGULIS, URRESTI (1998) "La construcción social de la condición de juventud". En Cubides, Laverde, Valderrama (eds) *Viviendo a toda: jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades..* Santa Fé de Bogotá: Siglo del Hombre.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA, UNFPA. (2008). *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para la adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia*. Bogotá.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA (2008). *Resolución 0769 de 2008*. Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000. Bogotá.
- (2000). *Resolución 412 de 2000. Normas técnicas y guías de atención*. Bogotá.
- OLAVARRÍA Y PARRINI (1999). *Los padres adolescentes jóvenes*. Santiago de Chile: Flacso, Unicef.
- OLAVARRÍA, J. (2001). *Y todos querían ser (buenos) padres. Varones de Santiago de Chile en conflicto*. Santiago: Flacso.

- PALMA, I. (2003). "Paternidades entre los jóvenes: la 'evasión' como respuesta en crisis y la paternidad en soltería como respuesta emergente". En: Olavarría, J. (Ed.). *Varones adolescentes: género y sexualidades en América Latina*. Chile: Flacso, Fnuap, Red de Masculinidad/es, pp. 165-186.
- PAVAJEAU, C. Y VARGAS, C. (2008). *Sexualidad juvenil y escuela*. Bogotá: Fundación Antonio Restrepo Barco, Secretaría de Integración Social de la Alcaldía Mayor de Bogotá.
- PINILLA, A.; SÁNCHEZ, E. Y CAMPO, A. (2003). "Evaluación clínica de la orientación sexual en adolescentes. El papel de médicos generales y pediatras", en: Med Unab, Vol. 6, 17, pp. 93-97.
- PROFAMILIA (2005). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá.
- PROFAMILIA, GRUPO DE ESTUDIOS DE GÉNERO, SEXUALIDAD Y SALUD EN AMÉRICA LATINA (GESSAM) - UNAL, CENTRO LATINOAMERICANO DE SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS (CLAM), IMS, UERJ (2007). *Encuesta LGBT: sexualidad y derechos*. Participantes de la marcha de la ciudadanía LGBT. Bogotá.
- PUYANA, Y. (2000). "¿Es lo mismo ser mujer que madre? Análisis de la maternidad con una perspectiva de género". En: Robledo, A. y Puyana, Y. (Comps.). *Ética: masculinidades y feminidades*. Universidad Nacional de Colombia - Centro de Estudios Sociales. Bogotá.
- PUYANA, Y. Y MOSQUERA, C. (2005). *Traer hijos o hijas al mundo: Significados culturales de la paternidad y la maternidad*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 3, pp. 111-140.
- SALAZAR, A.; RODRÍGUEZ, L. F. Y DAZA, R. A. (2007). "Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños". En *Persona y bioética*, Vol. 11, 2, pp. 170-185.
- SALAZAR, C. (2007). *Trabajo, educación y ciudadanía juvenil en Bolivia*. Cuadernos de Futuro, 24. Informe de Desarrollo Humano. Bolivia: PNUD.
- SHEPARD, B. (2004). "Pecado y derechos humanos: la falta de ciudadanía sexual de la juventud". En *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia - Facultad de Salud Pública y Administración, pp. 11-48.
- STERN, C. Y REARTES, D. (2001). *Programas de Salud Reproductiva para adolescentes en el Distrito Federal. Estudio de dos servicios de atención*. Documento de trabajo, 5. México: Colegio de México - Programa de Salud Reproductiva y Sociedad.

- STERN, C. (2008). *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México.
- THOMAS, F. (2000). "Maternidad y gestación de vida. Su problematización frente al nuevo milenio". En Robledo, A. y Puyana, Y. (Comps.). *Ética: masculinidades y feminidades*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia - Centro de Estudios Sociales.
- (2006). "Resignificando la maternidad a la luz de los derechos sexuales y reproductivos". En Viveros, Mara (Ed.). *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, pp. 451-463. Thomas, F. (2008). "Ser madre a los 16". En *El tiempo*, 15 de octubre. Bogotá.
- (2008). *Florence de la A a la Z*. Aguilar Bogotá.
- VERGARA QUINTERO, M. DEL C.; VÉLEZ ÁLVAREZ, C. ; VIDARTE CLAROS, J A. Y NIETO RAMÍREZ, J. O. (2007), Representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales frente al riesgo en el año 2006. En *Hacia la promoción de la salud*, Vol. 12, pp. 145-163.
- VIVEROS, M. (2000). "Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo, perspectivas teóricas y analíticas", en: Fuller, N. (Ed.). *Paternidades en América Latina*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, pp. 91-127.
- (2002). *De quebradores y cumplidores: sobre hombres masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia – Centro de Estudios Sociales - Fundación Ford - Profamilia.
- VIVEROS, MARA (Ed.) (2006). *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- VIVEROS, M. Y GIL, F. (2006). "¿Educadores, orientadores, terapeutas? Juventud, sexualidad e intervención social". En *Saude Publica*, 22, 1, pp. 201-208.

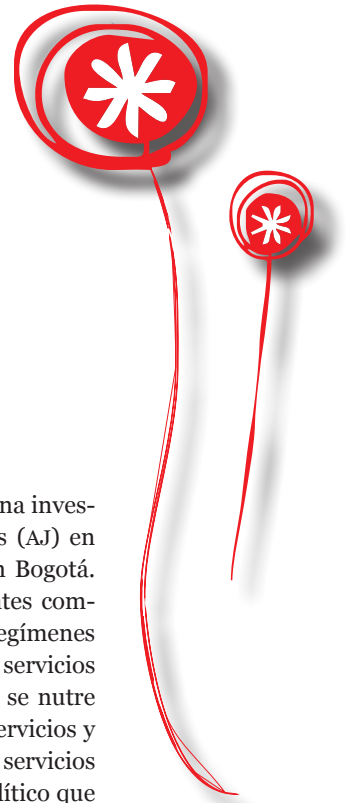


BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL ACCESO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN BOGOTÁ

PABLO MONTOYA | ELIANE BARRETO | ANA JUDITH BLANCO | YASMITH CÁRDENAS

CAROLINA CHAVARRO | SANDRA PIÑEROS





RESUMEN

El presente documento sintetiza los hallazgos más relevantes de una investigación sobre las barreras que enfrentan adolescentes y jóvenes (AJ) en la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en Bogotá. El componente cuantitativo constituye uno de los más importantes compendios de información auto reportada por instituciones de los regímenes contributivo y subsidiado, poniendo en evidencia coberturas de servicios deficientes en este grupo poblacional. El componente cualitativo se nutre de las voces de AJ, y del personal de cuidadores, prestadores de servicios y decisores para identificar barreras, y facilitadores en el acceso a los servicios de SSR encontradas en los niveles sociocultural, institucional y político que se interrelacionan entre sí. Mitos sobre la planificación, miedo a las personas prestadoras de servicios, y dificultades geográficas y económicas son las razones más citadas por adolescentes para su no asistencia a los servicios. Falta de capacitación, incertidumbre laboral y prejuicios personales sobresalen entre las opiniones de prestadores/as; mientras que entre decisores/as la fragmentación y segmentación derivadas de las políticas de aseguramiento y contratación, junto con un sistema de información en salud desarticulado o inexistente parecen explicar las dificultades en la prestación y monitoreo de servicios de SSR a AJ en Bogotá.

Palabras clave: Barreras, acceso, salud sexual y reproductiva, adolescentes, jóvenes, embarazo adolescente, servicios amigables, regulación de la fecundidad, servicios de salud.

ABSTRACT

This document summarizes the key findings of a mixed methods investigation about barriers faced by adolescents and youth in seeking sexual and reproductive health (SRH) services in Bogotá. The quantitative part constitutes one of the largest compendiums of information self-reported by health institutions in the contributive and subsidized regimes showing low coverage of health interventions in this age group. The qualitative component draws on the voices of adolescents, caregivers, health providers and decision makers allowing the identification of socioeconomic, institutional and

policy level barriers and facilitators to access SRH services. Myths about family planning, fear of health providers as well as geographic and economic difficulties are the main reasons cited by adolescents for not attending health services. Lack of training, job uncertainty and personal prejudices stand in the views of health providers; while according to decision makers, fragmentation and segmentation of health services derived from health insurance policies along with a disarticulated or inexistent health information system seem to explain difficulties in the delivery and monitoring of SRH services to adolescents and youth in Bogotá.

Keywords: Barriers, access, sexual and reproductive health, adolescents, Young, Teen pregnancy, friendly services, Regulation of the fecundity, health services.



Introducción

Mejorar la SSR de la población AJ hace parte de los compromisos adquiridos por Colombia como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (República de Colombia 2005). Sin embargo, las cifras actuales distan mucho de lo planeado. Las metas de mantener la tasa de embarazo en adolescentes por debajo del 15% y de incrementar el uso de métodos modernos de anticoncepción (MAC) al 65% entre la población de 15 a 19 años contrastan con las cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), que muestran para 2010 una tasa de embarazo en adolescentes del 19,5% y una prevalencia de uso de MAC en mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas de 63% (Profamilia 2011).

Diversos estudios indican que los/as AJ usualmente enfrentan dificultades para obtener los servicios de salud que necesitan debido a diferentes barreras de acceso (Brindis 2002; Gallo 2009; Mejía et al. 2010; Position Paper of the Society for Adolescent Medicine 2004; Reddy et al. 2002a; Society 1997). Aunque desde 2007 se han realizado en el país esfuerzos para implementar servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), las evaluaciones señalan que su cobertura es aún limitada y que los servicios existentes han tenido dificultades en su implementación y son poco utilizados (Cardenas and Estupiñan 2009; OPS 2007; WHO 2002).

Considerando que tanto las barreras como los/as facilitadores/as de acceso a los servicios de SSR se establecen en diferentes niveles (socioeconómico y cultural, institucional y político), y afectan tanto al individuo como a la comunidad, la presente investigación plantea una metodología cuanti-cualitativa. El abordaje cuantitativo analiza la cobertura de servicios de promoción y prevención a AJ, así como

las políticas institucionales de prestación de estos servicios tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Por su lado, el abordaje cualitativo explora las percepciones de adolescentes y jóvenes, prestadores/as de servicios de salud, y personal de cuidadores y tomadores de decisiones políticas con relación a la temática de SSR.

Tipo de trabajo

Investigación de tipo observacional descriptivo que integró técnicas cualitativas y cuantitativas. El objetivo general describir las barreras y facilitadores/as para el acceso a los servicios de SSR percibidos por AJ, personal de cuidadores, prestadores de servicios de salud, directores de servicios y diseñadores de políticas de salud en el tema de SSR, así mismo, proponer recomendaciones para el mejoramiento de estos servicios a fin de adecuar su oferta a las necesidades y la realidad de AJ del Distrito Capital. La presente investigación se realizó dentro del marco del convenio COL5R11A-SDS “Acciones de promoción de la SSR y los DSR con énfasis en la prevención de embarazo en adolescentes en Bogotá.”

Marco teórico

Desarrollo adolescente

En 1975, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la adolescencia como “un período durante el cual: 1) el individuo progresa desde el punto de vista de la aparición inicial de caracteres secundarios hasta los de la madurez sexual; 2) los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño/a hasta los de un adulto y 3) se hace la transición de un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia” (OMS 1975a).

En la actualidad, la OMS define la adolescencia como un periodo comprendido entre los 10 y 19 años y subdivide este periodo en tres fases de acuerdo con los cambios físicos y psicológicos (WHO 2002): la adolescencia temprana (10-13 años) caracterizada por el pico de crecimiento puberal y el comienzo de la maduración sexual. Se inicia el pensamiento abstracto; la adolescencia intermedia (14-15 años) cuando se completan los cambios corporales físicos y el individuo desarrolla un fuerte sentido de identidad, relacionándose más intensamente con su grupo de pares, no obstante, la familia sigue siendo importante. El pensamiento se vuelve más reflexivo; y la adolescencia tardía (16-19 años) momento en el que el cuerpo toma la forma adulta. El individuo tiene ahora una identidad distintiva e ideas y opiniones más estables.

Los cambios físicos, psicológicos y sociales están estrechamente interrelacionados (OMS 1975b); cabe resaltar que los cambios en el dominio psicológico influyen fuertemente en las decisiones que los/as AJ toman respecto a su SSR. En el nivel de la esfera psicológica se observan cambios en el desarrollo cognitivo, la autorregulación y la construcción de la identidad. En el desarrollo cognitivo se destacan la tendencia a considerarse únicos e invulnerables (fábula personal), los sentimientos de invencibilidad (“eso no me pasa a mí”), la excesiva conciencia de sí mismos (audiencia imaginaria) y la búsqueda de faltas en las figuras de autoridad.

Ocurre también el desarrollo del pensamiento operacional formal, particularmente del hipotético deductivo que permite examinar y probar hipótesis y anticipar consecuencias (Papalia et al. 2003). En cuanto a la autorregulación durante la adolescencia ocurren procesos relacionados con el control emocional y de los impulsos mediados por el desarrollo de la corteza prefrontal (Tarter 2002). Finalmente, en la construcción de identidad el adolescente busca darle sentido a su propia existencia, lo que suele generar un proceso de crisis y confusión en el cual la influencia de los pares y amigos es crucial (Erikson; Papalia et al. 2003).

Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes

Los diferentes aspectos que constituyen la SSR de AJ son complejos. De un lado, los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) amparan la decisión de esta población de iniciar actividad sexual y obligan al Estado a garantizar que se disponga de orientación, servicios y productos para que puedan disfrutar de una sexualidad y una reproducción libre de riesgos. Pero de otro lado, el incremento de las cifras de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y de embarazo en adolescentes plantea una problemática de salud pública. El embarazo, en particular, se ha asociado con deserción escolar, desacumulación de capital humano, restricciones a la participación laboral y obstáculos en el proceso de generación de ingresos, hechos que causan pobreza (Coley and Chase-Lansdale 1998; McCarthy and Upchurch 1990).

Desde el punto de vista biológico el embarazo en adolescentes se ha relacionado con riesgo de parto pretérmino o de bajo peso al nacer casi al doble de la mujer adulta. Igualmente, las jóvenes entre 15 y 19 años tienen doble probabilidad de morir a causa del evento reproductivo que las mayores de 20 años, y en las menores de 15 años este riesgo es seis veces mayor (Alvarado et al. 2007; DANE; Guzmán 2000; Hueston W et al. 2008; Profamilia 1998). El embarazo y la maternidad pueden interferir con el desarrollo de habilidades propias de este periodo como son la consolidación de la autonomía, la socialización y la capacidad de regulación afectiva (Vásquez 1997).

Así mismo, el embarazo no planeado se ha relacionado con situaciones de violencia y abuso sexual (Goodwin MM 2000), hallazgo que se confirma en Colombia (Pallito 2004). Específicamente en el caso colombiano a las dificultades de SSR de AJ ya descritas se suma el fenómeno del desplazamiento por la violencia. Se ha descrito que cuando la población en situación de desplazamiento (PSD) accede a algunos servicios en especial los de salud enfrenta múltiples problemas como: recorrer largas distancias para acceder a los servicios, carecer de identificación personal por pérdida de documentos o por dificultad de la inscripción en los sistemas de protección y tener que pagar sobrecostos por la atención.

Todo lo anterior enmarcado en un profundo desconocimiento de sus derechos (Londoño Vélez 2006; Mejía et al. 2010). Así mismo, la Encuesta sobre SSR en zonas marginadas, en 2005 reveló que en estas zonas el 4,6% de mujeres entre 13 y 14 años y 5,2% entre 15 y 19 años fueron violadas, siendo el agresor un desconocido en el 41,8 y 32,3 %, respectivamente (Profamilia 2005).

Marco jurídico para la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes

Desde el punto de vista normativo el país cuenta con un número importante de normas que tocan el tema de la SSR en la población adolescente. En forma resumida se puede decir que en Colombia existe:

- ❖ Reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (Constitución Política de 1991, Ley 12 de 1991 y Ley 1098 de 2006).
- ❖ Reconocimiento de la adolescencia como el periodo entre los 12 y 18 años (Ley 1098 de 2006).
- ❖ Reconocimiento de la SSR de AJ como prioridad en salud pública (Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003, Plan Nacional de Salud Pública de 2007, Ley 1122 de 2007).
- ❖ Reconocimiento de la autonomía de adolescentes en la toma de decisiones que afecten su SSR (Sentencia T-388/2009).
- ❖ Reconocimiento de la situación actual de SSR en AJ en la ciudad de Bogotá (Plan de Gobierno del Distrito 2008-2012).
- ❖ Reconocimiento de la necesidad de estrategias diferenciales para la atención de AJ (Convenios entre UNFPA, Ministerio de la Protección Social y Secretaría Distrital de Salud).

Barreras de acceso a los servicios de salud

La realidad observada en la cotidianidad es que aunque existan servicios de salud en una comunidad, estos no siempre van a ser utilizados. Garantizar el acceso adecuado implica que los servicios dispongan de recursos que sean relevantes, oportunos y apropiados a las necesidades de atención en salud de una población.

En Colombia, a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de la Protección Social (MPS) para mejorar la oferta de servicios de SSR adaptados para AJ su cobertura es aún limitada. A menudo hay ausencia de estos servicios en algunas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que puede estar relacionado con falta de interés por parte de las aseguradoras, que no encuentran rentabilidad financiera implementando estas acciones que por normatividad tienen que ofrecer (OPS 2007; WHO 2002). El UNFPA Colombia en colaboración con el Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes publicó recientemente una revisión exhaustiva de las principales barreras que enfrentan AJ de la región para acceder a los servicios de SSR (Mejía et al. 2010; MPS and UNFPA 2010).

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) dispone de un “Sistema de Información Distrital sobre barreras de acceso sectoriales a los servicios de salud – SIDBA”, diseñado por la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano como un medio alternativo de gestión para facilitar el abordaje y solución de barreras de acceso a la garantía del derecho a la salud, a través del proceso de orientación e información a la ciudadanía (Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano).

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), están constituidas por la dependencia de Servicio al Ciudadano de la SDS, puntos de la Red Cade y Supercade y otras direcciones, Empresas Sociales del Estado (ESE), Empresas Promotoras de Salud de los regímenes subsidiado y contributivo (EPS-S y EPS-C). El ingreso de la información de cada UPGD se ha estructurado vía web y a través del software soporte del SIDBA. El SIDBA monitorea 22 motivos de barreras de acceso que se agrupan en cinco tipos de barreras (geográficas, administrativas, económicas, técnicas y culturales) que a su vez se relacionan directamente con atributos del Sistema Obligatorio

de Garantía de Calidad que afectan –accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y calidez–.

Metodología

Recolección de datos

Componente cuantitativo

Se solicitó información a todas las EPS que tuvieran afiliados en Bogotá (nueve del régimen subsidiado, quince del régimen contributivo) y a las veintidós ESE de la SDS sobre el grado de implementación de estrategias para la atención en salud a este grupo poblacional, además de indicadores específicos sobre cobertura, calidad y capacidad de estas instituciones para responder a la demanda de atención en SSR para AJ correspondiente a 2000, 2005, 2008 y 2009.

Para tal fin se utilizaron dos formularios de auto diligenciamiento donde se solicitaron los siguientes indicadores:

- ⊗ Cobertura de consejería en prevención contra los riesgos asociados al ejercicio reproductivo.
- ⊗ capacidad para responder a la demanda de atención en SSR.
- ⊗ cobertura de control prenatal en población adolescente y joven.
- ⊗ medición de oportunidad de cita.
- ⊗ medición de hemoglobina en adolescentes.
- ⊗ cobertura de tamizaje para VIH.
- ⊗ cobertura de tamizaje para cáncer de cérvix.
- ⊗ seguimiento a casos de violencia.
- ⊗ tasa de negación de consultas.
- ⊗ cobertura de consulta de planificación familiar en AJ.

Componente exploratorio cualitativo

Incluyó la implementación de las siguientes técnicas:

- ❖ Grupos focales de discusión y entrevistas individuales a profundidad con AJ de diferente sexo y edad incluyendo gestantes, personas con antecedentes de ITS, población LGBTI y PSD.
- ❖ Entrevistas individuales a profundidad al personal de prestadores de servicios de salud (médicos, ginecoobstetras, enfermeras, psicólogos, prestadores de centros de jóvenes de los regímenes contributivo, subsidiado y no afiliados al sistema de salud, incluyendo prestadores que brindan asistencia a población (LGBTI) que estuvieran relacionados con la atención directa a AJ y a directivos de instituciones oficiales y no gubernamentales del nivel distrital y nacional y de cooperación internacional, quienes de alguna manera pudieran influenciar en la toma de decisiones políticas en materia de SSR para AJ.
- ❖ Observaciones directas de las IPS en relación con la oferta de servicios para la atención de AJ.
- ❖ Tanto en las entrevistas a profundidad como en los grupos focales se utilizaron como guía cuestionarios semi estructurados específicos para cada grupo de edad y otras características de la población entrevistada. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente.

Análisis de la información

Los datos cuantitativos fueron recolectados en hojas de cálculo de Excel y posteriormente analizados utilizando el programa estadístico Stata versión 11. Se realizó un análisis descriptivo de la información utilizando frecuencias y la comparación de algunas proporciones usando chi cuadrado (χ^2) o test de Fisher según fuera aplicable para las variables categóricas y la t de Student para las variables continuas.

La información cualitativa recolectada en las entrevistas y grupos focales y transcrita textualmente fue importada al software ATLAS.ti,

programa especializado en el análisis y manejo de datos cualitativos, para su posterior codificación y análisis. Un esquema general de codificación con 20 categorías generales y 19 subcategorías se desarrolló para capturar las áreas temáticas principales, discutidas en los grupos focales y entrevistas a profundidad.

Aspectos éticos

Formularios de consentimiento informado y asentimiento informado fueron firmados por todos los informantes. El protocolo de investigación fue aprobado por un comité de ética Ad hoc nacional y por el comité de ética de la Universidad de Washington (EUA), ente regulador de Health Alliance International para investigaciones académicas.

Validación de los resultados

Se realizaron diferentes encuentros de coordinación y retroalimentación entre el equipo investigador y el equipo técnico de la SDS y del Convenio SDS-UNFPA. Así mismo, los resultados preliminares de la investigación fueron validados por representantes del equipo técnico de la SDS (direcciones de Salud Pública, Desarrollo de Servicios, Participación Comunitaria, Aseguramiento, Planeación y Vigilancia en Salud Pública).

Hallazgos

Análisis datos cuantitativos

Análisis de formatos autodilenciados

Se enviaron formatos de autodilenciamiento y de indicadores a las 24 EPS de los regímenes contributivo y subsidiado con afiliados en Bogotá, y a las 22 ESE del Distrito Capital con el fin de obtener infor-

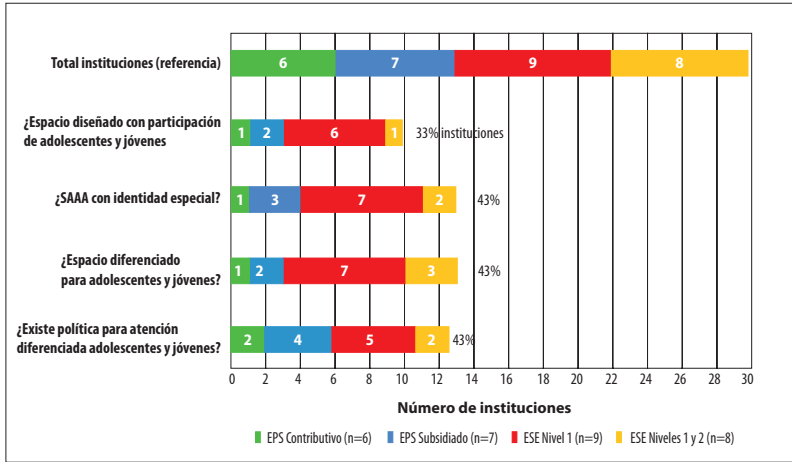
mación sobre las políticas institucionales de prestación de servicios dirigidos a la población de AJ y determinar coberturas de servicios de promoción y prevención (P y P) establecidos en las resoluciones 412 y 3384 de 2000. Para analizar coberturas en la población vinculada se solicitó información a la dirección de planeación de la SDS. A fin de complementar y corroborar esta información se solicitaron informes, indicadores o bases de datos de RIPS a la Dirección de Aseguramiento de la SDS y a las direcciones de P y P y de Sistemas de Información en el MPS.

Se recibieron formatos autodilenciados de 16 EPS (67%) y 17 ESE (77%) y formatos de indicadores de 5 EPS (21%) y 14 ESE (64%). Los formularios fueron diligenciados por personal responsable de las áreas de P y P (16/33), salud pública o SSR (9/33) y consulta externa (4/33). Las respuestas de las instituciones que diligenciaron los formularios de auto diligenciamiento y los formatos de indicadores se presentan a continuación.

Políticas institucionales para la prestación de servicios de SSR a la población AJ entre 10 y 24 años

Se indagó por la existencia de políticas diferenciadas para la atención de AJ, adecuaciones de espacio e identificación de los servicios. Como se observa en la figura 1 menos de la mitad de las instituciones que respondieron manifestaron tener políticas de atención diferenciada (43%, 13/30). Las EPS-S y las ESE de primer nivel, con más de la mitad de las instituciones con alguna adaptación para la prestación de servicios a esta población, son las que más avances reportaron en la materia. Igual proporción de instituciones afirma tener espacios diferenciados y con identificación especial para la atención de este grupo y sólo 1/3 había involucrado AJ en el proceso de adaptación de dichos espacios. Las ESE de primer nivel refieren haber realizado mayores esfuerzos para adecuar los espacios a las necesidades de las/os AJ (78%, 7/9).

Figura 1. Comparación de políticas institucionales para la prestación de servicios de SSR en AJ por tipo de institución. Porcentaje de respuestas afirmativas según formatos autodiligenciados



Talento humano formado para la atención de adolescentes y jóvenes

Existen diferencias significativas entre EPS y ESE al comparar la proporción de instituciones que cuentan con personal formado para la atención diferencial de AJ, siendo menor la diversidad de profesionales disponibles en las ESE que en las IPS propias de las EPS, especialmente al analizar la disponibilidad de especialistas. Los profesionales incluidos en este análisis se seleccionaron por ser quienes prestan la mayoría de los servicios que se deben ofrecer a AJ dentro de los servicios integrales que debería recibir esta población.

Al indagar si las instituciones capacitaron personal en temáticas de SSR para AJ en 2009, aproximadamente dos terceras partes respondieron afirmativamente (17/28) y se encontró que las ESE de primer nivel (8/9) fueron las que más eventos de formación realizaron. Según lo reportado por las propias instituciones y como se observa en la figura 2, hay menos de un profesional de cada categoría por cada 10.000 AJ. Sumando todo el personal capacitado por tipo de institución, en promedio reportan 2.5 personas entrenadas por cada 10.000 AJ para las EPS-C, 1.4 para las EPS-S y 1.1 para las ESE. Es decir,

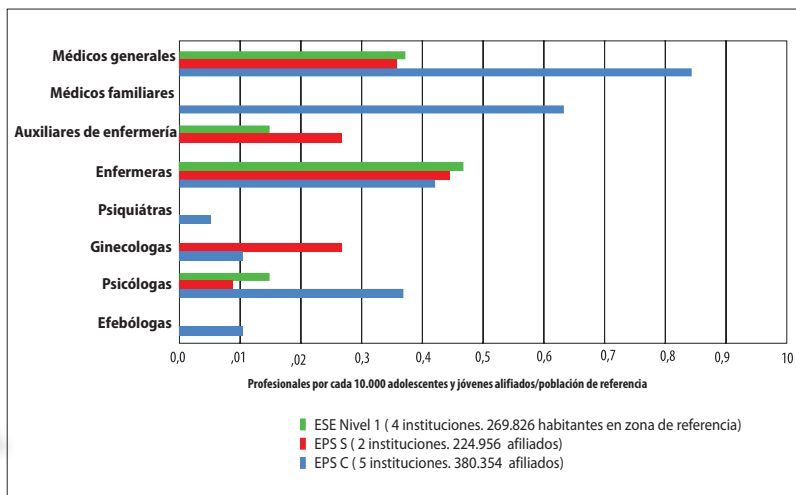
que hay 2.2 veces más profesionales capacitados por adolescente en las EPS-C que en las ESE y 1.8 veces más en las EPS-C que en las del régimen subsidiado.

Oferta de servicios para adolescentes y jóvenes

Todas las instituciones que respondieron esta sección del formulario (seis EPS-C, seis EPS-S, nueve ESE de primer nivel, seis de segundo nivel y uno de tercer nivel) refirieron ofertar servicios de asesoría sobre SSR; atención de casos de violencia, incluyendo abuso sexual; anticoncepción; anticoncepción de emergencia; asesoría y prueba voluntaria de VIH; y control prenatal y atención del parto. Más del 90% de las instituciones refirieron ofertar servicios de atención a las ITS (28/29); citología cervical (27/28); y consulta de detección de alteraciones del desarrollo del joven (26/28).

Se encontraron diferencias entre la proporción de instituciones que refirieron ofertar los servicios de: atención integral a jóvenes viviendo con VIH (72%) ofertada por 12/12 de estas EPS, 6/9 de las ESE de primer nivel y 3/8 de las de segundo y tercer nivel ($p=0.041$ test de

Figura 2. Número de profesionales con formación en atención diferencial de AJ, según tipo de institución, formatos auto diligenciados, Bogotá



Fisher; y de interrupción voluntaria del embarazo (69%) ofertada por 11/12 de estas EPS, 3/9 de las ESE de nivel I y 6/8 de las de nivel II y III ($p=0.018$ test de Fisher. A pesar de la gratuidad de estos servicios en el sistema algunas instituciones refirieron cobros por: atención a las ITS (3/24: 2 EPS-C, 1 ESE de nivel I); consulta de detección de alteraciones del desarrollo del joven 1/24: ESE nivel III; y asesoría y prueba voluntaria de VIH (1/25: ESE nivel III).

Desabastecimiento de medicamentos e insumos

Ninguna de las EPS-C reportó desabastecimiento, en 2009, de alguno de los medicamentos o insumos usados en programas de SSR que se indagó. Por el contrario 5/28 instituciones de las otras categorías admitieron haber tenido al menos un episodio de desabastecimiento de anticonceptivos hormonales (implantes, anticonceptivos orales, inyectables, de emergencia) y 4/28 de preservativos, DIU y pruebas de VIH.

Dificultades en la atención de adolescentes y jóvenes

Se indagó de manera general por dificultades relacionadas con la prestación de servicios que enfrentan las instituciones al intentar responder a lo establecido en la Resolución 412/2000 para la atención de AJ. Aproximadamente dos tercios de las entidades respondieron que tenían dificultades relacionadas con la fragmentación en la contratación y problemas en los procesos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención (16/26). Se evidenció una diferencia significativa entre la proporción de ESE (13/15) y EPS (3/11) que reportaron la fragmentación como problema ($p=0.018$ test de Fisher). La mitad de las instituciones refiere que no hay suficiente demanda de los servicios (14/26) y aproximadamente una tercera parte de las instituciones refieren presentar dificultades relacionadas con infraestructura (10/27), procesos administrativos (9/26), contratación de recurso humano (9/26), disponibilidad de recursos financieros (8/26) y planeación de los servicios (7/26).

Mediación de acudientes para prestar servicios de SSR en adolescentes y jóvenes

Se encontró que un tercio de las instituciones requiere acudiente para la asignación de una cita médica y la administración de MAC a adolescentes (10/28). En este grupo se encuentran la mayoría de las ESE de primer nivel (6/9) donde el requisito aplica para menores de 14 años; para el caso de las EPS (contributivo 2/6, subsidiado 1/5) el requisito es para menores de 18 años. Igualmente, 16 de 26 instituciones respondieron que requieren la presencia de un acudiente tanto para la asesoría como para la realización de procedimientos relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Aspectos relacionados con la participación de adolescentes y jóvenes

A la pregunta de si las instituciones involucran AJ en los procesos de diagnóstico y planeación de los servicios dirigidos a ellos se encontró que tres cuartas partes de las instituciones refieren tener procesos de planeación participativa (20/27) y dos tercios dicen realizar diagnósticos y discusión de alternativas de solución conjuntamente con AJ (17/27). Se destaca que todas las ESE de primer nivel realizan procesos de fortalecimiento de grupos comunitarios reconocidos para apoyar el trabajo realizado por los servicios de salud alrededor de este tema, y sólo una mínima proporción de EPS realizan actividades con estos grupos.

Monitoreo y evaluación

Entre dos terceras y tres cuartas partes de las instituciones refieren realizar sistemáticamente procesos de monitoreo y evaluación para las actividades y programas dirigidos a AJ. Llama la atención que una menor proporción de ESE de segundo y tercer nivel refirieron llevar a cabo procesos de monitoreo (4/8), evaluación (2/8) y auditoría (1/8) al comparar con los otros tipos de institución ($p < 0.05$ test de Fisher).

Indicadores

Algunas de las acciones de detección temprana y protección específica definidas en la Resolución 3384 de 2000 y otros eventos relacionados con la SSR que implementaron las instituciones encuestadas se presentan en la tabla 1. De las 33 instituciones que respondieron el cuestionario, entre 1 y 2 instituciones proporcionaron alguna información relativa para 2000 (3%-6%); entre 10 y 15 para 2005 (30%-45%); entre 16 y 25 para 2008 (48%-76%); y entre 17 y 27 para 2009 (52%-82%). En los indicadores que se analizan más adelante se utilizaron únicamente las entradas que contaban con numerador y denominador coherentes. Para la interpretación de los resultados fue necesario tener en cuenta que existen dificultades importantes para realizar las estimaciones de cobertura de las acciones reportadas por todas las instituciones, entre las que se destacan las siguientes:

- ❖ Subestimación del número de acciones reportadas por las instituciones. Dado que estos datos provienen de reportes de RIPS, cada vez que sus bases de datos se pasan por un validador de RIPS (IPS, EPS, dirección territorial de salud) se pierden registros. El número de entradas perdidas en este paso no está cuantificado y puede variar de institución a institución.
- ❖ Los denominadores no están claramente definidos. Idealmente deben calcularse las coberturas por tiempo de exposición individual. Para el caso del régimen subsidiado se deben tener en cuenta el tiempo de duración de los contratos, las fechas en que estos ocurran y el momento en el que se realiza la carnetización. Para la población afiliada al régimen contributivo se deben tener en cuenta los periodos de cotización (población compensada) y los periodos de afiliación. Fue difícil establecer la población de referencia de las ESE, la mayoría dejaron vacía esta sección. Estas diferencias no están estimadas.
- ❖ Las acciones de detección temprana y protección específica no tienen códigos únicos de procedimientos específicos. La forma en la que se relacionen los códigos de procedimientos existentes (consultas de primera vez y de seguimiento) con el tipo de

diagnóstico registrado (muchas veces inespecífico), determinan el número de acciones registradas para cada una de estas actividades. No están estimadas las posibles subestimaciones sobre estimaciones derivadas de este factor.

Asesoría en planificación familiar

Al comparar las medianas de las coberturas de asesoría en planificación familiar (PF) que los/as AJ recibieron, en 2009 según tipo de institución, se encontró que para todos los grupos de edad las coberturas están lejos tanto de la meta de cumplimiento definida por la norma, como de la proporción de población sexualmente activa por grupo de edad. Se observaron diferencias importantes, especialmente, al comparar los grupos de edad y sexo, siendo evidente la atención ligada a esta temática dirigida primordialmente a mujeres y prácticamente no se oferta estos servicios a menores de edad, no obstante, tener vida sexual activa. El grupo que más atención recibió fue el de las mujeres de 20-24 años y, en las actividades reportadas por las EPS y ESE se pudo verificar que la mitad de las instituciones obtuvo coberturas inferiores a 18% (4/8 EPS y 3/6 ESE, percentil 25= 5%; percentil 75=29%; rango 0-59%).

Asesoría y prueba voluntaria para el VIH

La asesoría y prueba voluntaria de VIH (APV) según la norma debe ofrecerse a toda la población sexualmente activa. De las ocho EPS y seis ESE con información disponible, la mitad de las EPS ha prestado servicios de APV a menos del 7% de las mujeres de 15 a 24 años y la mitad de las ESE a menos del 5% de ellas. Nuevamente se ve que la relación entre la población sexualmente activa está muy lejos de la población que recibe estos servicios. Según lo reportado las EPS ofrecen asesoría pre y pos test a un número de personas equivalente. En contraste, según las cifras reportadas por las ESE, aproximadamente la mitad de las mujeres y dos terceras partes de los hombres entre los 15 y 24 años que reciben APV no tienen procesos de asesoría pos test.

Género y servicios de salud sexual y reproductiva

Respecto a la relación de mujeres por cada hombre que reciben asesoría en planificación familiar y APV para VIH se observa que existe una gran disparidad de género, siendo muy superior el número de mujeres que recibe estas intervenciones (9 EPS y 12 ESE contaban con información para este indicador). Para el grupo de 20 a 24 años la mitad de las instituciones ofrecen asesoría en PF a 53 o más mujeres por cada hombre (P25= 22:1; P75=97:1, rango 1:1 a 767:1). Para el caso de la APV para VIH esta relación se acerca a 20:1 para las mismas categorías. Estos hallazgos sugieren que los servicios anotados se ligan primordialmente al ejercicio reproductivo y éste se relaciona de manera desproporcionada con la condición de ser mujer.

Toma de citología cervical

Para el análisis de este indicador es necesario tener en cuenta la norma técnica que establece el esquema 1-1-3 para la realización de la citología cervical (CCV), (si el resultado de la primera citología es normal se realiza una segunda al año, si esta segunda es normal se cita a la mujer para otra CCV en tres años) y las matrices de programación de acciones de detección temprana y protección específica que requieren anualmente se use como denominador toda la población del grupo de edad objetivo de este programa. También es de resaltar que en la norma la edad en la que se sugiere iniciar la toma de CCV es a los 21 años (MPS y Cancerología), por lo tanto, no se programan CCV en mujeres adolescentes. Para el grupo de 20 a 24 años la mitad de las instituciones tiene coberturas inferiores a 14% (8 EPS y 6 ESE; P25= 6%, P75=21%; rango 0-68%).

Tabla 1. Población de 10 a 24 años, número de actividades de asesoría en PF, APV de VIH y toma de CCV reportadas para 2008 y 2009 por tipo de institución y número de instituciones que respondieron cada campo

TIPO INSTITUCIÓN	EPS C		EPS S		TOTAL EPS		ESE I		ESE II Y III		TOTAL ESE		TOTAL	
	ACTIVIDADES	N	ACTIVIDADES	N	ACTIVIDADES	N	ACTIVIDADES	N	ACTIVIDADES	N	ACTIVIDADES	N	ACTIVIDADES	N
INSTITUCIONES RESPONDIERON	7/15		9/9		16/24		9/10		8/12		17/22		33/46	
NÚMERO DE AFILIADOS/POBLACIÓN DE REFERENCIA POR AÑO POR SEXO EN BOGOTÁ D.C.														
Hombres	2008	222,815	6	225,539	8	448,354	14	197,879	4	4,357	1	202,236	5	650,59
Mujeres	2008	229,648	6	229,122	8	458,77	14	223,402	4	4,401	1	227,803	5	686,573
Hombres	2009	195,268	6	239,98	8	435,248	14	238,997	4	63,898	2	302,895	6	738,143
Mujeres	2009	187,439	6	245,724	8	433,163	14	274,418	4	178,312	3	452,73	7	885,893
ASESORÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN LOS SIGUIENTES AÑOS POR SEXO EN BOGOTÁ D.C.														
Mujeres	2008	26,86	4	199,121	9	225,981	13	33,137	8	2,352	4	35,489	12	261,47
Hombres	2008	162	3	128,087	8	128,249	11	3,791	8	41	2	3,832	10	132,081
Mujeres	2009	36,147	5	200,434	9	236,581	14	37,794	8	3,23	5	41,024	13	277,605
Hombres	2009	751	4	130,056	8	130,807	12	3,547	8	66	3	3,613	11	134,42
NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBIERON ASESORÍA PRE TEST Y PRUEBA VOLUNTARIA DE VIH EN LOS SIGUIENTES AÑOS POR SEXO EN BOGOTÁ D.C.														
Mujeres	2008	10,843	3	3,126	4	13,969	7	9,744	7	2,283	3	12,027	10	25,996
Hombres	2008	1,79	3	86	4	1,876	7	1,114	7	189	3	1,303	10	3,179
Mujeres	2009	12,99	4	4,031	4	17,021	8	12,08	7	2,404	5	14,484	12	31,505
Hombres	2009	2,753	4	160	4	2,913	8	950	7	467	5	1,417	12	4,33
NÚMERO DE MUJERES QUE TUVIERON TOMA DE CITOLOGÍA VAGINAL POR PRIMERA VEZ EN LOS SIGUIENTES AÑOS EN BOGOTÁ D.C.														
Total	2008	6,04	4	36,835		42,875	12	22,518	8	2,983	3	25,501	11	68,376
Total	2009	7,464	4	44,507		51,971	12	18,808	7	2,975	3	21,783	10	73,754

Fuente: Formatos autodilenciados, Bogotá.

Convenciones: n: número de instituciones que responde cada campo. Tipo de institución: EPS-C, EPS-S, ESE nivel I, II y III.

Consulta de detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo del joven

Los datos disponibles de tres EPS y seis ESE para 2009 relacionados este indicador muestran diferencias entre tipo de institución, grupos de edad y sexo. La mayor proporción de población cubierta por esta actividad se encuentra en el grupo de mujeres menores de 15 años, afiliadas a EPS (21%, 38% y 39% de las tres EPS para este grupo de edad). La cobertura de esta actividad en las ESE es muy limitada a diferencia de lo que ocurre con los otros servicios y en las EPS, y la proporción de hombres atendidos para esta consulta es superior a la de mujeres en menores de 20 años.

Es importante anotar los problemas respecto al cálculo de cobertura de servicios para esta actividad. De acuerdo con la norma técnica entre los 10 y los 29 años, en un periodo de 20 años, solo se programan cuatro atenciones, una por grupo (entre 10-13 años, entre 14-16 años, entre 17-21 años y entre 22-29 años) y en cada vigencia contractual se debe incluir el total de la población en los denominadores de las matrices de programación, sin tener en cuenta los grupos establecidos ni las coberturas obtenidas en los contratos anteriores. También vale la pena mencionar la gran diferencia que hay entre las metas de programación establecidas para los regímenes subsidiado y contributivo (70% y 20% respectivamente).

Violencia

En el cuestionario de indicadores se solicitó el número de casos de violencia notificados por institución, incluyendo abuso sexual. El número de eventos registrados por cada 1.000 afiliados/población de referencia de cada institución tiene medianas inferiores a 10 para todas las categorías incluidas (información disponible para cuatro EPS-C y cinco ESE). Se observan diferencias en los eventos registrados entre tipo de institución, siendo casi inexistente la notificación de casos en las EPS-C.

Desempeño régimen subsidiado

Para medir el desempeño de las nueve EPS-S que tienen contratos en Bogotá con base en el cumplimiento de las metas establecidas para las actividades de protección específica y detección temprana (según lo definido en la Resolución 3384 de 2000) se usaron fuentes secundarias provenientes de la dirección de aseguramiento de la SDS (Cárdenas and Cetina (2010); Cárdenas and Estupiñan (2009). Durante la vigencia abril 2009–marzo 2010 la SDS asignó 1.580.571 personas a las EPS-S, de las cuales 1.352.373 fueron carnetizadas (85,5%), es decir, que uno de cada siete individuos asignados al Régimen Subsidiado no recibió su carné.

Los 22 indicadores trazadores definidos por la Resolución 3384 de 2000¹ se evalúan de acuerdo con las categorías de: fallas de programación (indicadores que superan el 100%), cumplimiento óptimo (87-100%), aceptable (75,5-86,9%), deficiente (54-75%) y muy deficiente (<54%). Este indicador compuesto resume el desempeño de las EPS-S respecto al cumplimiento de las metas programadas para las actividades establecidas por dicha resolución (actividades programadas por cada EPS-S/actividades realizadas por cada EPS-S x 100%).

Para el periodo 2009-2010 menos del 5% de los indicadores trazadores recibieron calificación de óptimos o aceptables, más de la mitad

- 1** Los indicadores trazadores son: 1) Dosis anti-hepatitis B aplicadas en <1 año; 2) Dosis DPT aplicadas en <5 años; 3) Aplicación de sellantes; 4) Control de placa bacteriana; 5) Atención del parto y cesárea; 6) Aplicación Triple Viral; 7) Examen de TSH; 8) Consulta de control por médico/a; 9) Consultas de Planificación Familiar de primera vez (por médico/a o Enfermera), 10) Consultas de Planificación Familiar de control (por Médico/a o Enfermera/o), 11) Esterilización masculina y femenina (Oclusión tubárica bilateral y Vasectomía); 12) Consulta médica de primera vez; 13) Consulta de control por Enfermería; 14) Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años); Consulta médica de primera vez; 15) Consulta prenatal de primera vez por médico/a; 16) Serología VDRL – RPR; 17) Consulta de control prenatal por médico/a; 18) Consulta de control prenatal por Enfermera; 19) Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años). Consulta médica; 20) Detección temprana del cáncer de cuello uterino. Citologías; 21) Tamizaje visual 4, 11, 16 y 45 años; 22) Consulta primera vez oftalmólogo 65 70 75 80 y más.

de deficiente o muy deficiente (54%) y aproximadamente un tercio de falla de programación (32%). De acuerdo con la evaluación realizada por la SDS siete EPS-S (78%) tuvieron desempeño deficiente y las dos restantes muy deficiente. Al evaluar el desempeño de todas las EPS-S en conjunto Bogotá tuvo una calificación muy deficiente al obtener un cumplimiento global de 48% de las actividades programadas.

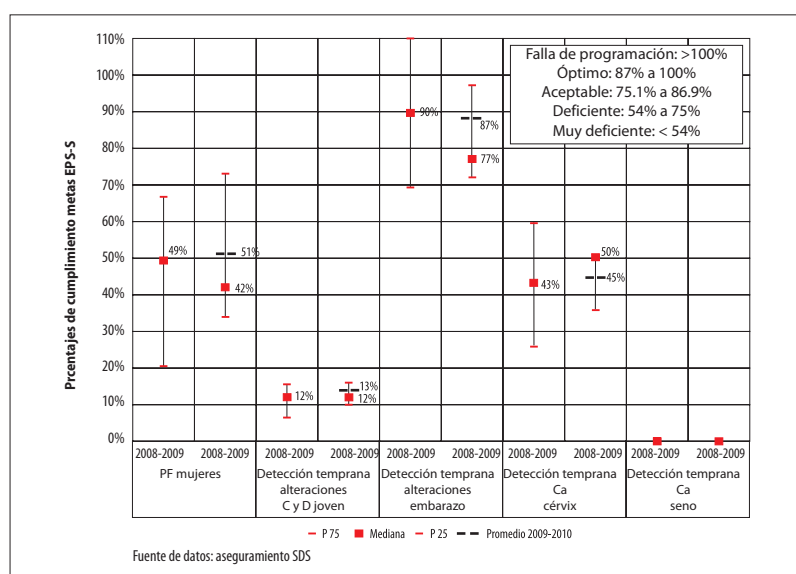
En la Figura 3 se observa que para las EPS-S el programa de PF en mujeres tuvo un desempeño muy deficiente (mediana 42%). Según los hallazgos el cumplimiento de la primera consulta de PF está por encima de lo programado (323%), mientras que las consultas de control están muy por debajo de lo programado (34%), lo cual deja en evidencia una gran debilidad en la capacidad de seguimiento y de adecuada orientación a las usuarias en relación con el uso de MAC. El desempeño de las EPS-S respecto a la consulta de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo del joven también es muy deficiente (mediana 12%). De los indicadores analizados el único con una calificación aceptable es el de detección temprana de alteraciones del embarazo (mediana 77%). En la misma figura se ve que para el programa de detección temprana de cáncer de cérvix la mayoría de EPS-S tienen calificación muy deficiente (mediana 50%). Así mismo, se muestra un desempeño de 0% para el programa de detección temprana de cáncer de mama. A pesar de su importancia este último programa no está incluido en el POS-S y por ende, no se incluye entre los programas a implementar en este régimen.

Sistema de información distrital sobre barreras sectoriales a la garantía del derecho a la salud - SIDBA

Durante el 2010 se registraron 95,781 eventos para AJ entre los 10 y los 26 años en el SIDBA. De estos casos, 7,395 (7,7%) se tipificaron como barreras de acceso a los servicios de salud. Del total de registros, 98,4% recibieron orientaciones para intentar superar la problemática que motivó acercarse al sistema. Los cinco principales motivos de barreras registrados correspondientes a más de tres cuartas partes del total de quejas (77%), son: dificultad de acceso a servicios por inconsistencias en base de datos, dificultad para prestación servicios

POS, inadecuada orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar, prestación de servicios en lugares retirados de donde reside el usuario y, no oportunidad en la autorización de servicios por parte de otros entes territoriales².

Figura 3. Porcentaje de cumplimiento de metas definidas en la matriz de programación para algunas actividades de detección temprana y protección específica de las nueve EPS-S de Bogotá, 2008-2009



Fuente: Comparación periodos de contratación 2008-2009 y 2009-2010. Dirección de aseguramiento SDS.

Observaciones directas

Se realizaron 16 observaciones directas, nueve en ESE y siete en IPSp de las EPS del régimen contributivo o privadas. Ocho en la localidad de Kennedy (cuatro en ESE, cuatro en IPSp) y ocho en la localidad de

² Se refiere a: 1) No autorización de servicios para la resolución de la atención inicial de urgencias o de atenciones derivadas, 2) Remisión no oportuna de autorizaciones, 3) dificultad para el contacto con el Ente Territorial vía telefónica, fax o web.

Suba (cinco en ESE y tres en IPSp). Se observó que únicamente en dos de las 16 instituciones visitadas tienen un servicio diferenciado para la atención de AJ (dos sedes de la ESE de Suba); una de las 16 tiene señalización visible indicando que se prestan servicios para este grupo poblacional, e invitando a consultarlos, es la única con decoración llamativa para jóvenes. En dos de las 16 instituciones se encontró personal que orientaba a adolescentes sobre servicios de SSR y dos instituciones con información visible sobre el derecho a la confidencialidad de la atención.

La gran mayoría (13 de 16) exigen la presencia de acudiente para que AJ sean atendidos, las ESE tienen para menores de 14 años y algunas IPSp para menores de 18 años. En una institución se encontró un aviso que dice “las gestantes adolescentes deben acudir a consulta con adultos con capacidad de comprensión”. En general tienen poca o ninguna información promocional de los servicios. En varias mencionaron que se debía al proceso de habilitación que impide usar afiches propios. Aunque en los formatos autodiligenciados 80% de las instituciones afirmaron usar folletos para promover los servicios, únicamente en tres de las visitadas (19%) se encontraron folletos y material informativo sobre servicios ofrecidos por la institución y en ninguna de las visitadas revistas, materiales educativos o juegos en las salas de espera.

El proceso de agendar citas constituye una barrera que puede limitar el acceso y la oportunidad en la prestación de los servicios. En 10 de las 16 instituciones se pueden pedir citas telefónicamente. En las ESE se encontraron sedes que agendan consultas diariamente en las primeras horas y en cuatro visitas se encontraron filas muy extensas para la asignación de pocos cupos. En cuatro instituciones informaron que agendaban las consultas con especialistas los tres primeros días del mes. En un caso se encontró que asignaban citas de control sólo los lunes de 6 a 10 am para realizar la consulta la semana siguiente. Dos IPSp informaron que la oportunidad de citas para consulta de planificación familiar era de dos semanas.

En la mayoría de las sedes de las ESE de las dos localidades (8/9) no se cobra por los servicios de SSR (ninguna de las de primer nivel para consulta prenatal o consulta de planificación familiar específi-

camente), mientras que en la mayoría de las IPSp (5/7) requerían de copagos. En al menos una institución se encontró un aviso requiriendo copia de los documentos de identificación y afiliación como condición para recibir la atención.

En la mayoría de las instituciones dijeron tener disponibilidad de MAC. En tres casos informaron que remitían a otra sede o farmacia fuera de la institución para su entrega. En cinco instituciones informaron que referían las pacientes a otras instituciones para la colocación de implantes subdérmicos o DIU. Una IPSp informó que atiende a todas las gestantes en una sede que queda en una localidad diferente.

Resultados cualitativos

El análisis de las entrevistas se basó en un esquema general de codificación con 20 categorías generales, construidas inicialmente a partir de la literatura, a las que se sumaron categorías y subcategorías emergentes que aparecieron de manera reiterativa durante el proceso de codificación y análisis. Estas categorías se compararon de acuerdo con el grupo de edad, género, embarazo, antecedente de ITS y afiliación al SGSSS. Los hallazgos más relevantes del componente cualitativo se encuentran a continuación.

Percepciones de adolescentes y jóvenes

Este aparte refleja las voces de 128 adolescentes y jóvenes entre los 10 y 24 años, hombres y mujeres, entrevistados individualmente (30) y de forma colectiva en 14 grupos focales (98). Los principales hallazgos se describen de acuerdo con cada uno de los ejes temáticos utilizados para el análisis de la información provista por AJ, en los casos pertinentes se anotan aspectos específicos para algún grupo de edad.

La información sobre SSR a la que tienen acceso AJ proviene principalmente de la familia, las instituciones educativas y los amigos. Para el grupo de 10 a 14 años la principal fuente de información suele ser la madre. En contraste, para el grupo de 15 a 24 años, los amigos y los medios. Sentimientos de vergüenza, pena y temor a las reacciones

"De pronto es como los comentarios, digamos llega uno un día al colegio y alguien llega diciendo: que anoche yo estuve con una nena y que se siente muy bacano y entonces uno como que uy me estoy quedando atrás [...] entonces eso lo lleva a uno como a hacer algo desesperado sin tener la información para hacerlo y muchas veces el que lo dijo ni siquiera lo hizo, sino que es por decir, por hablar..." (Hombre 15 a 19 años)

"...pensaba de que tenía miedo de quedar embarazada. No sé, tenía miedo, pero en realidad nunca pensé que fuera a quedar embarazada, mucho menos la primera vez." (Mujer 15 a 19 años)

"...yo no quería un bebé, o sea, a mí me parecía muy lindo y todo, sí, pero igual no conocía ningún otro método así como de planificación y pues tampoco le puse como mucho cuidado, o sea, yo pensé que uno no..." (Mujer Gestante 20 a 24 años)

"...para mí una relación sexual es digamos la relación sentimental, entonces es que yo la quiero... El sexo ya es como tenerlo con varias parejas." (Hombre 15 a 19 años)

"Yo le dije a mi mamá que yo no quería tener un hijo que me conociera viejita, y dijo: 'pero es que yo la tuve a usted a los 21 y a mí no me parece viejita' y yo le dije que a mí no me gustaría así... ella tiene 35, me parece." (Mujer 15 a 19 años)

".. El VIH es el virus y el SIDA es la enfermedad. El SIDA es la etapa terminal de cuando el virus ya está en tu cuerpo y están debilitados los glóbulos blancos, entonces es muy difícil que tú salgas de esa etapa porque hace resistencia a todos los medicamentos, que significa que tú te los tomas, pero no te hacen nada y el cuerpo sigue decayendo." (Mujer viviendo con VIH, 15 a 19 años)

"Ir al centro de salud, me parece todo aburrido, jarto. No sé por qué, pero me parece aburrido y las enfermeras son así todas ogras..." (Mujer 10 a 14 años)

"Uno digamos tiene que ir allá a las 3 de la mañana y a las 7 y media entregan la ficha. Y uno tiene que esperar a que digamos... uno pasa, le dan la cita, pero no pa'l mismo día ... Y eso va harta gente y entregan por ahí solo 20 fichas" (Gestante 15 a 19 años)

de los padres, educadores y personal de salud son aducidos con frecuencia como razones para no buscar activamente información sobre el tema. Los/as cuidadores/as primarios suelen plantear el tema del ejercicio de la sexualidad más en un sentido de advertencia ("tiene que cuidarse"), sin explicar los métodos para hacerlo.

En las niñas las madres hacen énfasis en informar sobre cambios relacionados con la menarquía, mientras que el padre es fuente de información principalmente de los hijos varones, especialmente en temas de embarazo, ITS y el uso del condón.

Este comportamiento suele acompañarse de un reconocimiento del ejercicio de la sexualidad masculina, así como de un respaldo explícito y facilitación del acceso a MAC. En contraste, la participación del padre en la educación sexual de sus hijas es limitada y, cuando aparece referenciada, suele circunscribirse a las advertencias sobre los riesgos de abuso y las connotaciones sociales de la pérdida de la virginidad.

En general el adolescente recibe educación sobre sexualidad y SSR a lo largo de su formación escolar. La frecuencia con que se aborda este tema varía según la institución y no parece estar incluido dentro de un plan curricular al que se le asignen horarios y responsables directos.

De acuerdo con AJ, la educación sexual se delega en profesionales sin vínculo formal con la comunidad escolar, pertenecientes a diferentes instituciones que se encargan de dar charlas informativas y talleres eventuales, con frecuencia empresas comercializadoras de toallas higiénicas. Los contenidos de las actividades pedagógicas sobre SSR durante la primaria comprenden aspectos del desarrollo físico, mientras que en la secundaria se abordan temas como las ITS, el embarazo y la anticoncepción, contenidos que el adolescente considera reiterativos. Según adolescentes de instituciones educativas con orientación cristiana, en ellas priman los mensajes explícitos de abstinencia sexual antes del matrimonio.

La información recibida a través de la televisión es de fácil recordación e impacto en el nivel emocional. El Internet es usado con mayor frecuencia después de los 15 años, a pesar de que los/as AJ, con frecuencia, dudan de la confiabilidad y veracidad de esta fuente. Sin embargo, les gusta porque la información se puede buscar de forma individual sin pasar por la “vergüenza” de preguntar, además, pueden explorar temas relacionados con la vivencia de la sexualidad que usualmente no tratan con padres o profesores.

“... hubiera querido decirle..., yo sí quería planificar, quería un método para planificar, pero pues como siempre entraba con mi mamá no... no le podía decir al doctor “doctor yo quiero planificar” mas ellos si le daban una opción a uno de planificar.” (Gestante 15 a 19 años)

“De aquí a allá me queda siempre lejos. Por eso es que a veces no voy al médico, porque hay veces que uno no tiene para los transportes ni nada, entonces a uno le toca quedarse en la casa cuando está enfermo” (Mujer 20 a 24 años en situación de desplazamiento)

...atienden de ocho de la mañana a tres de la tarde... uno llega, pide la ficha en recepción, entra y espera a que lo llamen dependiendo del turno que le den” (Mujer 15 a 19 historia ITS)

“...Es una doctora muy buena, ella es toda cariñosita, es muy amable... cuando me tocó pedir la segunda cita con el ginecólogo, fue con un hombre y ese señor también ha sido también...” (Gestante de 10 a 24 años)

“...Hay papás que les da miedo hablarle a los hijos de eso, simplemente miedo y puede que sepan mucho, pero si el colegio formara tanto a los papás como a los alumnos, sería mucho mejor” (Gestante 20 a 24 años)

“Que pusieran más médicos, [...] y que los celadores no fueran tan groseros, ay, hay muchos que tratan mal a la gente, lo mismo ese señor que factura, también nos trata mal” (Gestante de 15 a 19 años)

“Que se dé más información sobre los servicios amigables porque a los jóvenes nos gustaría saber más sobre eso, porque no muchos lo saben, digamos yo sé un poco, pero no todo y digamos no solo en pancartas o en el hospital porque como digo hay muchos jóvenes que no van al hospital, entonces que se peguen posters en las ventanas, avisos, o simplemente por la emisora o por la televisión...” (Mujer 15 a 19 años con ITS)

Según AJ entrevistados las instituciones de salud no constituyen una fuente relevante de información para temas de SSR, excepto en casos de embarazo e ITS. La mayoría refiere que no buscarían atención en las instituciones de salud, sino en caso de enfermedad; específicamente las gestantes adolescentes refieren haber accedido a los servicios de SSR por primera vez en el control prenatal.

AJ expresan claramente preferencia por conversar con sus pares acerca de las relaciones sexuales para no sentirse juzgados. Igual-

mente, manifiestan predilección por ampliar con los pares su información sobre MAC, embarazo e ITS. En las entrevistas se evidenció el papel importante que tiene la imitación, la búsqueda de aceptación y la influencia del grupo de pares.

Con relación al conocimiento sobre sexualidad y métodos anti-conceptivos se encontró que, en general, la palabra “sexualidad” suele ser utilizada en el contexto de una relación basada en el afecto y el compromiso; mientras que el término “sexo” lo relacionan con encuentros ocasionales. En general, las/os adolescentes conocen los MAC y poseen información sobre el preservativo y la doble protección que éste ofrece. Se percibe el uso de preservativo como algo incómodo que altera la sensibilidad y por lo tanto, no es usado de manera regular. En el grupo de jóvenes de 20 a 24 años se presentaron ideas negativas sobre la planificación.

Muchos de los/as adolescentes del grupo de 10 a 19 años ven el embarazo adolescente como un obstáculo para el logro de sus metas académicas y profesionales. En el grupo de jóvenes de 20 a 24 años la idea del embarazo se acepta como parte de la vida en pareja. Algunos adolescentes sin historia de embarazo señalan el deseo de ser “padres jóvenes” por la idea de que sus hijos no los vean “tan viejos”. En el grupo de adolescentes gestantes se observó una idealización del embarazo. Las adolescentes invocan al amor hacia la pareja como la razón para la búsqueda deliberada de una maternidad temprana.

El conocimiento sobre ITS se restringe al reconocimiento de algunas enfermedades, principalmente el VIH/SIDA; pero en general parece haber vacíos conceptuales en los síntomas, mecanismos de transmisión, implicaciones en la salud o el tratamiento de las mismas. Por su lado, los jóvenes viviendo con VIH secundario a transmisión perinatal, y atendidos en fundaciones especializadas, tienen un dominio excepcional del tema y una aceptación que refleja la integración de esta experiencia en su sentido de identidad. En general las/os adolescentes entrevistados desconocen la existencia de servicios públicos diferenciales de salud para la atención al joven. Igualmente, desconocen su derecho a la confidencialidad y a ser atendidos sin acudientes o familiares.

Acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva

La experiencia de AJ de 10 a 19 años con el uso de servicios de SSR parecer ser bastante limitada. Algunos/as adolescentes han asistido a atención médica por motivos diferentes a temas relacionados con SSR, refiriendo una atención oportuna y adecuada. El grupo entre 20 y 24 años y adolescentes con historia de embarazo son los que han tenido un contacto más cercano con las instituciones prestadoras de servicios de salud en temáticas de SSR.

Dentro de las barreras de acceso a los servicios de salud más mencionadas están: mitos e imaginarios tales como el rechazo y la estigmatización por el ejercicio de la sexualidad, relatos de personas cercanas e información de los medios de comunicación; vergüenza por la adquisición del preservativo, especialmente en los adolescentes menores de 19 años; inconformidad con los múltiples trámites requeridos para acceder a los servicios de SSR, entre otras por la necesidad de hacer largas filas desde la madrugada para poder recibir una ficha de solicitud de cita médica.

Las barreras mencionadas por adolescentes de 10 a 14 años en la búsqueda de MAC son, entre otras, negación de la información o trabas para brindar asesoría y suministro de métodos por parte de prestadores/as, aduciendo que no están en edad de iniciar relaciones sexuales. Entre los obstáculos para acceder a los métodos de regulación de la fecundidad se mencionaron la exigencia de múltiples trámites tales como pruebas de embarazos en adolescentes que ya venían planificando o la toma de CCV previa al inicio del método. Con mayor frecuencia entre 15 y 24 años se considera un obstáculo la exigencia de un acompañante adulto cuidador para atender la consulta, solicitud común hecha en múltiples servicios de salud.

Algunos/as adolescentes refieren actitudes negativas e incluso abusos cometidos por parte del personal de salud. Cerca de la mitad de las adolescentes con historia de embarazo mencionan actitudes negativas del personal de salud hacia el embarazo a temprana edad.

Las barreras a las que se enfrentan AJ en situación de desplazamiento están relacionadas primordialmente con el sistema de afi-

liación y el desconocimiento de sus rutas de acceso. La información recolectada sugiere que esta población es la que más sufre el impacto negativo de las distancias y costos de transporte para acceder a los servicios de salud.

Elementos que se hallaron como facilitadores del acceso a los servicios de salud en general y a los de SSR en particular son: conocimiento sobre el tipo de afiliación y rutas para acceder a los servicios; posibilidad de solicitar citas por teléfono; horarios amplios de atención de algunos servicios; actitud amable del personal; programas comunitarios como Salud a su Casa y Salud al Colegio; entrega de MAC en el mismo centro de atención o en un sitio cercano a éste; atención en la consulta sin necesidad de un adulto cuidador; gratuidad de los servicios y una actitud diferencial con las gestantes, incluyendo la asignación de la siguiente cita de control prenatal inmediatamente posterior a la cita médica actual.

Propuestas

AJ de todas las edades proponen para mejorar el acceso a la información sobre SSR un abordaje claro de la sexualidad por parte de los padres y sugieren que las instituciones educativas y de salud refuercen la comunicación familiar. Así mismo, recomiendan una educación sexual integral en los colegios bien sea con una cátedra específica o con la asignación de un tiempo específico, utilizando estrategias didácticas innovadoras. Igualmente, proponen la existencia de un sitio web confiable para consultar. A los/as adolescentes les gustaría que los temas abordados no se limitaran a los MAC o al riesgo de ITS. La población LGBTI hace un llamado al uso de un lenguaje incluyente en las campañas de información. Por su lado, las entrevistadas con historia de embarazo sugieren que desde temprana edad se refuerce la información sobre las consecuencias psicosociales del embarazo adolescente.

Con relación a los servicios de salud, los/as AJ les gustaría que los prestadores/as mostraran una actitud abierta, cálida, no prejuiciosa y sensible a sus necesidades. Aparece de forma reiterativa la necesidad de un mayor número de médicos/as disponibles para la atención mé-

dica, lo cual facilitaría la oportunidad de cita. Lo que más les interesa a AJ en términos de infraestructura es que el sitio donde los atienden sea limpio, preferiblemente de color blanco y sin malos olores. Pocos entrevistados/as sugirieron un lugar de atención exclusivo para los/as adolescentes para evitar la estigmatización. Recalcan la importancia de la interacción con la comunidad como mecanismo para facilitar la divulgación de los servicios de salud específicos para jóvenes.

Opiniones de los cuidadores

La información de este grupo se obtuvo del análisis de cuatro grupos focales de discusión – dos con padres y madres de la localidad de Kennedy, uno con padres y madres de la localidad de Suba y un grupo de profesores y orientadores de Suba. Se tuvieron en cuenta tres ejes temáticos: la visión que tienen los/as cuidadores/as sobre la SSR de AJ; los factores que consideran que intervienen en su acceso a los servicios de SSR y las propuestas para mejorar la situación de la SSR de AJ de Bogotá.

La principal preocupación parental con relación a la SSR de AJ suele centrarse en el embarazo y las ITS más que en el inicio de relaciones sexuales. En contraste, las/os docentes muestran mayor preocupación sobre el inicio mismo de la actividad sexual. Para los/as cuidadores/as los adolescentes poseen información sobre métodos de planificación, siendo sus pares y los medios de comunicación las principales fuentes a las que acuden, lo cual, según ellos, genera desinformación que puede llegar a ser perjudicial para el/la adolescente.

En general, la percepción de padres y madres sobre la educación sexual es positiva y aceptan que las instituciones educativas provean información clara sobre los métodos de regulación de la fertilidad pues ellos tienen dificultades para abordar estos temas con sus hijos e hijas. De otra parte, los/as docentes consideran que actualmente la educación sexual está centrada en temas relacionados con la “coitalidad” y que debería abarcar más aspectos relacionados con el proyecto de vida del estudiante. Igualmente, les preocupa la responsabilidad que las familias y la sociedad están delegando sobre las instituciones educativas.

Con relación al acceso a los servicios de SSR se exploró qué tanto cuidadores/as ayudan o lo obstaculizan y cuáles eran las barreras o facilitadores que identificaban para que los menores accedieran o no a los servicios. En general, la familia suele ofrecer apoyo que va más allá del acceso a servicios o productos. En los/as docentes se observó una postura más enfocada en la abstinencia que en dar información sobre el uso de los servicios disponibles para los AJ.

Tanto padres y madres como docentes mencionaron diversos mitos alrededor de los MAC tales como su baja efectividad, daños a la salud o efectos secundarios y el supuesto de que hablarles a los adolescentes sobre sexualidad o MAC estimula el inicio temprano de su actividad sexual. En general los/as cuidadores/as entrevistados/as desconocen la existencia de los servicios amigables para jóvenes. Otros factores señalados por las/os cuidadores como barreras son las dificultades económicas para asumir los gastos relacionados con la consulta, incluyendo el costo de los MAC, la demora en conseguir cita o en ser atendidos, la exigencia del ingreso de padres o acudientes a la consulta, requisito de cita médica previa a la entrega de MAC, falta de sensibilidad de los/as profesionales para explicar o aclarar diagnósticos.

Tanto padres como docentes proponen dar mayor importancia al papel de la familia en la educación sexual y enfatizan el rol complementario de las instituciones educativas en este aspecto. Las propuestas desde el sector educativo incluyeron principalmente el trabajo participativo involucrando a personal calificado, la atención rápida, oportuna y cálida en los servicios de salud y una mayor oferta de servicios.

Opiniones de prestadores de servicios de salud

Los hallazgos de esta aparte corresponden a entrevistas realizadas a dos especialistas en ginecología y obstetricia, un médico familiar, dos médicos generales, tres enfermeras jefes, una psicóloga y una trabajadora social, sobre los servicios de SSR ofertados a AJ, así como las barreras y facilitadores en esa atención incluyendo la experiencia

personal, los procesos de capacitación institucional en el tema y las propuestas para mejorar el acceso a dichos servicios.

Con relación a los servicios de SSR que la institución oferta para AJ, los/as prestadores/as consideran que en los servicios de atención diferenciada, la consulta para AJ es de promoción y prevención, no resolutive y centrada en identificación de riesgos en salud física, situación económica y de violencia e involucra aspectos relacionados con el proyecto de vida. Señalan que, especialmente en las ESE, la

“No hay un programa para captar a la adolescente y dejarla en la institución y manejarla ahí. Toca direccionarla porque por la estratificación de los hospitales hay incongruencia en el manejo de programas de planificación, de la embarazada de alto riesgo, o del seguimiento de la paciente después del parto, por decir algo... entonces eso queda para otro nivel.” (Prestador ESE nivel III)

“En esta UPA los jóvenes entran por consulta directamente conmigo, no necesitan remisión médica, no necesitan un consentimiento informado por parte del papá o de la mamá y no importa la edad en la que vengan. Si ellos necesitan consulta y una asesoría se les accede directamente al servicio sin ningún inconveniente”. (Prestadora ESE nivel I - Consulta diferenciada)

“He sido capacitada en detección temprana de alteraciones del joven, en planificación familiar, posteriormente he recibido capacitaciones sobre asesoría en salud sexual y reproductiva, también he recibido la capacitación del VIH y estoy certificada para asesoría pre test y post test del VIH [...] y auto examen de seno...” (Prestadora ESE nivel I - Consulta diferenciada).

“Nadie ha recibido capacitación con relación a la interrupción voluntaria del embarazo” (Prestador- ESE Nivel I).

“Ellos tienen la capacidad para tomar decisiones, pero dependiendo también del tipo de adolescente. Porque si es un adolescente responsable, consciente de lo que está haciendo, sí. Pero si es un adolescente que no es responsable, que no es consciente de lo que está haciendo y que lo hace por buscar placer y satisfacción, pues yo digo que no” [...] Yo siempre pongo un límite de edad entre 18 y 24 años, a esa edad ellos ya están en capacidad...” (Médica IPS pública—Consulta diferenciada).

“Menores de 14 años no, no tienen autonomía para eso. Mayores de 14 años sí, aunque para el VIH también tienen que venir acompañados [...] por norma no lo debemos hacer. Menores de 14 años deben entrar con el acompañante” (Médica IPS pública).

organización de servicios dificulta la atención integral, oportuna y continua a AJ en todos los niveles de atención, prevaleciendo falta de interés institucional por desarrollar programas y acciones de promoción y prevención en SSR dirigidos a AJ. Esta situación es distinta en servicios con consulta diferenciada ya establecida donde los/as prestadores/as resaltan el compromiso institucional por adaptar el modelo de SSAAJ. Parece haber consenso entre los entrevistados que el modelo de SSAAJ es un buen punto de partida para mejorar la calidad y acceso a servicios para AJ, manifestando, no obstante, que las recomendaciones para desarrollar el modelo son demasiado laxas, sin suficiente orientación de carácter operativo ni acompañamiento que facilite su implementación.

La información recolectada sugiere que, a excepción de algunos lugares con consulta diferenciada, los servicios existentes no tienen equipos interdisciplinarios ni puntos focales o personas encargadas de los servicios de SSR para AJ. Cuando no hay consulta diferenciada la enfermera jefe de los programas de P y P es quien atiende los casos relacionados con métodos de regulación de la fecundidad, toma de citologías o control de crecimiento y desarrollo. Los datos sugieren que en instituciones con atención diferenciada AJ enfrentan menos barreras para acceder a los servicios de SSR; no obstante, los prestadores señalan que, en algunas instituciones, las/os adolescentes son remitidos a otros puntos de atención de la misma institución o a una farmacia fuera de la institución para poder recibir los MAC.

La falta de formación del personal en SSR de AJ es una de las principales quejas de los/as prestadores/as entrevistados/as señalando recibir poca o ninguna capacitación en SSR en los últimos años.

Los datos sugieren que hay mayor oportunidad de formación en esta temática en instituciones con SSAAJ. Los temas de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y anticoncepción de emergencia parecen ser los que menor socialización tienen. Otros temas de interés para prestadores/as, pero poco contemplados en las capacitaciones son: identidad de género, orientaciones sexuales y autonomía de AJ.

“Se molestan con la situación, o sea, estoy haciendo la consulta y la asesoría de planificación, de salud sexual y reproductiva, pero las mamás piensan que uno como médico está incitando al joven a tener relaciones sexuales y eso me ha pasado ya en varios casos. Entonces le tengo que explicar a la mamá[...]... le explico todo, pero las mamás no entienden eso, no quieren que sus hijas inicien una vida sexual a temprana edad. Es lo que he captado aquí en mi consulta” (Prestadora ESE Nivel I).

“El joven tiene que pasar por una consulta resolutive porque ya no puede pasar por una consulta del joven, sí, porque esa es de promoción y prevención y no podemos hacer las dos consultas en el mismo tiempo no, en los 20 minutos. Entonces inmediatamente se le dice al paciente que pida una consulta al día siguiente para que pase a una consulta resolutive. Entonces depende del motivo de consulta que el joven nos cuente si es una enfermedad de transmisión sexual, pues se hace todo, toda la historia clínica y el protocolo de la enfermedad de transmisión sexual, los exámenes de laboratorio, el plan de diagnóstico y tratamiento” (Medica IPS pública—Consulta diferenciada).

El hospital nuestro, es un hospital que está actualizado en el concepto del manejo de la interrupción voluntaria de embarazo [...] La gran mayoría de las pacientes han sido captadas por trabajo social... ya sea por los niveles inferiores o inclusive a veces de las comisarías o de la parte legal avisan o remiten a la paciente ya direccionada y llega entonces al servicio de ginecología, ya con una valoración de trabajo social en donde se revisa la parte de la causal correspondiente [...] Nosotros hacemos los procedimientos...” (Médico - ESE III Nivel)

“Con que aplicaran lo que ellos mismos se inventan y lanzan cada 2 o 3 años con bombos y platillos: el programa de educación sexual... pues con que lo apliquen eso ya es suficiente...pero se les queda en cosas de papel y una campaña muy bonita con 3 artistas famosos y ya y a la hora de la verdad en los colegios se impone la dictadura de que si es un colegio público, que si es vocacional, si no es vocacional, etc.” (Prestador IPS).

Experiencias personales en la atención de adolescentes y jóvenes

En general, los/as prestadores/as reconocen a AJ como una población que está expuesta a múltiples factores de riesgo sociales, psicológicos y físicos tales como sustancias psicoactivas, maltrato físico y problemas del aprendizaje, entre otros. Fue casi unánime la queja sobre la dificultad de realizar consultas para AJ en los tiempos establecidos

por la institución, así como los problemas por fragmentación de los servicios derivados de las políticas de aseguramiento y falta de articulación entre servicios, que genera pérdidas en el seguimiento de los casos.

En relación con el tema de la autonomía de AJ para tomar decisiones responsables sobre sexualidad varios prestadores/as opinaron que ello dependía del grado de madurez del AJ. En un caso se planteó no considerar la autonomía del adolescente si hay búsqueda de placer o satisfacción personal. En cuanto a exigir la presencia de un adulto responsable en la consulta la mayoría coincidió que éste era un requerimiento institucional y al parecer, ante falta de claridad en la normatividad, prefieren solicitar la presencia de un adulto, familiar o no, para prestar el servicio así el adolescente solicite ser atendido sólo. En relación con el uso de MAC las opiniones fueron encontradas. Algunos están en desacuerdo y otros reconocen que es un derecho de AJ aunque señalan barreras en la asesoría de planificación, en ocasiones por parte de familiares. En cuanto al manejo del AJ con ITS se describieron situaciones que dificultan la resolución del caso con riesgo para la salud del individuo y la comunidad. Ninguno mencionó la búsqueda de contactos como parte del protocolo de manejo del paciente con ITS.

Con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo los datos sugieren reticencia de algunos funcionarios para la aplicación de la Sentencia C355/06. En algunos priman sus posturas morales frente al tema aún en los casos contemplados en la sentencia. Algunos pocos refieren socialización de la sentencia con oferta del servicio en la misma institución o remisión a otras entidades.

Las propuestas de prestadores/as tanto de la red pública como de la privada para el mejoramiento de la calidad y el acceso a los servicios de SSR para población AJ se orientaron a estrategias institucionales. En el sector salud se plantea fortalecimiento del recurso humano, promoción de los servicios para AJ ya existentes con tiempos más amplios para la atención. En el sector educación la propuesta incluye mejoramiento del uso de los programas 'Salud a su casa' y 'Salud al colegio', de la calidad de la educación sexual impartida, fortaleciendo la promoción de la educación de pares y el uso de estrategias

creativas adaptadas a las características de AJ, para así reforzar los conocimientos de AJ en el tema de cuidados y riesgo en SSR. Hubo pocas sugerencias para implementar acciones comunitarias o trabajo intersectorial con otros sectores.

Opiniones de directores de servicios y diseñadores de políticas de salud

A continuación, se resumen las opiniones de 12 decisores, representantes de entidades públicas del orden nacional y distrital (sectores salud y educación), de organizaciones de cooperación multilateral, instituciones privadas del ámbito nacional, e instituciones académicas; quienes desempeñan papeles relevantes en la toma de decisiones políticas en materia de SSR. Los principales hallazgos se describen de acuerdo con las categorías de análisis utilizadas para este grupo de actores.

Situación actual de SSR para adolescentes y jóvenes en Bogotá

Según las/os decisores el enfoque dado a la problemática de SSR de AJ constituye más una preocupación institucional que un reflejo de las prioridades de esta población. La SSR de AJ es considerada aún como tema tabú o ausente, temido por su complejidad social y por legitimar la sexualidad adolescente. Como principal preocupación destacan la cifra de embarazos en adolescentes en Bogotá. En general recomiendan pensar integralmente la SSR involucrando aspectos del ciclo vital. Así mismo, mencionan implementar la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos –reglamentada por el Decreto 2968 de 2010- como mecanismo que armonice las políticas de formulación e implementación de planes y programas, logrando articular acciones sectoriales exitosas, pero aisladas, maximizando así su impacto.

Abordaje institucional de la problemática de SSR

Según los/as decisores/as entrevistados algunas estrategias institucionales que buscan mejorar la SSR de AJ incluyen: implementación y consolidación en diferentes hospitales del distrito de SSAAJ en alguna de sus tres modalidades: –consulta diferenciada, servicios diferenciados y unidad amigable–; implementación de la estrategia Salud al colegio en el ámbito colectivo, colectivas y de los CAPSE³, para atención individual a NNA vinculados o del régimen subsidiado. También referencian la estrategia de rutas críticas para el manejo de la gestante adolescente. Otra estrategia mencionada es Salud a su casa que utiliza un abordaje plurimodal identificando situaciones de riesgo para AJ como consumo de psicoactivos, intento o ideación suicida.

Algunos entrevistados también hicieron alusión al trabajo intersectorial: salud con educación, integración social, gobierno e ICBF para la identificación, denuncia y atención del abuso sexual a través del empoderamiento de funcionarios/as de tal forma que identifiquen, denuncien, y tomen medidas en casos de NNA, en riesgo o vulnerables a estos eventos. Otras acciones en curso para el mejoramiento de la SSR incluyen la formación de redes de apoyo al adolescente con desarrollo de procesos participativos articulando iniciativas juveniles y sesiones organizativas, apoyo a los consejos locales de juventud y empresas locales de juventud, festivales de la juventud, talleres orientados a la población LGBTI, trabajo con mujeres adolescentes en situación de desplazamiento y el Programa Integral de Promoción de Salud al Adolescente – PIPSA, entre otros.

3 CAPSE (Centros de Atención Primaria en Salud Escolar): espacios físicos dentro de los colegios donde median procesos de diálogo o concertación entre los sectores salud y educación para la realización de acciones individuales y colectivas especialmente orientadas a la atención preventiva y al desarrollo de la norma técnica de atención preventiva del niño, del adolescente y del joven. Ofrecen atención únicamente a niños, niñas y adolescentes del régimen subsidiado o vinculados.

“Venimos trabajando en el desarrollo de la propuesta de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, tratando de sacarla de ese énfasis exclusivo que tiene de salud sexual y reproductiva, que es la pelea que yo tengo con el modelo actual porque hay que mirarlo desde otras perspectivas, de manera más integral...”

“Las EPS del régimen subsidiado han ido fraccionando los planes de beneficios de tal manera que la gente no solicita los servicios, o si asisten por primera vez a un servicio no completan el ciclo de cuidados que en teoría deberían tener...Las EPS saben que están jugando con elementos del gasto cotidiano o el gasto de bolsillo que invierte la gente en salud. Esa es una barrera central, sobre todo es un aspecto muy marcado en el régimen subsidiado, o sea los chicos y las chicas y la gente en general de las localidades más vulnerables no tienen la plata, y si tienen la plata para ir al centro de salud, luego no tienen la plata para ir a otro lugar por otro servicio”.

“El sistema de información fue destruido, nosotros teníamos el SIS que no era perfecto, pero era de los más reconocidos, el cual nos arrojaba información de calidad para la toma de decisiones. Uno de médico renegaba porque tenía que llenarlo, pero lo que yo veo ahora es que es terrible, ahora tengo que llenar un montón más, pero no sirve para nada...de los 19 indicadores a nivel (sic) regional para mirar embarazos solo podemos generar como 9, porque el sistema no me da información ni por RIPS, ni por ningún otro lado... RIPS no es una información que uno pueda manejar...Entonces ahí hay un problema grave al que no le meten el diente, porque sí no hay información es por ahí por donde se puede perder el dinero, si hubiera información sería más difícil...Lo que está pasando es que los sistemas de información tributan al sistema financiero de las EPS, no tributan ni a la salud pública ni a la salud en general”.

Sobre el marco normativo y legal para la atención en salud a adolescentes y jóvenes

Los/as decisores/as del nivel nacional consideran que el marco normativo vigente es bueno y permite desarrollar acciones específicas con un abordaje amplio en términos de atención integral, prevención y promoción de la SSR de AJ. No obstante, plantean reevaluar los alcances de la Resolución 412/ 2000 y de la Resolución 769/2008 y señalan dos aspectos fundamentales para revisar en el actual marco normativo. Primero, la actualización de la norma técnica de detección

de alteraciones del joven y las matrices de programación de promoción y prevención, pues actualmente contradice algunos aspectos del modelo de servicios amigables como la oferta amplia de servicios y la atención integral por un equipo interdisciplinario. La norma técnica actual propone una consulta solo por médico/a cada tres años y hay superposición de acciones.

El segundo aspecto es reconsiderar la UPC del joven actualmente la de menor peso porcentual. Así mismo, recomiendan considerar el Auto 251 de 2008 que obliga al MPS, y demás sectores, a atender NNA en contextos de violencia y situación de desplazamiento, con programas que respondan a sus necesidades. Todos/as coinciden en que varias de las barreras para que AJ accedan a los servicios se derivan del diseño de las normas en el SGSSS. Hacen especial mención al interés económico de los intermediarios que prima sobre los derechos de los pacientes, con poco interés por fortalecer procesos que propendan al acceso a los servicios. De acuerdo con algunos de los entrevistados, hay evidencia clara de que el sistema actual genera dificultades que se expresan principal, pero no exclusivamente, en población del régimen subsidiado.

“Las condiciones de los profesionales de salud son muy tenaces, es muy complicado hacer promoción de la salud con condiciones laborales inadecuadas, igual con las de los profesores, entonces ahí es cuando caemos en unos determinismos estructurales que uno se pregunta pues qué hacer para que esto coja fuerza, hay que cambiar ciertas estructuras ... quién va a discutir en este país de las condiciones laborales donde es lo mismo que un profesional trabaje 3 meses, 4 meses, y se acaba su contrato...es muy complicado...”

“El tema de derechos sexuales y reproductivos, es una información que hay que empezar a dar en todas las facultades de salud del país, eso uno como médico no sale sabiéndolo, uno no tiene ni idea de temas como el enfoque de género, enfoque diferencial, la atención considerando determinantes sociales, eso lo aprende uno cuando hace niveles más avanzados de instrucción y de formación, pero en un pregrado uno no tiene esa formación y esa formación es básica para poder hacer una atención adecuada a los adolescentes”.

Monitoreo y evaluación

Los sistemas de información y las acciones de monitoreo y evaluación son, según los/as decisores/as entrevistados/as, factores primordiales que influyen negativamente en la prestación de servicios de salud para AJ. Actualmente no es posible hacer ejercicios sistemáticos de monitoreo y análisis de la información para tomar decisiones informadas. Los RIPS que deberían brindar información oportuna y precisa de lo que está pasando al interior de las instituciones de salud, están siendo utilizados exclusivamente como herramienta de facturación y no de evaluación. De manera generalizada los/as decisores/as de diferentes niveles aseguran que el SIS fue intencionalmente destruido para hacer más difícil el seguimiento y control a los diferentes actores del sistema.

Papel de los diferentes actores

En opinión de los/as decisores/as entrevistados/as, la SSR está fraccionada en el nivel programático, un responsable por programa que realiza sus acciones de manera aislada, sin coordinación eficiente dentro del sector. Entre las razones argumentadas para explicar esta situación se incluyen la necesidad de mostrar resultados inmediatos y logro de metas para cada programa, y la sobrecarga laboral, derivada en parte de la falta de continuidad del recurso humano consecuencia de un sistema de contratación disfuncional. Igualmente, mencionan la necesidad de involucrar más activamente a sectores diferentes al de salud, a grupos juveniles y al sector productivo, dado un tema importante de fragilidad social que está determinando las diferentes problemáticas que enfrenta este grupo poblacional en la actualidad.

Propuestas

Los/as decisores/as sugieren no ver la SSR como una problemática – embarazo adolescente y sus consecuencias - ITS/VIH/Sida- aborto—, sino plantearla desde las potencialidades de AJ, aprovechando esta etapa de la vida que ofrece enormes oportunidades para la consolidación de

identidades y construcción de autonomía. Decisores/as de diferentes niveles resaltaron cinco aspectos primordiales a fortalecer desde el sector salud para mejorar la prestación de los servicios dirigidos a AJ: 1) cualificación del personal de salud incluyendo introducir la SSR de AJ en los currículos de pregrado y programas de educación continua de las facultades de salud y reforzar con los/as prestadores/as temas de comunicación efectiva y transformación de mitos e imaginarios sobre la sexualidad; 2) mejoramiento de aspectos administrativos como la organización y planificación de los servicios; 3) acceso efectivo con disminución de las trabas administrativas; 4) reconocimiento del ejercicio de las autonomías individuales por parte de prestadores/as y de la sociedad en general y; 5) coordinación y promoción de participación de otros sectores y de la sociedad en general.

Los/as entrevistados/as coinciden en reconocer la importancia de aprovechar las potencialidades de AJ para promover su participación en la concepción, desarrollo y seguimiento de las estrategias y servicios destinados a ellos. Los/as decisores/as instan a que los sectores aúnen esfuerzos para fortalecer la producción de conocimiento y generación de evidencia, y para ello proponen robustecer los sistemas de información fomentando el desarrollo de herramientas de monitoreo y evaluación efectivas, que sirvan de insumo para la toma de decisiones y para la construcción de políticas públicas ajustadas a la realidad.

Proponen también crear mecanismos para hacer efectivas las acciones de rectoría que la SDS y el MPS deben ejercer sobre las diferentes empresas administradoras de planes de beneficios, aspecto sin el cual no podrán ser superadas las principales barreras relacionadas con el aseguramiento. Desde el sector educación las propuestas incluyen mejorar la articulación del sector salud con otros sectores, crear servicios virtuales para informar a AJ, mejorar la red de apoyo para que maestros/as y orientadores/as detecten problemas de violación de derechos y mejoren su capacidad de respuesta ante estas situaciones, y evaluar los alcances del programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, pues según los/as entrevistados/as este programa se queda corto en materia de promoción de los DSR.

Discusión

Se encontraron barreras en el nivel socioeconómico y cultural, institucional y político que son interdependientes. Es así como factores políticos y estructurales influyen en los aspectos institucionales y ellos a su vez se enmarcan dentro de un contexto sociocultural que no puede ser obviado.

Padres, madres y docentes son importantes en los esfuerzos de prevención de factores de riesgo en adolescentes (Dittus 2004; Miller et al. 2008). En este estudio la familia e instituciones educativas aparecen como fuentes principales de información sobre riesgo de embarazo e ITS, mientras que los pares son fuente primordial de aspectos más generales y vivenciales de la sexualidad. Los medios de comunicación (TV e internet) también juegan un papel importante. Esta diversidad de fuentes puede generar confusión sobre quién debe hacer qué (Cook 2000).

De acuerdo con los hallazgos parece haber un déficit en la calidad y vacíos conceptuales en la información brindada tanto por padres como por instituciones educativas. Las investigaciones señalan que la educación dada en casa afecta de manera significativa el inicio de las relaciones coitales (Aspy et al. 2007; Dittus 2004), y los programas escolares de educación sexual son piedra angular en la reducción de conductas sexuales de riesgo y en la promoción de la salud del adolescente (Wellings et al. (2006; Youth 2006). Tanto en la parte cuantitativa como en la cualitativa se encontró poca participación del sector salud como proveedor de educación e información sobre SSR. Estos resultados coinciden con otras investigaciones de Colombia, Latinoamérica y Europa en cuanto a las principales fuentes a las que acuden AJ en busca de información sobre SSR (Curtis et al. 2005; Flórez 2005; Flórez and Soto 2007; ORAS-CONHU 2009; Profamilia 2011).

Los aspectos del desarrollo psicosocial y cognitivo del adolescente que se destacaron en este estudio tienen que ver con las características del pensamiento en esta etapa, especialmente en el grupo de 10-19 años. Expresiones recurrentes del grupo de gestantes de no haber contemplado la posibilidad de un embarazo o la necesidad

de usar métodos de regulación de fertilidad, a pesar de contar con información previa sobre este tema aduciendo sentimientos de invulnerabilidad, denotan consolidación incompleta del razonamiento hipotético deductivo, tarea del desarrollo cognitivo que se espera esté completamente desarrollada hacia la adolescencia tardía. La autorregulación afectiva y el control de los impulsos, que son tareas adicionales esperadas en esta etapa de transición, parecen incidir también en el uso irregular (o no uso) de métodos de protección tanto en hombres como en mujeres, como se ejemplifica ampliamente en el aparte de resultados.

En este sentido algunos modelos teóricos de las conductas de alto riesgo sexual en esta etapa señalan un proceso psicológico interno en el que se integran las actitudes, la percepción de la presión del grupo de pares y la capacidad de autocontrol, como determinante en comportamientos específicos de adolescentes (Fortenberry (1997). El estudio encontró persistencia de mitos sobre el uso del condón que se enmarcan dentro de las dificultades culturales que enfrentan las mujeres adolescentes para negociar su uso (Sánchez 2004).

En concordancia con otros estudios (Bearinger et al. 2007), los resultados muestran que las barreras institucionales de acceso a los servicios de SSR para AJ se relacionan principalmente con la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y equidad de estos servicios. Comparados con los adultos, las/os adolescentes necesitan un tiempo adicional para consejería y educación, pues tienen más miedo a los exámenes médicos invasivos (exámenes pélvicos y pruebas de sangre) y a los efectos adversos de los MAC. Todo ello sumado con una tendencia a no seguir los procedimientos que implican referencia a otros servicios (Armstrong and Stover 1994; Brindis 2002). Al igual que otras investigaciones los hallazgos del presente estudio muestran que el requerimiento de informar a padres o cuidadores, así como experiencias negativas con el personal de salud son factores limitantes para que AJ consulten (Bolivia 2010b; Cultura Salud 2010; Ecuador sf; Mejía et al. 2010; ORAS-CONHU 2009; Reddy et al. 2002b).

De entrada los/as A J temen que les realicen preguntas incómodas o procedimientos poco confortables y, además suelen oponerse y cuestionar las figuras de autoridad, representadas en este caso por

los/as prestadores/as de servicios (Gallo 2009). Por otro lado, las/os profesionales con frecuencia carecen de experiencia en técnicas de comunicación apropiadas para el manejo de la gente joven, tienen prejuicios sobre su autonomía con relación a la SSR y no saben cómo lograr un tiempo a solas con el/la adolescente para discutir temas sensibles, lo cual afecta la oferta y calidad de los servicios (Adolescent Medicine Committee Canadian Paediatric Society 1997). Esta limitación en la atención a población adolescente podría estar relacionada con falta de sensibilización y capacitación en temas de adolescencia y SSR como fue referido por todos los actores entrevistados. Los/as decisores/as consideran que la formación del personal de salud en temas como comunicación asertiva con AJ, autonomía, diversidades, detección de problemas emocionales y temas de SSR, en general deberían ser impartidos al personal de salud sin importar el nivel de atención en el cual operen, de manera que se garantice un mínimo de conocimientos y sensibilización para el trabajo con esta población.

El análisis de indicadores de planificación familiar señala un marcado interés de las usuarias para acceder al programa (altas cifras para la consulta de primera vez); sin embargo, el descenso posterior en la demanda de controles podría sugerir deficiencia en el seguimiento y orientación a esta población, para que elijan continuar la planificación a través de otros proveedores, o falta de información de los/as prestadores/as con relación a la normatividad en el tema de asesoría y suministro de MAC a esta población. Los datos de la ENDS 2010 revelan que una proporción importante de las mujeres entre 13 y 24 años (52%) no sabe que tiene derecho a solicitar gratis en la EPS métodos anticonceptivos temporales. Cabe resaltar que en la misma encuesta la demanda insatisfecha de planificación familiar en el país es mayor en el grupo de 15 a 19 años de edad donde llega al 20%, con cifras mayores en población en situación de vulnerabilidad (Profamilia 2011).

La falta de carnetización en la población del régimen subsidiado aparece como una barrera administrativa que tiene implicaciones importantes tanto en el nivel individual como institucional. Por un lado, la persona no puede acceder a los servicios de la EPS pues no cuenta con el carné que la acredita como afiliado/a y elegible para recibirlo,

pero con frecuencia tampoco puede acceder al sistema público como vinculado dado que ya aparece en la base de datos como asignado/a a una EPS. En la investigación se observó que esta inconsistencia del sistema es la principal barrera registrada en el SIDBA, y que se presenta de manera acentuada en la población en situación de desplazamiento. Según la ENDS 2010, los grupos de edad con menor cobertura de afiliación al sistema de seguridad en salud fueron jóvenes de 20 a 29 años (15,9%), menores de 10 años (13,8%) y los de 10 a 19 años (12,9%) (Profamilia et al. 2011). Por otro lado, la no carnetización también puede acarrear problemas para las instituciones tanto en aspectos financieros, como en la definición de su población de referencia para efectos de programación y monitoreo de actividades. Cabe señalar que estudios realizados en Latinoamérica muestran que la falta de aseguramiento es una barrera importante para el acceso a servicios de salud (Bolivia 2010a; CulturaSalud 2010; Yepes F(s f)).

En el estudio actual y en concordancia con la literatura se encontraron otras barreras institucionales como los gastos de bolsillo (copago, cuota moderadora y transporte) y el desconocimiento de las rutas de acceso a los servicios (Kang 2005; Kefford 2005; Medicine. 2004). De acuerdo con los resultados, la mayoría de las IPS privadas requieren de copagos para los servicios y sólo dos de las sedes de IPS privada de la localidad de Kennedy refirieron tener como política no cobrar copagos a adolescentes y jóvenes.

La participación juvenil y comunitaria estuvo casi ausente en las propuestas de prestadores/as y de algunos/as decisores/as, lo que puede sugerir que no consideran este tema como prioritario en el momento de plantear soluciones para mejorar la situación de SSR de A.J. Cabe resaltar que la literatura internacional afirma que la participación de adolescentes y jóvenes en el diseño, implementación y seguimiento de los centros amigables es un componente clave para que el servicio logre su cometido tanto en el nivel educativo como de prestación de servicios (Brindis 2002; Mejía et al. 2010; MSP; OPS 2005; OPS/UNFPA/UNICEF/MPS 2007; ORAS-CONHU 2009; Ozer et al. 2001; Pearson 2003; Sánchez 2009 ; WHO 2002).

Además, se encontró la fragmentación en la contratación como una de las más importantes barreras estructurales y político institucio-

nales que afectan la accesibilidad, oportunidad y continuidad de los servicios. Aunado a este problema se encuentra la fragmentación de los sistemas de información en el sector salud en todos los niveles. Este fenómeno, mencionado por los/as decisores y corroborado en el análisis de fuentes secundarias, dificulta tanto la construcción y seguimiento de los indicadores de gestión propuestos en la norma, así como el adecuado seguimiento y evaluación del desempeño de programas y la cobertura de los servicios prestados. Los sistemas de información en uso constituyen, en sí mismos, una barrera para el seguimiento integral de las acciones del sector salud.

Otra barrera político institucional hallada fue la calidad y pertinencia de las matrices de programación y prevención, y del sistema de monitoreo de los indicadores. Una de las quejas más frecuentes hace referencia a que en varios de los programas (p. ej. consulta de crecimiento y desarrollo del joven y detección temprana de cáncer de cérvix), los parámetros de evaluación no guardan relación con las frecuencias y periodicidad de las actividades definidas por la norma técnica.

De igual manera, los RIPS no permiten clasificar fácilmente las intervenciones con base en el tipo de consulta (primera vez o seguimiento) ni tampoco consignar las acciones de detección temprana y protección específica, puesto que no tienen asignados códigos únicos de procedimientos (CUPS). Con respecto a los RIPS, prestadores/as, directivas y decisores/as señalaron problemas con su diligenciamiento que dificulta aún más realizar inferencias sobre el desempeño de estos programas. El incumplimiento de las EPS en el envío de la información registrada en los RIPS a las direcciones territoriales entorpece la verificación de información reportada por el asegurador y la implementación de mecanismos efectivos de monitoreo, evaluación y control.

La interdependencia de barreras se encontró también en el nivel de los/as prestadores/as. Muchos desconocen las normas técnicas establecidas para la ejecución de actividades de promoción y prevención y según refirieron, las instituciones no estimulan o facilitan esa apropiación de la normatividad. Se resaltan dos temas de SSR donde se presentaron barreras por interrelación entre normatividad y prestación de servicios: IVE y la detección de violencia doméstica. Aunque en Colombia existe normatividad clara (Sentencia C355/2006, Ley

1257/2008 y normas técnicas para la prestación de los servicios, entre otras) este estudio sugiere que persisten barreras administrativas y de negación del servicios; aspecto constatado tanto por los/as prestadores/as y decisores/as entrevistados/as como por la información registrada en los formatos de auto diligenciamiento.

Limitaciones y dificultades

Es importante tener en cuenta que el componente exploratorio cualitativo no es estadísticamente representativo dada la naturaleza de la metodología, sin embargo, la información obtenida representa las voces tanto de A J del Distrito Capital como de actores clave del sistema, lo cual le imprime relevancia a los hallazgos. La información que suministraron las instituciones de los formatos auto diligenciados fue incompleta y, en algunos casos, inconsistente, lo cual limitó el tamaño de la muestra para varios de los análisis presentados anteriormente. El reducido número de instituciones con información disponible limitó el alcance de las comparaciones estadísticas entre las categorías establecidas. La información que comunicaron las EPS en lo relativo a la prestación de servicios representa el consolidado que dieron estas instituciones sobre su red de prestación de servicios en el distrito y no se estableció el número ni la naturaleza de las instituciones de donde fue tomada la información. Igualmente, se presentaron dificultades para realizar las observaciones en IPS privadas debido a demoras para obtener la autorización por parte de las directivas.

Conclusiones

El componente cuantitativo del presente documento constituye uno de los más importantes compendios de información autoreportada por instituciones de los regímenes contributivo y subsidiado, presentando información de la mitad de las EPS del régimen contributivo, la totalidad de las EPS del régimen subsidiado y tres cuartas partes de las ESE del Distrito Capital, incluyendo el 90% de las ESE de primer

nivel. Por otro lado, la información recabada con las técnicas cualitativas complementa las estadísticas mencionadas, brindando una visión más amplia de la situación y poniendo de relieve las opiniones de diferentes actores clave acerca de la idoneidad, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de SSR que se ofertan actualmente en los ámbitos de salud y educación.

Las conclusiones más relevantes de la presente investigación se resumen a continuación:

- ❁ Las barreras de acceso a los servicios de SSR para AJ, detectadas en este estudio, fueron de índole socio económico, cultural, institucional y político, se relacionan entre sí y confirman información recabada por otras investigaciones en Colombia y el mundo sobre este tema.
- ❁ La educación sexual por parte de la familia y las instituciones educativas es deficiente según lo señalan los/as adolescentes, cuidadores/as y decisores/as. Los/as AJ prefieren acudir a sus pares para resolver dudas sobre sexualidad y planificación, generándose muchas veces mayor desinformación.
- ❁ Persiste desinformación y temor en madres y padres de adolescentes para abordar los temas de sexualidad, limitándose a comentarios generales sobre “protegerse”, manteniendo estereotipos de género sobre el inicio de la sexualidad.
- ❁ Los medios de comunicación, incluyendo internet, son para AJ una fuente importante de información y consulta sobre SSR.
- ❁ La discrepancia entre la información que reciben AJ, el conocimiento que poseen y las prácticas que realizan con relación a su SSR parece ser una constante en los/as entrevistados, posiblemente relacionada con el desarrollo psicológico e interpersonal de esta etapa.
- ❁ El embarazo en adolescentes aparece en ocasiones deseado y no como un asunto de desinformación.
- ❁ El sector salud no es considerado por los/as adolescentes como una fuente de información primaria o de prevención en temas de SSR, sino que le perciben como un espacio de atención de enfermedades o de control prenatal, no siempre confiable ni amigable.

- ❖ Los servicios amigables para A J son poco conocidos por la población a la cual van dirigidos.
- ❖ La adaptación e implementación de servicios diferenciados para AJ hace parte de las políticas institucionales en menos de la mitad de las entidades que diligenciaron los formatos del estudio. Las EPS-S y las ESE de primer nivel fueron las entidades con mayores avances en la materia. Por el contrario, las instituciones del régimen contributivo fueron las que refirieron menos adaptaciones de servicios para AJ.
- ❖ Los MAC modernos aparecen en la narrativa adolescente rodeados de mitos y prejuicios que limitan su uso. Se encontraron importantes barreras institucionales para su entrega tales como la provisión en sitio diferente al de la atención, requerimientos de acudiente, ruptura de la confidencialidad, exámenes previos para la expedición de la fórmula, entre otros.
- ❖ Las barreras de acceso a los métodos de regulación de la fecundidad y a las consultas prenatales son frecuentes de acuerdo con la percepción de las mujeres entrevistadas.
- ❖ La atención de adolescentes sin acudientes sigue siendo un tema no claro para algunas instituciones y prestadores, no obstante, la existencia de normatividad que define y defiende la autonomía de este grupo poblacional.
- ❖ La IVE y la detección de violencia doméstica en la población adolescente aparecen como temas conflictivos para los/as prestadores/as y son muchas veces obviados durante la atención.
- ❖ El recurso humano asignado a la atención en SSR de AJ parece estar marcado por la escasez, alta rotación y capacitación insuficiente en la temática específica. Las condiciones contractuales inestables y la mala remuneración del personal generan desmotivación, falta de compromiso y ruptura en la continuidad de los procesos.
- ❖ Los/as prestadores/as y tomadores/as de decisiones parecen ser sensibles a la necesidad de una capacitación específica para la atención en SSR a AJ, que incluya no sólo especificidades de esta población, sino también la normatividad que la regula.

- ❖ La población adolescente en situación de desplazamiento aparece con mayores dificultades para acceder a servicios y productos de SSR, aparentemente por problemas con la afiliación al sistema de salud y desconocimiento de las rutas de acceso a los servicios.
- ❖ La participación de AJ en el diseño y construcción de servicios dirigidos a ellos/as no pareciera ser una prioridad para las aseguradoras ni para las IPS.
- ❖ Las acciones de detección temprana y protección específica en SSR de AJ fueron difíciles de evaluar cuantitativamente pues, a pesar de la buena voluntad de dar respuesta a la información requerida, las instituciones que respondieron, en general, entregaron información deficiente e inconsistente.
- ❖ La fragmentación de los sistemas de información en el sector salud en todos los niveles y la mala calidad del dato, fenómenos mencionados por los/as decisores/as y corroborados en el análisis de fuentes secundarias, dificultan la gestión de programas, el seguimiento a las actividades desarrolladas y la evaluación del desempeño de las acciones del sector salud.
- ❖ En general se observa que la SDS tiene conocimiento de las acciones de detección temprana y protección específica desarrolladas en el régimen subsidiado y población vinculada, pero desconoce las acciones desarrolladas en el régimen contributivo.
- ❖ La fragmentación en la contratación y prestación de los servicios de salud, y la segmentación establecida por los regímenes de afiliación aparecen como unas de las más importantes barreras estructurales y político institucionales que afectan la accesibilidad, oportunidad y continuidad de los servicios.
- ❖ Las normas técnicas y matrices de programación para las acciones de detección temprana y protección específica –establecidas por las resoluciones 412 y 3384 de 2000– fueron catalogadas como obsoletas por los actores del sistema y su sistema de monitoreo y evaluación como inadecuado e ineficiente. Este aspecto limita su impacto y la posibilidad de hacer adecuaciones y correcciones oportunas en la prestación de servicios.

- ❖ Las acciones de detección temprana y protección específica carecen de CUPS, lo cual dificulta su clasificación en los RIPS. El seguimiento al desempeño de las obligaciones contractuales de las EPS-S con respecto a este tema parece ser limitado. El cumplimiento de las metas es ‘deficiente’ y ‘muy deficiente’ para la mayoría de los indicadores en periodos contractuales consecutivos, sin que se apliquen medidas sancionatorias. En el caso del régimen contributivo los porcentajes de cumplimiento de metas también aparecen como ‘deficientes’ y ‘muy deficientes’, y no se evidenciaron actividades de seguimiento a estas acciones por parte de la SDS ni del MPS.
- ❖ Hay contradicción entre lo reportado por las instituciones encuestadas y las observaciones directas en cuanto a la inducción de la demanda y el uso de medios para la promoción de los servicios de SSR dirigidos a AJ. Muchas entidades dijeron utilizar folletos, impresos, comunicaciones electrónicas, afiches, reuniones comunitarias y actividades extramurales para promover los servicios para AJ; sin embargo, estos materiales no fueron encontrados durante las observaciones directas, ni mencionados por AJ entrevistados.
- ❖ Los procesos de coordinación de los diferentes componentes de SSR en la SDS son deficientes. Igualmente, la coordinación intersectorial y la participación de la comunidad en los procesos relacionados con la atención a AJ son en general incipientes o inexistentes.

Recomendaciones

El Panel 1 resume de manera sucinta las principales recomendaciones para abordar los problemas más significativos encontrados en la investigación. Después de las flechas se anotan algunos de los actores a quienes van dirigidas.

Panel 1. Recomendaciones

Fortalecimiento de la asistencia técnica, inspección, vigilancia y control (IVC)

- ◆ Garantizar el desarrollo de procesos de evaluación de la gestión por resultados con todos los actores clave del sistema (EPS, ESE/IPS), definiendo claramente los indicadores que serán la base de este proceso y generando sanciones concretas cuando se evidencie el incumplimiento. → SDS, MPS, Supersalud.

Fortalecimiento del sistema de información

- ◆ Garantizar un sistema único de información - amparado en las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011- que permita el monitoreo concurrente de las fuentes primarias de información, y que a partir de ello se generen todos los informes de desempeño de las instituciones clave. → Aseguradoras y su red de servicios, SDS, MPS.
- ◆ Desarrollar sistemas de monitoreo y evaluación funcionales que incluyan monitoreo activo de las acciones desarrolladas por todos los regímenes de atención y que generen correctivos oportunamente. → SDS (planeación, aseguramiento, salud pública), EPS.
- ◆ Utilizar el monitoreo del cumplimiento de las actividades de protección específica y detección temprana a partir de los indicadores trazadores como una herramienta de planeación y seguimiento de la gestión de las EPS, y de la atención a población no afiliada. → SDS (planeación, aseguramiento, salud pública), EPS.
- ◆ Realizar evaluaciones consistentes de cobertura de servicios generales y específicos para la población de AJ. Para ello se requiere tener identificada la población de referencia o población susceptible de recibir los servicios en un tiempo de exposición determinado (población compensada para el régimen contributivo, población carnetizada para el régimen subsidiado). Se recomienda desarrollar metodologías que permitan calcular de una manera más precisa el tiempo persona expuesta. → SDS (planeación, aseguramiento, salud pública), EPS.

- ◆ Trabajar con el MPS y la Comisión de Regulación en Salud (CRES) para definir los CUPS para las acciones de detección temprana y protección específica, al menos para algunos indicadores trazadores que permitan valorar más objetivamente el desempeño del sistema con respecto a las acciones seleccionadas. → SDS, MPS, CRES.
- ◆ Desarrollar metodologías para calcular el subregistro (generado cada vez que los RIPS pasan por un validador de registros) de las acciones reportadas por los actores del sistema → MPS (sistemas de información, desarrollo de servicios, salud pública).

Actualización de las guías técnicas para la atención del adolescente y joven

- ◆ La Resolución 412 de 2000 y los indicadores definidos por la Resolución 3384 de 2000 se deben revisar y actualizar para mejorar la cobertura de acciones prioritarias a los grupos poblacionales que no la tienen, mejorar la calidad de los servicios de salud y hacer más operativos y funcionales los indicadores de cumplimiento y cobertura necesarios para el monitoreo y control de las acciones de detección temprana y protección específica. Trabajar con grupos de expertos, en conjunto con el MPS, para proponerle a la CRES elementos para dicha actualización. En el proceso es necesario actualizar los procedimientos, coberturas y frecuencias de atención que respondan a las necesidades de la población de AJ y garanticen un abordaje integral de la salud, incluyendo un abordaje sistemático de aspectos relacionados con la SSR. Por ejemplo, se debe reevaluar el número de controles de detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo del joven (actualmente 4 en 20 años), la inclusión de la detección temprana de cáncer de seno en el POS-S, y la edad de inicio de las CCV, entre otros. → MPS, CRES con la abogacía y apoyo técnico de la SDS e instituciones académicas.
- ◆ Es crítico revisar los indicadores que se deben monitorear y actualizar las matrices de programación para las acciones de detección temprana y protección específica según las directrices, teniendo en

cuenta la variación de los denominadores, en la medida que para algunos protocolos las personas que reciben ciertos servicios dejan de ser susceptibles por periodos variables según la intervención (por ejemplo proyección de uso de MAC). → MPS, CRES con la abogacía y apoyo técnico de la SDS e instituciones académicas.

- ♦ De la mano con lo establecido en las guías que se generen se debe evaluar el costo de la UPC para que las acciones incluidas se puedan financiar. → MPS, CRES.

Integración e integralidad de servicios

- ♦ Se sugiere el desarrollo de indicadores/sistemas que permitan monitorear la fragmentación de los servicios y generar sanciones cuando no se produzcan los correctivos necesarios. Se puede trabajar con la sensibilización de gerentes de las instituciones responsables de la contratación de los servicios y realizar procesos de auditoría a los contratos de prestación. → MPS, SDS, Supersalud, EPS, IPS.
- ♦ Para contrarrestar la falta de flujo de información en los procesos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención se sugiere el desarrollo de herramientas de sistemas de información para mejorarla, y llevar a cabo procesos de auditoría periódicos y sistemáticos para detectar y corregir oportunamente problemas o dificultades en ellos. → SDS, EPS, IPS/ESE.
- ♦ La estrategia de atención diferenciada para AJ no debe ser tema de especialistas, debe estar disponible en todos los servicios de salud.
- ♦ La atención de calidad a AJ no puede ser exclusiva de centros especializados en la atención de este grupo poblacional. El modelo de SSAAJ tiene elementos importantes y muchas de las características que hacen que los servicios sean amigables pueden ser integradas a cualquier IPS.
- ♦ Es fundamental el componente de comunicación por lo tanto, el personal que atienda a este grupo debe conocer técnicas que les permitan comunicarse respetuosa y eficientemente con los/as AJ.

- ♦ Se debe trabajar con los/as profesionales en temas de comunicación efectiva y transformación de mitos e imaginarios sobre la sexualidad, y sensibilizar a funcionarios en temas de perspectiva de género, reconocimiento de la diversidad y atención humanizada. → Instituciones de educación superior universitaria y técnica de carreras del área de la salud, EPS, IPS, SDS, MPS.
- ♦ Dentro de la adecuación de estos servicios el abordaje sistemático de la sexualidad en la atención es fundamental. Como se presentó en los resultados hay un desbalance de género en el tema de SSR luego, se deben hacer esfuerzos por “desfeminizar” la SSR sensibilizando y empoderando los hombres en el tema también. Igualmente, se hace necesario separar la salud sexual y la reproductiva. → SDS, MPS, sectores educación, trabajo, protección y justicia, sociedad civil.
- ♦ Se evidenció que falta recurso humano formado para la atención de adolescentes y jóvenes en todos los niveles de complejidad y en todos los tipos de institución. El tema de la atención a este grupo es un tema de salud pública, que como todos debe hacer parte integral de la educación del personal de salud. Las universidades e institutos técnicos deben incorporar este y otros temas de salud pública en el currículo de formación de todas las carreras del área de la salud. De la misma manera las IPS y EPS lo deben incorporar en sus programas de educación continua, para garantizar que el personal tenga la sensibilidad y competencias para atender esta población, con servicios de calidad. → Instituciones de educación superior universitaria y técnica de carreras de salud, EPS, IPS, SDS, MPS.
- ♦ Se debe evitar la pérdida de oportunidades en la prestación de servicios, las consultas deben ser integrales y no existir impedimentos para realizar acciones resolutivas en consultas de promoción y prevención y viceversa. → IPS, EPS.
- ♦ Se requiere que en todas las IPS, donde se puedan formular MAC también se puedan entregar. Se evidenció que cuando esto no ocurre y las personas tienen que ir a reclamarlos en otras instituciones, o cuando se requieren trámites adicionales para acceder

a ellos se crean barreras innecesarias y se pierden oportunidades en salud pública. → MPS, SDS (calidad, desarrollo de servicios), salud pública.

- ◆ Garantizar la promoción y respeto de la confidencialidad en la atención. En Colombia, con base en la Convención de los Derechos del Niño (Ley 12 de 1991) y el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006) se reconoce que las personas menores de 18 años son titulares de derechos lo cual significa que, al menos en la teoría, existe un reconocimiento de su autonomía. Debe promoverse este derecho y garantizar su cumplimiento. Se debe promover la claridad de conceptos y criterios respecto al tema en el nivel institucional porque, como se observó, la exigencia de acudientes se convierte en una barrera importante para el acceso a muchos de los servicios de SSR para jóvenes. → SDS, IPS, EPS, sectores educación, justicia y protección.
- ◆ Las/os profesionales y en general el personal que tiene interacción con adolescentes debe tener claridad sobre las rutas de atención para usuarios/as del sistema. → SDS, IPS, EPS, sectores educación, justicia y protección.

Contratación del talento humano

- ◆ Se debe mejorar las condiciones de trabajo del personal de salud elaborando contratos que permitan estabilidad laboral y salarios dignos, de otra manera las/os trabajadores desmotivados, trabajando largas jornadas en múltiples instituciones, difícilmente prestarán servicios de la calidad y compromiso necesarios para que funcione cabalmente el sistema. → MPS, SDS, Ministerio de Hacienda, EPS, IPS, agremiaciones de profesionales, comunidad.

Aspectos del desarrollo para planeación de servicios

- ◆ Los servicios deben planearse y adecuarse de acuerdo con la edad de las personas que van a recibirlos. Es importante tener en cuenta estas particularidades del desarrollo psicológico e interpersonal de los/as adolescentes no sólo en la comprensión de sus conduc-

tas de riesgo, sino en los programas de prevención y atención en SSR. Otro aspecto a tener en cuenta en la adecuación de los servicios de SSR para adolescentes es la tendencia a buscar fallas en las figuras de autoridad y su oposición -característica de esta etapa-, pues contribuyen a la pobre utilización de los servicios de salud como fuente de información y acceso a SSR → IPS y EPS con acompañamiento de SDS.

Inducción de la demanda

- ◆ Es importante fortalecer el trabajo participativo con adolescentes y jóvenes para discutir de una manera integral temas relacionados con su salud, en espacios y con metodologías apropiadas para el grupo. En estos espacios deben discutirse los temas a abordar de manera prioritaria, evaluar los servicios y permitir que las/os jóvenes opinen sobre alternativas de adecuación de estos. Las instituciones deben tener flexibilidad para realizar las adaptaciones pertinentes y así evitar que los planes desarrollados con jóvenes sean un ejercicio meramente retórico. → IPS, EPS, SDS.
- ◆ Se evidenció la importancia de crear espacios para discutir estos temas con cuidadores a fin de promover el respeto por los DSR del adolescente y favorecer la comunicación entre cuidadores y adolescentes en términos francos y con conceptos acertados, y promover el uso oportuno de los servicios. → IPS, EPS, SDS, sector educación, sociedad civil, comunidad.
- ◆ El tema de atención integral a adolescentes y jóvenes debe hacer parte de los temas abordados de manera sistemática en todos los ámbitos: salud a su casa, salud al colegio, IPS y espacios en los que se traten temas intersectoriales. → SDS, IPS, sector educación.
- ◆ En las EPS y ESE es preciso desarrollar estrategias de comunicación para promocionar los DSR, la oferta de servicios y la importancia de la atención a este grupo de edad, a fin de captar y orientar oportunamente a las/os jóvenes sobre sus cambios psicológicos, físicos y la SSR en general, pues se evidenció que muchas de las adolescentes tuvieron acceso a información y a los métodos an-

ticonceptivos sólo durante o después de una gestación. → IPS, EPS, SDS, sector educación, protección social, tecnologías de información y comunicación.

- ◆ Estas instituciones, también, deben generar estrategias que permitan focalizar algunos esfuerzos y seguir de manera activa a la población que consulta por determinados eventos para dar una atención más eficiente a quienes lo requieran (adolescentes que se realizan pruebas de embarazo, consultas de ITS, entre otros eventos). → IPS, EPS, SDS.
- ◆ El MPS y las direcciones territoriales deben convocar otras instituciones y sectores para desarrollar campañas masivas con mensajes unificados que sensibilicen sobre los DSR, la oferta de servicios y la importancia de la atención oportuna a adolescentes y jóvenes. → IPS, EPS, SDS, sector tecnologías de información y comunicación TIC, recreación y deporte, educación y protección social.

Educación sexual, incluyendo la promoción de los derechos sexuales y reproductivos

- ◆ Necesidad de desarrollar estrategias de educación de pares y fortalecimiento de grupos juveniles. → IPS, EPS, SDS, sector tecnologías de información y comunicación, recreación y deporte, educación y protección social, sociedad civil, comunidad.
- ◆ Es crítica la definición de criterios mínimos para los programas de educación sexual y construcción de la ciudadanía (PESCC) que se desarrollan en las instituciones educativas en términos de contenido e intensidad. → Sector educación, sociedad civil, comunidad.
- ◆ De la misma manera y por razones consideradas en el apartado de inducción de la demanda se considera necesario promover escuelas de madres/padres y maestras/os, para que se empoderen y puedan abordar el tema de una manera clara y con conceptos técnicos de calidad. → IPS, EPS, sector educación, protección social, sociedad civil, comunidad.

Mecanismos de evaluación sistemática, periódica de barreras de acceso y calidad de la prestación de servicios

- ◆ Estos mecanismos pueden hacer parte de las estrategias de control interno de calidad y de auditoría institucionales, incluyendo procesos de medición de la satisfacción de las/os usuarias/os con los servicios. El SIDBA es una excelente herramienta centrada de manera preferencial en las barreras administrativas. Sería positivo que se analizara y además, se integrara el monitoreo periódico y sistemático de aspectos amplios de la satisfacción y la calidad, que busquen activamente la opinión de usuarios de manera representativa y no se limite a las quejas que el sistema recibe de manera pasiva. ➔ SDS, EPS, IPS, sociedad civil.
- ◆ Deben establecerse mecanismos para evaluar la implementación y cumplimiento de las normas técnicas relacionadas con el tema. ➔ SDS, EPS, IPS.
- ◆ Se sugiere el desarrollo de protocolos de control de calidad que involucren la evaluación periódica de las barreras de acceso usando métodos cuanti-cualitativos (evaluación de indicadores de rutina, encuestas de satisfacción, entrevistas, etc.). Los hallazgos de estos trabajos deben llevarse a discusión en espacios pertinentes (académicos, gremiales, intersectoriales) para sensibilizar y generar acciones correctivas. ➔ SDS, EPS, IPS, academia.

Integración intrasectorial de objetivos, metas, estrategias y sistemas de monitoreo y evaluación

- ◆ Durante el estudio se encontró que diferentes áreas del componente de SSR en el nivel de la SDS trabajan de manera desarticulada, lo cual dificulta la optimización de esfuerzos. Se sugiere que haya una integración de objetivos, metas, estrategias de monitoreo y evaluación de las diferentes áreas. ➔ SDS.

Intersectorialidad y alianzas estratégicas

- ◆ Abogar por la “operativización” de la -Comisión nacional intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos- mediante mecanismos de monitoreo y evaluación integrados desde altas instancias y apoyo al desarrollo del plan nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. Esta comisión debe garantizar la participación de los sectores salud, protección, educación, justicia, comunicaciones, trabajo, cultura, recreación y deporte. ➔ salud, educación, protección, justicia, comunicaciones, trabajo, cultura, recreación y deporte, sociedad civil, comunidad.

Bibliografía

- ADOLESCENT MEDICINE COMMITTEE CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. (1997). *Family friendly adolescent health services*. *J Paediatr Child Health* 2:356-357.
- ALVARADO, R., MARTÍNEZ, O., BAQUERO, M., VALENCIA, C., AND RUIZ, A. (2007). *Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca)*. *Rev Cienc Salud* 5(1).
- ARMSTRONG, K.A., AND STOVER, M.A. (1994). *SMART START: an option for adolescents to delay the pelvic examination and blood work in family planning clinics*. *J Adolesc Health* 15(5):389-395.
- ASPY, C., VESLEY, S.K., OMAN, R.F., RODINE, S., MARSHALL, L., AND MCLEROY, K. (2007). *Parental communication of youth sexual behavior*. *Journal of Adolescence*, 30, 449-466.
- BEARINGER, L.H., SIEVING, R.E., FERGUSON, J., AND SHARMA, V. (2007). *Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential*. *Lancet* 369(9568):1220-1231.
- BOLIVIA. (2010a). *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud*.
- (2010b). *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud*. Bolivia.
- BRINDIS, C. (2002). *Advancing the adolescent reproductive health policy agenda: Issues for the coming decade*. *J Adolesc Health* 2002 31((Suppl)): 296-309.

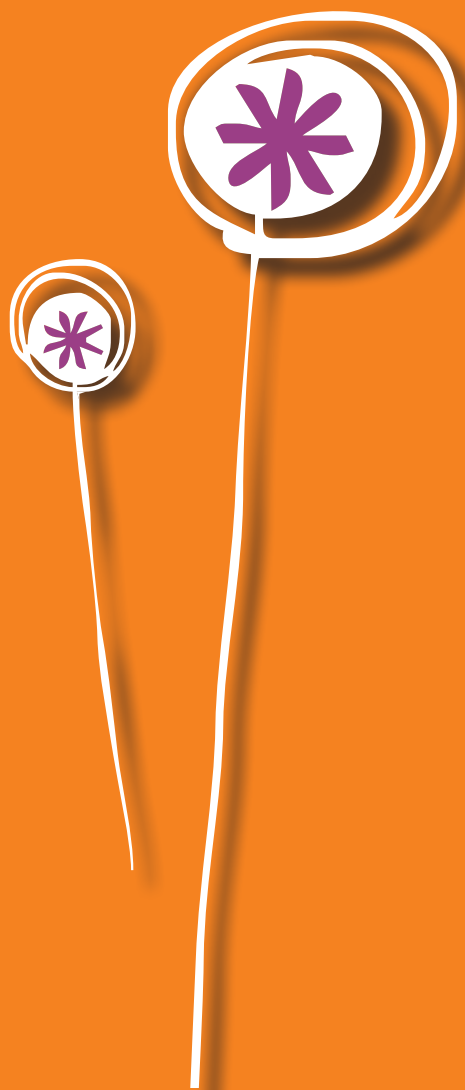
- CARDENAS, R. AND CETINA, L. (2010). *Análisis de la ejecución de las actividades de detección temprana y protección específica realizadas a la población afiliada al régimen subsidiado durante la vigencia Abril 2009 - Marzo 2010*, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Aseguramiento en Salud, Bogotá D.C.
- CARDENAS, R. AND ESTUPIÑAN, M. (2009). *Análisis de las actividades de protección específica y detección temprana del régimen subsidiado en el Distrito Capital Abril 2008 - Marzo 2009*, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Aseguramiento en Salud, Bogotá D.C.
- COLEY, R.L. AND CHASE-LANSDALE, P.L. (1998). *Adolescent pregnancy and parenthood. Recent evidence and future directions*. *Am Psychol* 53(2):152-166.
- COOK, R., DICKENS, B.M. (2000). *Recognizing adolescents 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 70:13-21.
- CULTURA SALUD. (2010) . *Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*. Documento realizado por la organización Cultura Salud para el Programa de Salud de los Y LAS ADOLESCENTES Y JÓVENES, MINISTERIO DE SALUD, CHILE.
- CURTIS, K., SINHA, S., JAYAKODY, A., VINER, R. AND ROBERTS, H. (2005). *Contraception and unsafe sex in East London teenagers: Protective and risk factors for use of contraception among black and minority ethnic young people in East London*. Paper 2 of 4 papers prepared for the Teenage Pregnancy Unit.
- DANE. Accedido en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119.
- DIRECCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SERVICIO AL CIUDADANO. *Manual de lineamientos técnicos sobre el sistema de información distrital de barreras de acceso a los servicios de salud - SIDBA*. (febrero de 2010). Asistencia Técnica Servicio al Ciudadano. Dirección de Participación Social y Servicio AL CIUDADANO. BOGOTÁ D.C, 2010.
- DITTUS, P.J., MILLER, K. S., KOTCHICK, B. A., & FOREHAND, R. (2004). *Why parents matter!: The conceptual basis for a community-based HIV prevention program for the parents of African American youth*. *Journal of Child and FAMILY STUDIES* 13:5-20.
- ECUADOR MDLSP. (s f). *Informe Final de Consultoría sobre el Diagnóstico y Superación de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva del MSP para Adolescentes y Jóvenes*.

- ERIKSON E.(s f). *Childhood and Society*. Norton and Company New York-London, 35th Aniversarry Edition.
- FLOREZ, C. (2005). *Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia*. Rev Panam Salud Pública 2005(18):6.
- FLOREZ, C. AND SOTO, V. (2007). *Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y Lineamientos de política*.
- FORTENBERRY, J. 1997. *Health care seeking behaviours related to sexually transmitted diseases among adolescents*. Am J Pub Health 87(417-20).
- GALLO, N. (2009). *Línea de base del proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Medellín: componente cualitativo*. Rev Fac Nac Salud Pública 27(3):282-290.
- GOODWIN, MM, G.J., JOHNSON, CH., GILBERT, BC., SALTZMAN, L.E. (2000). *Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997*. PRAMS Working Group. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Matern Child Health J 4(85-92).
- GUZMÁN, J. ET AL. (2000). *Diagnóstico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en America Latina y el Caribe*. Citado en Florez y Soto (2007). EAT, México.
- HUESTON, W., QUATTLEBAUM, R. AND BENICH, J. (2008). *How Much Money Can Early Prenatal Care for Teen Pregnancies Save? A Cost-Benefit Analysis*. J Am Board Fam Med 21(3):184-190.
- KANG, M., BERNARD, D. AND USHERWOOD,T. (2005). *Better practice in youth health: final report on research study access to health care among young people in New South Wales: phase 2*. Centre for the Advancement of Adolescent Health, Children's Hospital at Westmead and Department of General Practice, University of Sydney at Westmead Hospital: Sydney: New South Wales.
- KEFFORD, C., TREVENA, L,J. AND WILLCOCK, S.M. (2005). *Breaking away from the medical model: perceptions of health and health care in suburban Sydney youth*. Med J Aust, 183 (8):418-421.
- LONDOÑO VÉLEZ, A. (2006). *Desplazamiento y dignidad. Atención a las condiciones de género y salud sexual y reproductiva para la población desplazada por la violencia, con énfasis en adolescentes*. UNFPA.

- MCCARTHY, J. AND UPCHURCH, D. (1990). *The Timing of a First Birth and High School Completion*. *American Sociological Review* 55(2):224-234.
- MEDICINE. SFA. (2004). *Access to health care for adolescents and young adults: position paper of the Society for Adolescent Medicine*. *J Adolesc Health* 35:342-344.
- MEJÍA, M., MONTOYA, P., BLANCO, A., MESA, M., MORENO, D. AND PACHECO, C. (2010). *Barreras para el Acceso de Adolescentes y Jóvenes a Servicios de Salud. Propuesta para su identificación y Superación*. Documento Regional. UNFPA. Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.
- MILLER, K., WYCKOFF S, LIN. C, WHITAKER, D., SUKALAC, T., AND FOWLER, M. (2008). *Pediatricians' Role and Practices Regarding Provision of Guidance About Sexual Risk Reduction to Parents*. *J Prim Prev* 29(3):279-291.
- MPS, AND CANCEROLOGÍA IND.(2007). *Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia*. Guías de práctica clínica, número 3. Bogotá.
- COLOMBIA, MPS, AND UNFPA. (2010). *Barreras para el Acceso de Adolescentes y Jóvenes a Servicios de Salud*. Lineamientos de propuesta para su identificación y superación. Documento en construcción.
- MSP E. *Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador 2004 – 2014*. En http://www.cinna.gov.ec/_upload/Plan_Prevencion_Embarazo_Adolescente.pdf.
- OMS. (1975^a). *El Embarazo y el Aborto en la Adolescencia* Informe Técnico n° 583. Disponible en: http://whqlibdocwho.int/trs/WHO_TRS_583_spapdf
- (1975b). *El Embarazo y el Aborto en la Adolescencia*. Informe Técnico n° 583,1975. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583_spa.pdf
- OPS. (2005). *IMAN Servicios: Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes*.
- (2007). *Salud en las Americas. Capítulo 2. Condiciones de salud y sus tendencias*. Regional. Publicación científica y técnica No.622 1.
- OPS/UNFPA/UNICEF/MPS. (2007). *Guías Técnicas del Proyecto Integral: Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH*. Bogotá, Colombia.

- ORAS-CONHU. (2009). *Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregion Andina*. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue / Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes - Lima.
- OZER, EM., ADAMS SH, LUSTIG JL, MILLSTEIN SG, CAMFIELD K, EL-DIWANY S, VOLPE S, AND IRWIN CE, JR. (2001). *Can it be done? Implementing adolescent clinical preventive services*. Health Serv Res 36(6 Pt 2):150-165.
- PALLITO, C., O'CAMPO, P. (2004). *The relationship between intimate partner violence and unintended pregnancy: analysis of a national sample from Colombia*. Int Fam Plan Perspect 30 165-173.
- PAPALIA, D., WENDKOS, S. AND DUSKIN, R. (2003). *Desarrollo cognitivo* Desarrollo Humano 8:426-443.
- PAPALIA, D., WENDKOS, S. AND D, R.(2003). *Adolescencia: una transición en el desarrollo*. Desarrollo Humano 8:409-410.
- PEARSON, S. (2003). *Promoting sexual health services to young men: findings from focus group discussions*. J Fam Plann Reprod Health Care 29(4):194-198.
- POSITION PAPER OF THE SOCIETY FOR ADOLESCENT MEDICINE. (2004). *Access to Health Care for Adolescents and Young Adults*. Journal of Adolescent Health 35:342-344.
- PROFAMILIA. (2005). *Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas*. Disponible en: <http://www.profamiliaorgco/encuestas/04d/esplazadas/01capituloshtm>.
- . (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS 2010*, Colombia.
- PROFAMILIA, MPS, ICBF, AND USAID. (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Colombia.
- PROFAMILIA. (1998). *Embarazo y fecundidad en la adolescencia*. Dialoguemos sobre salud sexual y reproductiva. Boletín de circulación nacional, Bogotá 2.
- REDDY, D., FLEMING, R., AND SWAIN, C. (2002a). *Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services*. JAMA 288(6):710-714.
- REDDY, D.M., FLEMING, R., AND SWAIN, C. (2002b). *Effect of mandatory parental notification on adolescent girls' use of sexual health care services*. JAMA 288(6):710-714.

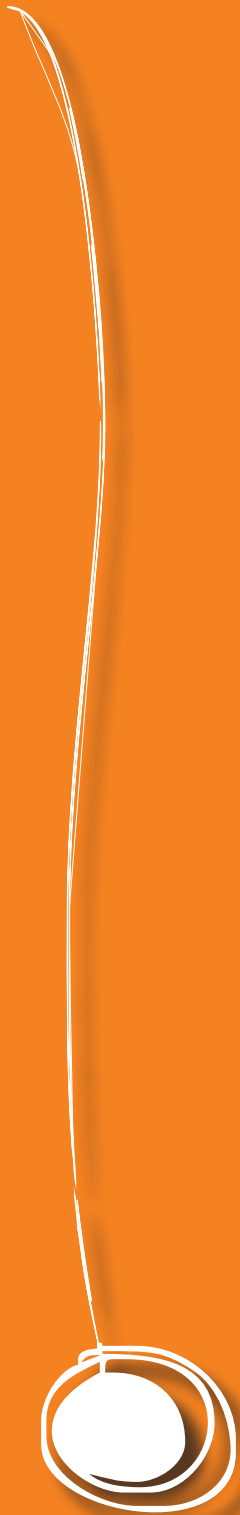
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. (2005). CONPES Social 91 “*Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015*”. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/o/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/091.pdf>
- SÁNCHEZ, A., WENDY, A. Y CARLOS, L. (2009). *Guatemala: Estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar para identificar estrategias que mejoren el acceso hasta el último rincón del país*. Arlington, Va.: USAID / PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.
- SÁNCHEZ, M. (2004). *Poder de negociación en la adolescencia*. Bogotá: Profamilia. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/jovenes/006_publicaciones/publicaciones.htm
- SOCIETY AMCCP. (1997). *Family friendly adolescent health services*. *J Paediatr Child Health* 2:356-357.
- TARTER, R.E. (2002). *Etiology of adolescent substance abuse: a developmental perspective*. *Am J Addict* 11(3):171-191.
- VÁSQUEZ, R., PIÑEROS, S. (1997). *Psicopatología en madres adolescentes*. Bogotá. *Pediatría* 32(4):229-238.
- WELLINGS, K., COLLUMBIEN, M. AND E, S. (2006). *Sexual behaviour in context: a global perspective*. *The Lancet* 368:1706-1728.
- WHO. (2002). *Adolescent Friendly Health Services — An Agenda for Change*.
- YEPES, F, R.M., ZAMBRANO, A. (s f). *Barreras de Acceso a Servicios de Salud para Menores de cinco años en Bogotá*. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- YOUTH, AF. (2006). *Effective sex education*. The Facts.



MOVILIZACIÓN SOCIAL POR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN BOGOTÁ

SANDRA LILIANA OSSES RIVERA / ADRIANA MARÍA BOTERO VÉLEZ

JULIÁN ANDRÉS RIVEROS CLAVIJO





RESUMEN

El presente documento hace referencia a los resultados obtenidos en el proceso de documentación y sistematización de la Línea de Movilización Social del Convenio 698 de 2008, suscrito entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Secretaría Distrital de Salud (SDS), cuyas acciones se desarrollaron en la ciudad de Bogotá en el ámbito institucional y en las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Kennedy y Suba durante 2008 y 2009.

En torno a la pregunta: ¿Es la movilización una estrategia efectiva en la gestión de acciones que conlleven a mejorar la capacidad institucional y de los actores locales en la promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR) y los derechos sexuales y reproductivos (DSR)?, se realiza un análisis que propone operaciones hermenéuticas y articula procesos de documentación y sistematización con el fin de reconstruir los procesos emprendidos en desarrollo de la línea de movilización, extraer lecciones, identificar buenas prácticas, generar conocimientos y proponer recomendaciones que permitan que la experiencia sea potenciada, mejorada y compartida en contextos similares. El texto constituye un análisis riguroso que aporta elementos conceptuales, metodológicos y estratégicos clave en la comprensión del rol de la movilización social en la promoción de los DSR y la SSR, especialmente con jóvenes y adolescentes.

Palabras clave: Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), Salud Sexual y Reproductiva (SSR), movilización social, sistematización, jóvenes y adolescentes, Bogotá.

ABSTRACT

The article presents the results obtained in the process of documentation and systematization of Social Mobilization Line of Convention 698 of 2008 signed by the Population Fund-UNFPA United National and District Health Department, whose shares were held in the city Bogotá at the institutional level and in the neighborhoods of Bosa, Ciudad Bolívar, San Cristobal, Kennedy and Suba during the years 2008 and 2009.

On the other side, the research is about the question ¿Is mobilizing an effective strategy in the management of actions leading to improve the institutional capacity of local actors in the Promotion of Sexual and Reproductive Health (SRH) and Sexual and Reproductive Rights (SRR)? At the same time, develops an analysis which suggest hermeneutical operation that articulate documentation and systematization processes; in order to, reconstruct the processes undertaken in developing the line, drawing lessons, identifying good practice, generating knowledge and proposing recommendations that allow the experience to be enhanced, improved, and shared in similar contexts. The text provides a rigorous analysis, which provides conceptual methodological, and strategic key; in order to, understand the role of social mobilization in the promotion of SRR, especially with youth and adolescents people.

Keywords: Sexual and reproductive rights, sexual and reproductive health, social mobilization, systematization, young and adolescents, Bogotá.



Introducción

Colombia es un país con alta prevalencia de embarazos adolescentes y violencia contra las mujeres¹, y Bogotá, su capital, es una de las ciudades del país con mayor incidencia de estas problemáticas. Sin embargo, es también una ciudad que se ha convertido, en los últimos años para el país, en referente de la promoción de DSR. Este lugar lo ha ganado por la capacidad de los gobiernos locales de trascender la mirada meramente asistencialista de la SSR hacia un enfoque de derechos, acompañados por la asistencia técnica del Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA-, como el organismo de Naciones Unidas encargado del seguimiento y aplicación del Programa de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo de 1994. Productos desarrollados por el Convenio SDS - UNFPA como el protocolo de atención en salud a los casos de violencia sexual y las campañas comunicativas “Tu cuerpo es territorio seguro” y “Que tu primer amor sea el amor propio” han permitido que Bogotá se mantenga a la vanguardia en las acciones y programas desarrollados en el campo de la SSR y los DSR.

El Convenio 698 de 2008 suscrito entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Secretaría Distrital de Salud (SDS) tiene como propósito fundamental “Apoyar a la Secretaría de Salud de Bogotá en la gestión de acciones que conlleven a mejorar la capacidad

¹ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005, el 9,6 de los niños nacidos entre 2000 y 2005 estuvieron en riesgo porque sus madres eran menores de 18 años y de acuerdo con los dictámenes sexológicos de Medicina Legal, en 2008 se denunciaron 15.894 casos de violencia sexual contra mujeres, por dar un par de ejemplos.

institucional y de los actores locales en la promoción de la SSR y de los DSR, que faciliten la prevención del embarazo en adolescentes mediante el fortalecimiento de la capacidad técnica institucional; la movilización social, el desarrollo de estrategias de comunicación masiva y directa; la creación de conocimiento y la aplicación de sistemas de monitoreo y evaluación”. Para darle cumplimiento se propuso el desarrollo de cuatro líneas de acción:

- ❖ Fortalecimiento de la capacidad técnica institucional.
- ❖ Movilización social y Promoción de DSR y la Equidad social.
- ❖ Estrategias de comunicación masiva y directa.
- ❖ Creación de conocimiento, Monitoreo y Evaluación.

En este contexto se presentan los resultados de la documentación, sistematización y análisis de los procesos de movilización social en DSR, en el marco del Convenio SDS-UNFPA, durante 2008 y 2009. El propósito central de la sistematización fue obtener una visión integral de la Línea de Movilización con el fin de reconstruir los procesos desarrollados, identificar buenas prácticas y extraer aprendizajes para, finalmente, entregar un conjunto de recomendaciones surgidas del análisis del proceso que sirvan para marcar rutas de desarrollo y proyecciones de las acciones que se adelantan en la promoción de los DSR y la SSR en esta y otras experiencias en Colombia y en otros países con contextos similares.

Tipo de trabajo

Se trata de una sistematización ex post con investigadoras externas, con participación de todas las partes interesadas en el proceso. La sistematización se define como:

una interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y en este caso reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido (...) produce un nuevo conocimiento, un primer nivel de conceptualización a partir de la práctica concreta que le posibilita su

comprensión, apunta a trascenderla, a ir más allá de ella misma y debe ser socializada (Jara, O. 1997).

En este caso específico, la sistematización se comprende como una herramienta de investigación cualitativa, con enfoque crítico interpretativo que pretende describir e interpretar prácticas sociales singulares dando un lugar privilegiado al punto de vista de los actores, a la subjetividad, así como a la lógica y a los sentidos que están presentes en las prácticas. Se trata de un proceso que, vinculado a la documentación, permite obtener herramientas para, a partir de la triangulación y complementación, identificar buenas prácticas, aprendizajes y hacer recomendaciones.

Abordaje metodológico e hipótesis de partida

La sistematización se elaboró entorno a una pregunta eje: *¿Es la movilización una estrategia efectiva en la gestión de acciones que conlleven a mejorar la capacidad institucional y de los actores locales en la promoción de la SSR y los DSR?* Esta pregunta funcionó a su vez como hipótesis de trabajo que orientó la construcción de un modelo diseñado para orientar el desarrollo de la sistematización:

Gráfico 1. Modelo de la sistematización



Desarrollo de la sistematización

Sobre el modelo diseñado el desarrollo de la sistematización se hizo a través de cuatro fases que no son necesariamente consecutivas y se interrelacionan estrechamente.

Fase 1. La documentación

Realizada a partir de la clasificación, categorización y análisis de fuentes secundarias que permitió reconocer el mapa de categorías de la línea de movilización social. Fueron analizados y codificados 103 documentos dentro de los que se encontraron: términos de referencia, resultados de investigaciones, informes de talleristas y de profesionales en ciencias sociales, notas técnicas y presentaciones del Convenio, de los cuales se seleccionaron 80 para codificarlos en N-Vivo; un software especializado en la clasificación de la información de carácter cualitativo, que facilita el ordenamiento de los textos a partir de las categorías que emergen de dicha información.

Fase 2. El lugar del Convenio al interior de la Secretaría

Paralelamente el proceso exigió identificar el lugar del Convenio, así como su estructura y práctica organizacional al interior de la SDS para delimitar claramente los alcances del mismo y el objeto de la sistematización.

Fase 3. La reconstrucción de la línea y sus procesos de movilización social

Esta reconstrucción de los procesos realizados entre 2008 y 2009 en el marco de la línea de movilización social se llevó a cabo a partir de fuentes primarias representadas en las voces de personas que han hecho parte del desarrollo de los procesos de movilización en el marco del Convenio. Para la recolección de la información se

emplearon diversas técnicas de investigación cualitativa como las entrevistas estructuradas y semi estructuradas (18), los grupos focales (3) y talleres (2) aplicados a implementadores/as, diseñadores/as y participantes de los procesos sistematizados, siendo incorporadas las voces de 42 personas.

Fase 4. Análisis e interpretación

El análisis e interpretación de los resultados obtenidos se realizó a través de un ejercicio sistemático de triangulación y complementación con las siguientes operaciones hermenéuticas:

- ④ Identificación de la relación entre categorías extraídas del proceso de documentación y las acciones de la línea de movilización.
- ④ Identificación y reconocimiento del sentido aportado por los actores a la categoría de movilización.
- ④ Construcción de hipótesis de acuerdo con la pregunta orientadora propuesta.
- ④ Extracción de conclusiones tras la triangulación de los elementos identificados.
- ④ Interpretación de los resultados de la triangulación para extraer lecciones aprendidas y buenas prácticas.
- ④ Redacción de recomendaciones.

Hallazgos y Discusión

Proceso de documentación

Se procedió a establecer categorías a partir de la revisión documental realizada encontrándose un mapa de categorías y subcategorías que dominan la base documental del Convenio (tabla 1).

Tabla 1. Categorías y subcategorías de los documentos base del proceso de movilización

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Determinantes en SSR	Acceso a servicios de salud DSR-SSR Embarazo temprano ITS/VIH/SIDA Maternidad y Planificación Violencia sexual
Enfoques	Enfoque de derechos Enfoque de género Masculinidades Enfoque diferencial Otros enfoques
Movilización social y Trabajo en redes	
Juventudes	
Imaginario	

La categorización de los documentos en cinco categorías generales y once subcategorías es un primer hallazgo del proceso, pues fueron extraídas de la misma lógica de construcción documental analizada y por tanto, se puede deducir que conforman la batería conceptual de la línea de movilización. En cuanto a las categorías encontradas se puede observar su frecuencia en el gráfico 2.

En frecuencia de aparición la categoría denominada Determinantes en SSR alcanza casi el 50% de aparición frente a las demás, lo cual puede significar que el marco contextual de las acciones y la configuración de la situación problemática que se atiende es lo que ha tenido más peso en el desarrollo conceptual de la línea. A continuación, se describen los hallazgos más importantes del ejercicio de documentación por cada una de las categorías:

Determinantes en salud sexual y reproductiva

Designa la categoría que abarca todos los temas referentes a la SSR, y que constituyen los indicadores en salud identificados como relevantes en los documentos, factores que deben ser abordados conceptual y prácticamente por parte de las organizaciones o individuos que tomen parte en alguna actividad realizada en el Convenio (gráfico 3).

Gráfico 2. Frecuencias relativas de aparición de las categorías por palabra y por párrafo

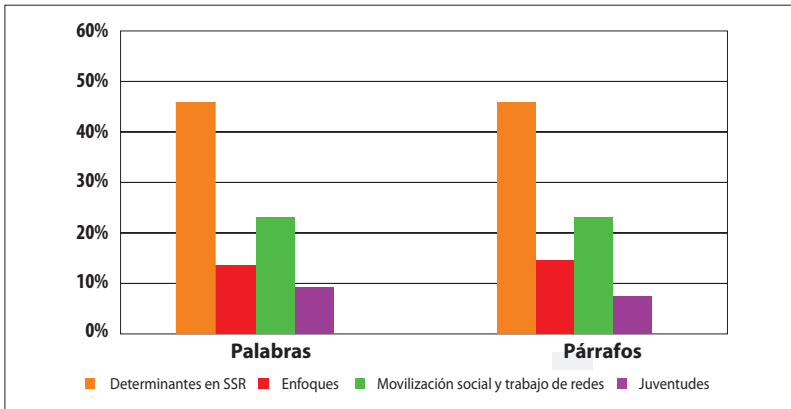
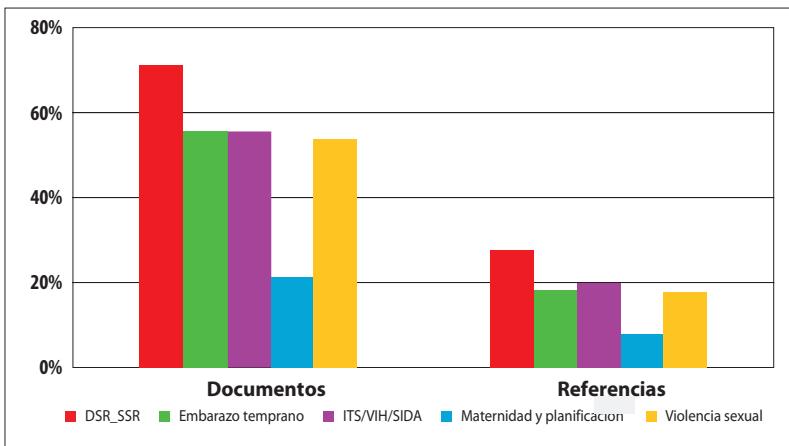


Gráfico 3. Frecuencias relativas de aparición de las subcategorías reunidas en determinantes sociales



La subcategoría DSR-SSR es la de más frecuencia de aparición, lo cual permite pensar que esta sería la variable incidente más directa en las acciones de la Línea. Los temas de DSR y DSR se presentan al mismo tiempo como marco o referencia para la acción, objetivo que orienta las acciones y la meta a ser alcanzada tras ellas.

De otra parte, las subcategorías Embarazo temprano, ITS/VIH/SIDA, Violencia sexual, Maternidad y Planificación, y acceso a servicios de salud le siguen en orden de frecuencia, constituyendo el referente empírico o la concreción de la realidad problemática de la población que atiende directamente el proyecto, es decir, aquellos problemas o situaciones que deben ser transformados a través de los procesos de movilización que se emprenden. Ello también se debe a que la mayor parte de los documentos son términos de referencia e informes que deben mantener una coherencia y responder a los marcos de sentido y acción del Convenio y en particular de la Línea de movilización.

Movilización social y Trabajo en redes

Agrupar todas las referencias hechas a los conceptos de Trabajo en red y Movilización social, ya sean sus definiciones conceptuales, aplicación práctica, resultados o metas. Tiene un 26% de participación en la producción documental. Es importante destacar que su presencia tiene que ver con un alto nivel de menciones de la Línea en términos operativos o para nombrarla, en contraste con una menor profundización conceptual frente a la categoría precedente.

Enfoques

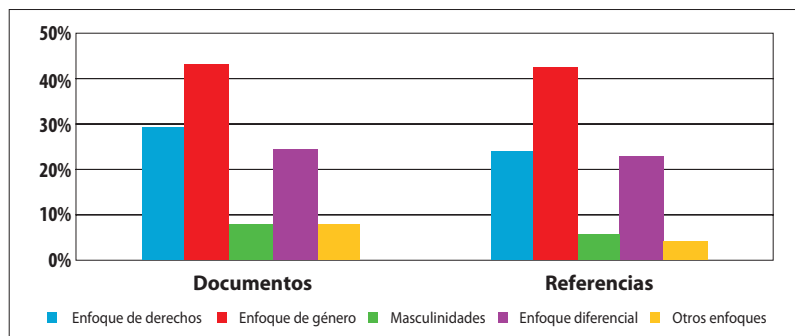
Esta categoría recopila los diversos enfoques usados dentro del Convenio SDS-UNFPA, no sólo como perspectivas metodológicas incluidas en las investigaciones de manera transversal, sino también como objetivos. Se compone de tres subcategorías principales: enfoque de derechos, enfoque de género y enfoque diferencial, además, se incluye otro descriptor denominado, otras categorías, que agrupa algunas

cuestiones como la prevención del riesgo y la calidad de vida que son aludidas como enfoques, pero no se desarrollan.

La importancia de los enfoques reside en que constituyen las miradas a través de las cuales se abordan (o se deberían abordar) tanto en la teoría (el marco de conocimientos que está al servicio institucional) como en la práctica (la aplicación de estos conceptos y miradas en la ejecución de las acciones) y los procesos emprendidos en la Línea de movilización. Además de verse en los dos niveles descritos atraviesan en menor o mayor medida las demás categorías, unas de forma más explícita que otras. También, se observa que generalmente los enfoques se abordan de manera conjunta y se informan unos a otros. La categoría denominada enfoques tiene el 16% de presencia en los documentos.

En la totalidad de los documentos se muestra el porcentaje de referencias hechas en la categoría (120 referencias). La subcategoría enfoque de género es la que más aparece, seguida por el enfoque de derechos. La inclusión del enfoque de género da cuenta de la orientación que desde la línea se da a los dos objetivos prioritarios en esta etapa - la disminución del embarazo adolescente y la prevención de la violencia sexual- (de mayor prevalencia e incidencia en mujeres), los cuales están directamente relacionados con la persistencia, en diverso grado, de una cultura patriarcal, que hace necesario pensar las intervenciones desde el género. Se trata entonces, de un enfoque que da prioridad, en este caso, a la dimensión cultural de la problemática que es abarcadora de los condicionantes o determinantes sociales concretos.

Gráfico 4. Frecuencia relativa de aparición de las subcategorías para enfoques



El enfoque de derechos aparece dentro de esta categorización en segundo lugar. Sin embargo, si se tiene en cuenta que la subcategoría SSR-DSR remite directamente al enfoque de derechos como el predominante en todos los aspectos de la línea se puede inferir que éste tiene una mayor participación en los discursos analizados. Como enfoque transversal el enfoque de derechos constituye el marco que orienta prácticamente todas las categorías tanto operativas como conceptuales, que se desarrollan en los documentos de la Línea de Movilización.

Juventudes e Imaginarios

Son las dos categorías de menor aparición en los documentos, pero que se identificaron con independencia temática. En la categoría Juventudes se incluyen todas las referencias hechas al grupo de edad que se contempla como prioritario dentro del Convenio SDS-UNFPA, ya sea desde la visión de sus problemáticas, objetivos a cumplir o formas de trabajar con ellos/as mismos/as. Aunque esta categoría analíticamente podría incluirse como un aspecto más del enfoque diferencial, para el caso concreto de la Línea es una categoría “estructurante” debido a que reúne los conceptos de juventud y adolescencia que finalmente se traducen en el sujeto central de las políticas y acciones.

La categoría de Imaginarios se ubicó dentro de la codificación en forma independiente porque alude a una concepción que no deriva de los enfoques ni los determinantes señalados, y a pesar de su escasa participación en la totalidad de documentos es notable el esfuerzo por su conceptualización. El documento que desarrolla esta categoría² es valioso en cuanto a proceso de producción de conocimiento.

² CONVENIO UNFPA-SDS informe_final_reconocimiento_de_imaginarios_en_SSR_PRISMA_noviembre_2009

Conclusiones

Una buena práctica de la Línea de movilización social es la coherencia encontrada entre el marco del Convenio, los términos de referencia y los informes de quienes ejecutan acciones en la Línea, porque ello refleja claridad en el ámbito de acción y el carácter misional de ella. Se considera muy importante ordenar procesos de documentación como estrategia para que la información producida contribuya a la toma de decisiones, optimización de procesos (especialmente procesos de empalme y transición) y seguimiento al desarrollo de esta línea de movilización.

En síntesis se puede derivar del proceso de documentación que, a pesar de no ser su objetivo, la Línea produce información de manera permanente, tanto información técnica específica, como conocimiento y construcción de sentido de experiencia, lo cual constituye un acervo de gran valor para el Convenio y la SDS.

Recomendaciones

Como resultado de este proceso de documentación se entrega una recodificación de los archivos digitales producidos hasta ahora en desarrollo de la Línea de movilización, que constituye una base para el ordenamiento de la información que se siga produciendo en adelante. Es recomendable estructurar y mantener procesos de documentación y recodificación de archivos para las acciones futuras del Convenio y de la SDS en general pues puede generar conocimiento útil y pertinente para la acción.

En la base documental revisada se hallan referencias bibliográficas pertinentes y completas. Una iniciativa que puede ser útil para el desarrollo de la Línea es el acopio de referencias bibliográficas con el fin de construir un banco de fuentes y bibliografía que pueden ser útiles en la consolidación de un marco conceptual para la acción.

La sistematización: reconstrucción de la línea de movilización social

Si bien se tiene conciencia de que las acciones de la Línea de movilización social inciden en los determinantes de la salud, una sistematización no llega a medir los impactos en relación con los indicadores y objetivos trazados, sino que se limita a reconstruir e interpretar de manera crítica -y en este caso ex post- las acciones desarrolladas en el marco de la línea de movilización social.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y su expresión operativa el Plan Nacional de Salud Pública reconocen en el enfoque de derechos una oportunidad importante para mejorar y superar el conjunto de determinantes negativos de la SSR, y así aparece en el fundamento del Convenio. Sobre los diversos análisis, lecturas de contextos y cifras estadísticas que figuran en los documentos base del Convenio se identifica que una de las necesidades prioritarias es la formación de los profesionales de la salud que mantienen relación con las comunidades a través de los hospitales:

Lo que nosotros hemos pretendido es que actores institucionales como Integración Social, Secretaría de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretaría de Cultura, Planeación Distrital, se involucren en el tema de las infecciones de transmisión sexual, el VIH SIDA, en el tema del abuso y la violencia sexual, del embarazo en adolescentes. Buscamos que todos hablemos el mismo idioma, y trabajemos unidos (Coordinadora técnica del Convenio SDS-UNFPA)

Adicionalmente, desde el enfoque de derechos se hace necesario empoderar a la población; por un lado, enfatizando en el empoderamiento de las mujeres para la construcción de una sociedad más equitativa, y de otro, empoderando a los/as usuarios/as de los servicios³ y, formando y fortaleciendo líderes colectivos que repliquen la información en sus contextos comunales y sean capaces de desarrollar acciones de prevención.

³ CONVENIO UNFPA-SDS politica_nacional_de_salud_sexual_y_reproductiva_ministerio_de_proteccion_social_febrero_2003

Con las acciones de la Línea buscamos que sobre todo los adolescentes y jóvenes (sic) sepan a qué tienen derecho, que estén en capacidad de exigirlos. Se trata de poder llegar a apoyar y fortalecer las iniciativas locales, luego de esta fase de capacitación en DSR en DSR, en liderazgo de las organizaciones comunitarias y de creación de iniciativas locales. (Profesional en ciencias sociales Convenio SDS - UNFPA).

Estas acciones son posibles sobre marcos normativos que les legitiman y confieren sentido dentro de los que se cuentan la Política de juventud Bogotá 2006-2016, el Acuerdo No. 143 de marzo de 2003; el Acuerdo No. 191 del 20 de diciembre de 2005, entre otros⁴.

Objetivos de la línea de movilización social del Convenio

En la documentación se identificaron los siguientes objetivos para ser abordados desde la Línea de movilización social:

- ④ Promover la SSR y los DSR a través de la movilización social y la sensibilización, identificando y apoyando los grupos y las redes juveniles, orientado a formar líderes/as, que repliquen el conocimiento y le den perdurabilidad al proceso.
- ④ Fortalecer los procesos de movilización social y desarrollar iniciativas que legitimen la voz de los/as adolescentes, potenciando el trabajo intersectorial con diversos actores.
- ④ Promover los DSR, desde un enfoque sistémico, atendiendo no sólo a los individuos, sino interviniendo en los contextos donde se desarrollan sus vidas.
- ④ Consolidar grupos de trabajo intersectoriales con entidades y actores importantes para la estrategia de prevención del embarazo temprano.

⁴ CONVENIO UNFPA-SDS TORs_profesional_en_ciencias_socialescamilo_luna

- ❖ Fortalecer la capacidad técnica institucional, la movilización social, el desarrollo de estrategias de comunicación masiva, para facilitar el abordaje de la sexualidad para la población objeto.
- ❖ Realizar la sistematización y seguimiento a la implementación de estrategias comunitarias de sensibilización y movilización social en SSR. Fortalecer los procesos de movilización social e iniciativas que legitimen a los/as adolescentes, generando nuevos significados sobre la sexualidad.
- ❖ Potenciar el trabajo intersectorial y desarrollar estrategias pedagógicas para la prevención de la violencia sexual y el embarazo temprano.
- ❖ Capacitar al personal de salud para tratar a víctimas de Violencia Sexual.
- ❖ Abordar de manera contundente la resignificación de imaginarios y construcciones morales de padres y madres de adolescentes en torno a la sexualidad, específicamente al conocimiento, uso y apropiación en la cotidianidad de los métodos anticonceptivos modernos.

Con el fin de alcanzar estos objetivos el Convenio SDS-UNFPA ha adelantado estrategias como capacitación del personal de salud, encuentros con jóvenes donde se ha reconocido la importancia de tomar decisiones frente a la sexualidad -elemento central para no ser víctimas de violencias-, y fortalecimiento de las redes sociales y la gestión del conocimiento que facilite los procesos de movilización social en torno a los DSR.

Los ejes de acción de la línea de movilización social 2008-2009

Entre 2008 y 2009 las acciones de la Línea se concentraron en trabajo intersectorial, capacitaciones a profesionales de la salud que atienden jóvenes, trabajo con organizaciones comunitarias e intervenciones en el marco de procesos de investigación.

Gestión del conocimiento

- ⑤ Investigaciones sobre el campo de la sexualidad y la SSR aplicados a los objetivos del Convenio.
- ⑥ Para construir conocimientos que permitan un mayor impacto de las acciones de movilización social del Convenio. Se realizaron entre 2008 y 2009 cuatro investigaciones, tres de ellas contratadas por el Convenio y otra que recibió apoyo del mismo⁵.

Metodologías lúdico-artísticas para el reconocimiento de imaginarios de adolescentes y jóvenes frente a los servicios de salud en las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar y Kennedy⁶

El objetivo del estudio fue:

explorar los imaginarios de los[/as] adolescentes y jóvenes en relación [con] la prestación de los servicios de salud y en particular los servicios en DSR[. De] igual forma sus imaginarios en relación [con] las [ITS], el VIH/SIDA y el embarazo adolescente, y en cotejar sus aportes en torno a la prestación de los servicios en SSR, como sugerencias y planteamientos que aporten de manera prospectiva a su implementación y mejoramiento.

Con la participación de 216 organizaciones de jóvenes y adolescentes de Ciudad Bolívar (91), Bosa (66) y Kennedy (59) se realizaron 15 encuentros en cada localidad, y en cada uno se implementaron metodologías lúdicas y artísticas que posibilitaron el proceso de formación en artes escénicas para el montaje de tres puestas en escena, producto de los imaginarios de los/as adolescentes y jóvenes participantes; así mismo, se construyeron y aplicaron instrumentos de recolección de información como diarios de campo y encuestas que permitieron conocer algunos referentes de los/as jóvenes en torno a la sexualidad, la reproducción y la atención.

- 5 Las tres investigaciones contratadas se analizaron en el proceso de sistematización y en cuanto a la investigación denominada Inventudes, se realizó por parte del Convenio un acompañamiento puntual por lo que no se incluye.
- 6 Desarrollada por la Fundación PRISMA.

Para los/as participantes el desarrollo de los talleres constituyó un espacio que generó además de información específica sobre SSR, la posibilidad de “aprender cosas nuevas”, divertirse y establecer nuevas relaciones de amistad con personas no sólo de su localidad, sino de otras, y de diversas edades. Quienes participaron consideran un acierto del proceso el que se haya realizado durante el periodo vacacional, porque permitió que los/as participantes usaran su tiempo libre en una actividad de formación y enriquecimiento personal, y al mismo tiempo garantizó la asistencia. En la sistematización se pudo identificar que los rangos de edades de los grupos que se formaron para desarrollar el proceso fueron muy heterogéneos: desde 11 años, hasta jóvenes de 18 y 19 años, pero la participación predominante fue de adolescentes y la mayoría de jóvenes desertaron antes de terminar el proceso.

Es importante señalar que no se logró en desarrollo de este proyecto una coincidencia o encuentro con otros jóvenes que se han vinculado a la Línea de movilización, o se encuentran familiarizados con los temas de SSR a través de los diferentes espacios que se desarrollan desde las ESE, ni con los mismos enlaces de la SDS en los territorios locales.

Ellos llegaron a través del ámbito escolar, y nosotros comentamos con el compañero del ámbito de juventud del área de gestión local, que también llevaba un montón de tiempo aquí en el hospital, que les ayudamos a establecer el contacto, pero nunca supimos qué pasó en ese proceso, no tenemos ni idea (Referente del ámbito comunitario del Hospital Vista Hermosa de Ciudad Bolívar)⁷.

En este punto se refleja nuevamente la gran complejidad de la estructura de la SDS en su atención en las localidades y se pone de manifiesto la necesidad de seguir avanzando en mayor coordinación con los encargados locales, como ha sido el propósito de la Línea de movilización del Convenio en la construcción y fortalecimiento de redes juveniles, que permitan potenciar y optimizar los procesos de formación y otras intervenciones.

⁷ Entrevista referente del ámbito comunitario del Hospital Vista Hermosa de Ciudad Bolívar.

Conclusiones

- ◆ *Condición juvenil, una categoría emergente:* Si bien la categoría de juventudes asumida por el Convenio reconoce la variedad de aspectos que inciden en la consolidación de identidades juveniles, algunos autores, como Rossana Reguillo y Germán Muñoz entre otros, acuden a variables sociológicas para explicar que esta es una condición que va más allá de aspectos biológicos como la edad, o de etapas de desarrollo y está más centrada en cuestiones culturales como hábitos, consumos, lenguajes, simbologías. Estas variables responden de manera más directa a la búsqueda y reconstrucción de sus imaginarios, su caracterización es necesaria y puede ayudar concretamente al diseño de metodologías apropiadas a sus lenguajes cotidianos.
- ◆ *Prácticas y lenguajes juveniles con sentido propio:* Como se pudo advertir en el taller de sistematización con jóvenes y adolescentes cada una de las localidades tiene sus propias dinámicas, características y rasgos culturales, que generan dinámicas de adolescentes y jóvenes con elementos propios del contexto en que viven.

Recomendaciones

Es necesario avanzar en estrategias que permitan que los/as adolescentes y jóvenes, con sus prácticas y lenguajes propios, incidan y transformen sus contextos cotidianos vitales pues sólo así se consiguen aprendizajes significativos, es decir, aquellos que logran transformaciones en la vida cotidiana de los sujetos sociales.

- ◆ *Las causas de la deserción, un aprendizaje por evaluar:* Como parte de un proceso de evaluación de los impactos del Convenio valdría la pena indagar por qué desertaron la mayoría de los jóvenes y permanecieron los/as adolescentes. ¿Qué incidencia tienen factores como la diferencia de edad e intereses, los tiempos, los temas propuestos y los lenguajes diferenciados?

Metodología para el trabajo en red y de sensibilización y movilización en DSR⁸

Esta investigación tuvo como objetivo “diseñar una metodología para trabajar en red sobre la temática de DSR a partir de un enfoque diferencial por momento vital, y según condición social, género, identidades y orientación sexual, etnias, discapacidad y poblaciones especiales”. Con la participación de jóvenes de las localidades de Suba, Bosa y San Cristóbal, CINDE emprendió un proceso de acercamiento a grupos o espacios comunitarios para identificar grupos juveniles o jóvenes que quisieran hacer un trabajo de conformación de redes para promoción en SSR y DSR. Como lo explica uno de los animadores del proceso en la localidad de Suba,

En muchos casos tuvimos que partir de cero y tratar de armar los grupos, pues muchos de los jóvenes con los que trabajamos no eran propiamente de un grupo, sino que por ejemplo hacían parte de un comedor comunitario o de algún proyecto. Entonces tuvimos que partir de explicarles lo que significa el trabajo en equipo y el trabajo en red para motivarlos.

Especialmente en las primeras sesiones, 91 jóvenes fueron los que participaron con asiduidad, siendo Suba la localidad con mayor asistencia. El promedio de edad de los/as participantes fue de 15 años, de estratos 1 y 2. Las/os participantes destacaron como positivo el uso de metodologías lúdicas (juegos, competencias, reflexiones, exposiciones).

Para los/as participantes el evento final en el cual desarrollaron presentaciones diversas de tipo cultural y se pudieron encontrar con niños, niñas y jóvenes de otras localidades fue lo más importante. Es importante destacar que quienes participan en estos talleres logran potenciar sus capacidades de liderazgo y autonomía y en algunos casos pueden, a partir de la intervención, pensar que son capaces de generar iniciativas autónomas a través de la construcción de redes. Aunque este trabajo no giraba en torno a imaginarios, el hecho de afrontar temáticas relacionadas con los DSR permite que quienes se

⁸ Realizada por la Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE

vinculan a proceso posteriormente reconozcan que “han aprendido mucho y ya no piensan como antes”.

Recomendación

- ◆ *Propuestas para revisar.* El trabajo de CINDE culminó con la presentación de una propuesta metodológica de 12 fases, desarrolladas a través de una organización operadora que canalice la contratación y convocatoria de organizaciones de base comunitaria para el desarrollo del trabajo en red en DSR, bajo parámetros de planeación y seguimiento y evaluación permanentes. Esta iniciativa debe ser revisada y discutida al interior de la SDS como punto de partida o modelo de acción.
- ◆ *Utilizar la estructura existente.* El mantener la ruta de llegada a las localidades y sus comunidades a través de los referentes locales facilitaría el trabajo de los consultores y permitiría capitalizar los trabajos previos realizados. Ellos son quienes los conocen y mantienen un trabajo cotidiano con cada uno de los grupos de jóvenes que comparten el parche, la esquina, la tienda, el parque como escenario de luchas, identidades y resistencias.
- ◆ *Mantener a adolescentes y jóvenes vinculados.* Es importante mantener procesos de mediano y largo plazo que permitan vincular a los/as adolescentes y jóvenes, que participaron en este proceso, a las actividades del convenio y de la Línea, así como a los procesos que desarrollan directamente los referentes locales de los hospitales.

Estrategia de sensibilización y movilización social (ESMOS) en DSR: localidades de Ciudad Bolívar y Kennedy⁹

Los objetivos de la estrategia fueron consolidar la información relacionada con sectores sociales, instituciones públicas y privadas,

⁹ Realizada por la Corporación Promover Ciudadanía.

organizaciones no gubernamentales, líderes/as comunitarios y organizaciones de base comunitaria, que se encuentren desarrollando planes, proyectos y programas relacionados con la SSR, los DSR y la equidad de género; diseñar la estrategia de sensibilización y movilización social dirigida a facilitar la consolidación de alianzas entre los diferentes sectores sociales, instituciones y organizaciones del nivel local, a partir de eventos movilizadores en SSR; y realizar la implementación, seguimiento y evaluación de la ESMOS.

Luego de una caracterización de los actores institucionales, que les permitió evidenciar que la mayoría de las instituciones no abordan los temas de la SSR y los DSR, al menos de manera directa, se tomó la decisión de hacer una sensibilización sobre la importancia de este tema en sus agendas. Los actores convocados fueron funcionarios/as de instituciones locales como la Secretaría Local de Integración Social, Centros de Atención de Educación Local, los Puntos Focales de Mujer y Género, las Empresas Sociales del Estado, las Casas de Igualdad de Oportunidades, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Alcaldía Local y líderes y lideresas de las localidades de Kennedy y Ciudad Bolívar. Para cumplir con los objetivos trazados se indagaron y caracterizaron las acciones institucionales y sociales alrededor de la SSR; se diseñaron e implementaron talleres con organizaciones sociales y comunitarias y se realizaron encuentros entre instituciones y organizaciones sociales.

Algunos de los hallazgos manifestados por la misma Corporación giran en torno a identificar que

la construcción de las alianzas se facilita cuando el proyecto corresponde con los intereses de los funcionarios y de las instituciones; el nivel jerárquico de las instituciones es funcional para promover la convocatoria y participación de los funcionarios y profesionales del nivel local. Lograr la legitimidad del proyecto ante los funcionarios del nivel directivo, facilita el acceso a la información y moviliza la participación de los funcionarios y profesionales y que el trabajo de campo es crucial en la aproximación a las instituciones y sus funcionarios¹⁰.

¹⁰ Ibid.

Capacitaciones a referentes

En el eje de capacitación, la Línea de movilización social del Convenio vinculó entre 2008 y 2009 a profesionales en ciencias sociales y expertos que trabajaron con algunas organizaciones de base comunitaria, redes sociales y juveniles y, principalmente, con referentes distritales en la promoción de DSR, los enfoques de género y diferencial. Se realizaron encuentros de formación en DSR-SSR, incluidas metodologías para el abordaje de estos temas con los grupos comunitarios con los que interactúan los referentes locales y distritales¹¹.

Lo importante para el Convenio, no es sólo la capacitación a los referentes con la cual esperamos que sean multiplicadores de esos procesos de formación con su gente en las localidades, sino también poderles brindar un acompañamiento permanente que les permita a ellos y a nosotros aprovechar mejor los conocimientos adquiridos. (Coordinadora técnica del Convenio).

Capacitaciones a referentes de etnias y desplazados

El experto encargado de la capacitación narra que el taller se iniciaba con una nivelación, a través de una encuesta que trabaja cuatro categorías. Dos que miden conocimientos y las otras dos indagan por las actitudes frente a los temas.

En términos de conocimientos, pueden estar bien o relativamente bien, pero en el tema de actitud es donde uno encuentra que hay diferencias, hay choques entre ellos por temas de sus opiniones y actitudes. Se encuentran posiciones muy extremas, casi conservadoras, moralistas, hasta posiciones mucho más liberales, mucho más abiertas, en donde el enfoque de derechos se asume y realmente se aborda integralmente. Entonces es allí donde uno encuentra desbalances y puedes encontrar en las mismas personas buenos conocimientos en los temas, pero en sus prácticas uno ve que puede haber choques o diferencias muy grandes frente a temas

¹¹ CONVENIO UNFPA-SDS estudios_previos_profesional_en_ciencias_sociales_marzo_2010 y estudios_previos_reconocimiento_imaginarios_febrero_2009

de sexualidad. Por eso lo que se busca desde esta apuesta metodológica es que la gente, más que ganar en conocimientos, se revise, se confronte y que eso se lo lleve a su práctica cotidiana. (Experto para la formación a referentes de etnias y desplazados).

Los participantes reconocen que una de las mayores fortalezas del Convenio es la posibilidad de brindar formación especializada a los actores que desarrollan acciones con las comunidades y las poblaciones sujeto.

Capacitaciones a referentes de discapacidad y sexualidad

De acuerdo con el informe final del experto tallerista en este tema:

las personas con alguna discapacidad física, sensorial o mental, están en condición de vulnerabilidad en términos de la SSR ya que hay una concepción des-sexualizante sobre esta población. En este sentido el riesgo a adquirir infecciones sexualmente transmisibles o ser objeto de violencia sexual es latente, con el agravante de que los profesionales de la salud, en su mayoría, no están preparados para atender a estas personas¹².

En este sentido el Convenio reconoció la importancia de adelantar un proceso de formación a los referentes de discapacidad. Si bien el encuentro de las transversalidades y el tema prioritario de la SSR en la Secretaría deberían fluir de manera que operen y sean comprendidas como tal, las dinámicas de trabajo internas, muchas veces desarticuladas hacen que los temas se trabajen de manera aislada y que las propuestas lleguen a lo local en esa misma lógica. Esto se puede observar en el tema de discapacidad, que con el proceso propuesto por el Convenio encuentra que la SSR y los DSR son también elementos centrales en la vida de las personas discapacitadas y logran advertir de su estrecha relación. Procesos de formación intertemático e interdisciplinar para los diferentes grupos que actúan en diversos temas puede ayudar a la integralidad buscada en los procesos de salud.

¹² convenio UNFPA-SDS propuesta_taller_capacitacion_en_DSR_y_SSR_para_discapacitados_noviembre_2009

Capacitaciones a referentes escolares

El programa salud al colegio es uno de los programa bandera de la Secretaría de Salud que se ha mantenido por varios periodos administrativos. Esta es una estrategia intersectorial que se estructura alrededor de las prácticas de cuidado cotidiano; la transformación de prácticas e imaginarios sociales y culturales, y la inclusión social. Su coordinador narra que esta estructura surge de la necesidad de lograr modificar temas estructurales de la escuela:

A pesar de los esfuerzos seguimos cayendo como Líneas de intervención sueltas que no logran un impacto en la vida cotidiana de la escuela y en esa perspectiva tratamos de apuntarle a los factores determinantes de salud y enfermedad en la escuela y potenciar la capacidad que tiene esta de ser productora de una cultura de la salud. En esa medida con el UNFPA lo que hemos venido haciendo es capacitación de los referentes de salud sexual y reproductiva en el tema de las técnicas o las practicas más apropiadas para acercarse a adolescentes y jóvenes y abordar estas temáticas, me pareció muy útil, porque uno de los balances que sale de esa jornada es que los compañeros tienen una preparación técnica de manejo de los temas en lo conceptual, pero en lo relacional [...] no hay las suficientes habilidades y capacidades para que los adolescentes apropien los temas (Coordinador Distrital de Salud al colegio)¹³.

Con la orientación clara de que el cuerpo es el eje de las emociones, la y el experta/o encargados de la formación emprendieron el diseño de talleres lúdicos, que les permitiera acercarse a los referentes de “salud al colegio” de manera que pudiesen replicar la experiencia o algunos de los aprendizajes y reflexiones construidas durante el taller. El diálogo de saberes que se tejió entre los dos talleristas facilitó la construcción de dinámicas que respondieran a una intencionalidad pedagógica, que va desde el desarrollo conceptual de los temas hasta la apropiación de metodologías que orienten el trabajo de promoción de la SSR y los DSR hacia una reflexión individual y colectiva, que permita comprenderlos como construcciones sociales e históricas, como garantías y sobre todo, como eje fundamental de la calidad y el proyecto de vida, el bienestar social, físico y espiritual de las personas.

¹³ En adelante Coordinador salud al colegio.

Capacitación con organizaciones de base comunitaria

Este eje de la Línea de movilización social acompañó el trabajo de los/as profesionales en ciencias sociales que hacen parte del equipo del Convenio y los talleristas expertos. Estas acciones son una carta de presentación del proyecto en lo local. La referente del ámbito comunitario del Hospital de Vista Hermosa en Ciudad Bolívar conoció el programa desde el año pasado y narra:

Cuando arrancó el proceso con el profesional encargado por el Convenio, que fue el primero que llegó aquí y nos hizo un fortalecimiento técnico al equipo del ámbito, en la parte de salud sexual y reproductiva, para que nosotros a su vez la reprodujéramos en los grupos u organizaciones que trabajamos. Fueron cerca de unas cuatro sesiones donde se hicieron actividades frente al tema, utilizando metodologías realmente interesantes que luego replicamos con los jóvenes y él a su vez hizo esta misma dinámica con grupos juveniles de aquí en la localidad.

Con el objetivo de generar o explorar algunas iniciativas juveniles de promoción de DSR se desarrollaron otros talleres con grupos juveniles. Por ejemplo, las estudiantes del colegio Nuestra Señora de Loreto recuerdan estos talleres como un espacio en el que pudieron abordar libremente los temas de sexualidad, que según ellas no se abordaron ni antes ni después de este taller. Es importante hacer énfasis en que una de las fortalezas que identifican a los referentes locales que participaron en los talleres es la apropiación de metodologías lúdicas para el aterrizaje del tema. Destacan el uso de aquellas que les permiten reflexionar a sí mismo, ver cómo sus propias creencias inciden en la manera en que promueven los DSR, y proponer desde allí las que les permitan llegar a los/as jóvenes y comunidades con las que interactúan, con procesos similares que generen una real transformación en los imaginarios, hábitos y costumbres.

Recomendaciones

- ♦ *Aprender de experiencias exitosas:* la documentación de procesos, prácticas y acciones que desarrollan los ámbitos comunitarios y juveniles de los hospitales y otras instancias son un insumo importante para generar procesos de aprendizaje

colaborativo, donde prime la socialización y reflexión pedagógica en torno a dichas experiencias.

- ◆ *Cursos y foros virtuales:* con el acumulado de aprendizajes, contenidos y piezas de comunicación que el Convenio ha desarrollado a lo largo de estos años se podría abrir un espacio de encuentro virtual, que sea al mismo tiempo la memoria y el punto de partida de todos los que se acercan al desarrollo del tema. Estos productos y servicios podrían facilitar los procesos de inducción a nuevos funcionarios/as, así como el registro constante de los resultados de las acciones del Convenio y de la Línea, en términos de fortalecimiento institucional y comunitario.
- ◆ *Promoción de los ejercicios de formación que combinen poblaciones sujetos, ciclos de vida y temáticas específicas:* por ejemplo, la experiencia de formación a referentes de discapacidad en temas de sexualidad y discapacidad, se puede considerar una experiencia exitosa y como una buena práctica su incorporación a la Línea de movilización por dos razones fundamentales: la primera porque se trata de un tema nuevo para quienes trabajan en los ámbitos de la SSR y en general quienes no contemplan que esta población específica requiere también de una atención determinada en términos de DSR, pues les permite ver la integralidad.
- ◆ En segundo lugar es fundamental el trabajo en torno a la transformación de imaginarios que no permiten que esta población vulnerable pueda acceder plenamente a acciones de prevención, protección, atención y restitución de sus derechos en materia sexual y reproductiva de manera diferencial. Así mismo, es importante destacar que este tipo de acciones pone en evidencia la gran relevancia y pertinencia de pensar los temas de SSR bajo los tres enfoques en los que el Convenio ha enfatizado; derechos, género y diferencial.

Trabajo con organizaciones de base comunitaria

El trabajo con las organizaciones de base comunitaria –(OBC)- ha consistido en recopilar el inventario y caracterización de ellas mismas en temáticas relacionadas con SSR, con el ánimo de usarlas como aliadas en la promoción de los DSR y la SSR con énfasis en la prevención de embarazos en adolescentes y las ITS/VIH/SIDA¹⁴.

Trabajo intersectorial

“El trabajo intersectorial se ha basado en la construcción de propuestas de encuentros para la promoción de DSR, con énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes, la transmisión de ITS/VIH/SIDA y el fortalecimiento de las mesas locales de SSR”¹⁵. Así mismo, “parte del trabajo se ha situado en las labores en las mesas locales particularmente de sexualidad y géneros, donde se ha logrado articular acciones para la asesoría a referentes de SSR”¹⁶.

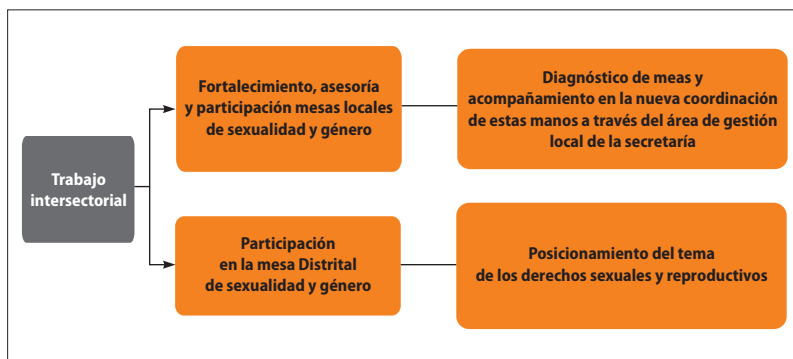
Este es uno de los ejes en los que la coordinación técnica ha querido hacer mayor énfasis desde la Línea de movilización social, pese a algunos obstáculos las acciones que entre 2008 y 2009 se pudieron realizar son un punto de partida para el diseño y desarrollo de acciones que articulen estratégicamente esfuerzos intersectoriales como las que se muestran en el gráfico 5.

¹⁴ CONVENIO UNFPA-SDS informe_de_gestion_001_juan_camilo_caro_diciembre_2008.

¹⁵ CONVENIO UNFPA-SDS Taller_sensibilizacion_DSR_y_SSR_referentes_etnias_y_desplazados_

¹⁶ CONVENIO UNFPA-SDS seguimiento_a_organizaciones_de_base_comunitaria_y_juveniles_2009

Gráfico 5. Algunas acciones intersectoriales del Convenio



Mesas locales de sexualidad y género

Estas mesas son espacios donde convergen diversos actores que abordan los temas de DSR y desarrollan planes de acción intersectoriales que se orientan a difundir y socializar los DSR como estrategia para contribuir a las metas de reducción de la tasa de mortalidad materna y perinatal, a través de acciones de capacitación y canalización de gestantes a los servicios de salud¹⁷; incrementar la cobertura de terapia antirretroviral para personas viviendo con VIH y prevenir la transmisión perinatal de VIH en población gestante no asegurada; erradicar los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual), reducir los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años; y reducir la tasa de bajo peso al nacer.

La Línea de movilización social del Convenio acompañó el desarrollo de estas mesas de trabajo a través de un diagnóstico participativo en el que los hospitales sugieren que produzcan y articulen el trabajo intersectorial a partir de productos concretos; promuevan el establecimiento de compromisos frente a la participación de los actores institucionales y faciliten la inclusión de los compromisos de ellas en las estrategias e instituciones de quienes participen; una mayor libertad para la definición de estrategias que respondan a los contextos y

¹⁷ CONVENIO UNFPA – SDS. Ejercicio reflexivo sobre las mesas de Sexualidad y Géneros.

las necesidades concretas de cada localidad; definen líderes/as por sectores; y determinen un documento de necesidades locales en SSR, así como una ruta local de SSR por componente.

A través de estas mesas se han desarrollado capacitaciones y canalización de gestantes a los servicios de salud, socialización de signos de alarma, promoción de estrategias de sexo con sentido y participación en jornadas de SSR y DSR para adolescentes y jóvenes. Así mismo, con la Mesa Distrital de Sexualidad y Género, la Línea de movilización social ha desarrollado acciones encaminadas a posicionar la DSR como un tema estratégico en las agendas de las instituciones que participan en ella. La profesional a cargo de la Línea de movilización social del Convenio, cuenta que:

el trabajo intersectorial que nosotros hemos desarrollado a (sic) nivel distrital, se ha enfocado en los referentes del Distrito, de la Secretaría de Salud y de otros sectores como el IDRD, la Secretaría de Educación, de Integración Social. (...) Las mesas locales estaban a cargo de los referentes de IPS y su función no es exactamente atraer a otros sectores al trabajo dentro de la ESE, sino promocionar la salud y prevenir la enfermedad y por esa razón ellos propusieron que las mesas dependieran de Gestión Local, pues esta área tiene más contacto con los diferentes sectores, y con el diagnóstico que adelantamos se logró el cambio. En esa medida estamos redefiniendo los objetivos de las mesas y las formas de operación. La participación de los diversos sectores en este espacio no está regida por ninguna norma y lo que hemos encontrado es que cuando eso depende de la voluntad de la gente ellos no van, porque tienen muchas actividades.

Este es uno de los retos más importantes y desafiantes que enfrenta la Línea de movilización social pues además de que es uno de sus objetivos de trabajo fundamentales, la descentralización en el Distrito concibe el trabajo intersectorial como un factor trascendental en el desarrollo de los planes, políticas y programas locales. En este sentido el terreno se ha abonado para lograr un trabajo conjunto entre los actores institucionales. Otro de los factores a favor es la existencia del Plan Nacional de Salud Pública que orienta las acciones en SSR de lo nacional a las dinámicas locales, lo que no ocurre con el tema de género que si bien se contempla de manera transversal, muchas veces es invisibilizado y sus desarrollos conceptuales y prácticos no

adquieren aún, en el terreno local, y quizás también en el institucional, la fuerza que merece y necesita.

Recomendaciones

- ♦ La experiencia y trayectoria adquirida por el Convenio y la Línea de movilización social podría orientarse a fortalecer la capacidad técnica en términos de ampliar los marcos de interpretación, reflexiones y la operatividad de estrategias locales que no sólo reconozcan las realidades concretas de cada localidad, sino que aporte elementos que saquen al género de la reflexión meramente lingüística. El sector de la salud posee información privilegiada en torno a la situación de las mujeres que, ligado a los temas de SSR y DSR, son un instrumento singular para potenciar el trabajo intersectorial en cada localidad del Distrito.
- ♦ En este sentido una aproximación a la Subsecretaría de Género del Distrito permitiría identificar oportunidades de trabajo conjunto que faciliten el fortalecimiento de instancias y procesos de participación institucional y comunitaria, y redunden en un trabajo más decidido por la equidad de géneros en sectores como Educación, Cultura e Integración social. Se trata de continuar el trabajo que se adelanta en la sensibilización, pero también de aproximarse y hacer alianzas estratégicas entre el sector de la salud y la instancia rectora de los asuntos de géneros en el Distrito Capital.

Línea de movilización social: una apuesta estratégica

Luego de la descripción y planteamiento de resultados de la documentación y la reconstrucción crítica de la Línea, en este aparte, se profundizará sobre varios de los elementos planteados en un ejercicio de identificación y lectura de buenas prácticas, aprendizajes, obstáculos, así como de formulación de recomendaciones. Los principales

hallazgos se desarrollan a lo largo de este texto y seguidamente se establecen las conclusiones y recomendaciones logradas.

Alianza estratégica UNFPA-SDS

El Convenio cuenta con una gran fortaleza la alianza estratégica que se establece entre UNFPA y la SDS, que potencializa las capacidades técnicas, operativas e institucionales de las dos entidades. Esta fortaleza ya ha sido ampliamente identificada en procesos de evaluación previos a éste.

Tanto en la documentación como en la sistematización se pudo identificar claramente que la relación estratégica que se establece entre las dos entidades constituye la base fuerte sobre la que se desarrolla el Convenio. Interesa caracterizar esa relación con el fin de identificar elementos positivos que deben mantenerse y ser profundizados, así como aquellas vetas que requieren cambios o mayor atención:

- ◆ Es una alianza basada en la claridad sobre las competencias y responsabilidades de cada una de las instituciones. En esta relación los/as entrevistados/as destacan el propósito central de la cooperación de dejar capacidad técnica instalada en la institución local y no generar procesos de dependencia, sin embargo, como lo demuestran los testimonios existe aún una fuerte tendencia por parte de los funcionarios/as e incluso de la comunidad beneficiaria de ver al organismo cooperante como un mero facilitador de recursos tanto económicos como de otro tipo. (material didáctico, elementos de difusión y principalmente, preservativos).
- ◆ La alianza se establece sobre la construcción de relaciones que reconocen a las personas como sujetos y no solamente desde su rol como funcionarias/os lo cual facilita el establecimiento de acciones colaborativas, la adopción de compromisos y el emprendimiento de acciones que son difíciles de coordinar teniendo en cuenta la gran carga laboral de las/os funcionarias/os de la SDS y su escasa disponibilidad de tiempo. La voluntad

política trasciende el Convenio en términos institucionales y se instala en el ejercicio cotidiano de quienes se involucran en él a través de las diferentes líneas de acción sobre las que éste se desarrolla.

- ◆ El sentido de oportunidad en la planeación es otro elemento que favorece los logros de la Línea y se observa en la coherencia y nivel de argumentación y sustentación conceptual y técnica de las acciones planeadas, así como en la propia definición del objeto del Convenio. Entender el embarazo adolescente como un fenómeno problemático en términos de calidad de vida y desarrollo, a partir de una profunda y argumentada comprensión, es una muestra de este sentido de oportunidad que ha permitido que el Convenio responda a las necesidades reales de la población sujeto, como a las decisiones de política pública expresadas en el Plan de Desarrollo y normativas e instrumentos legales tanto nacionales como internacionales, que establecen metas y derroteros para avanzar en el mejoramiento de las condiciones de vida de adolescentes y jóvenes y su derecho a gozar de una salud plena.

Al igual que las acciones de las otras líneas como la de comunicación o producción de conocimiento, la Línea de movilización exige un trabajo de mayor interdependencia y articulación con la SDS y por tanto, de mayor capacidad en la construcción de procesos de concertación, coordinación e incluso, armonización, que garanticen la participación y acuerdo de las dos partes. En movilización si el abordaje no es integral e intersectorial el impacto puede ser mínimo.

Recomendaciones

Es necesario mantener y fortalecer la alianza estratégica que se ciementa en las confluencias programáticas y normativas del UNFPA y la SDS, e identificar los canales e instrumentos que la potencien. En este aspecto es recomendable emprender acciones concretas tales como:

- ◆ Generar espacios de socialización de los planes y acciones del Convenio con diferentes actores para buscar su comprensión y apropiación al interior de la SDS y en toda su estructura organizacional.
- ◆ Revisar y definir algunos elementos centrales de ubicación de la estructura de la SDS en los términos de referencia y estudios previos que orientan las acciones de la Línea para facilitar el aprestamiento y reconocimiento de espacios tanto institucionales como territoriales en los que la Línea incide y actúa.
- ◆ Establecer canales de comunicación y difusión de los propósitos y logros de la Línea en espacios internos de la Secretaría (comunicación interna) que permitan compartir una visión clara de la Línea de movilización como del Convenio en general.
- ◆ Establecer un espacio o canal de socialización de resultados e intercambio de experiencias que permita de forma periódica (anual o semestral) visibilizar logros, monitorear alcances e identificar oportunidades y amenazas, debilidades y fortalezas de la Línea al interior de la SDS y en su trabajo de vinculación con las poblaciones sujeto del Convenio. Es una guía privilegiada para realizar acciones de este tipo.

Una cuestión de enfoques

La presencia de los enfoques que orientan el Convenio es destacada en los documentos producidos en los dos años que se evalúan. El 60% de los documentos analizados desarrollan concretamente el tema de los enfoques y en un 17% más se encuentran referencias a este mismo aspecto. En contraste con este hecho se encuentra la baja mención de estas nociones por parte de los/as entrevistados/as que hacen parte de la coordinación y ejecución de acciones de la Línea, y es prácticamente nula en el caso de los sujetos que se benefician directamente de ellas. Este no es un dato menor si se tiene en cuenta que los documentos revisados corresponden a lógicas normativas, operativas, programáticas y conceptuales de la Línea de movilización y, en esa medida ofrecen pautas para su evaluación.

Del análisis e interpretación de los textos que incluyen estas categorías se derivan algunos elementos que se consideran centrales y se sintetizan a continuación:

- ◆ En general los enfoques en los textos no son explicados o desarrollados, sino se asumen bajo el supuesto de que quienes son los receptores de la información conocen su contenido y significado, lo cual implica una suposición que puede traducirse en confusiones, vacíos o incoherencias a la hora de ejecutar las acciones de la Línea.
- ◆ Las definiciones se refieren más que a un enfoque a ejemplificaciones o frases prescriptivas, vinculadas a documentos de tipo normativo u operativo que a nociones de tipo político, conceptual o metodológico, lo cual implica el riesgo de que dichos enfoques se queden en lo meramente discursivo.
- ◆ Existen en la tradición teórica de las ciencias sociales y por ende, de la intervención y la generación de políticas públicas, discusiones que pueden llegar a contraponer enfoques. De hecho, enfoques como el de género son de una gran polisemia y han llevado a debates importantes entre las personas más estudiosas de éste, por lo que no se puede deducir que existe una sola noción y se requeriría de mayor precisión en su exposición y, sobre todo, en su adopción como marco.

Los elementos planteados ponen sobre la mesa preguntas centrales para la evaluación de la Línea y tal vez un cuestionamiento que puede ilustrar y ayudar a condensar la problemática es el que plantea uno de los/as capacitadores/as:

El plan nacional de salud pública tiene: marco conceptual y en tres páginas dicen esto, tiene el enfoque tal y los determinantes sociales, pero cómo hacerlos reales, yo no sé cómo. Yo creo que todos nos hacemos la pregunta: ¿Cómo conecta uno cosas, cuando el sistema pone unas estructuras que amarran? (Experto formador en discapacidad y sexualidad).

Este interrogante devela en mucho el origen de los vacíos o discrepancias que se pueden identificar entre los marcos discursivos y los

ejes de acción de la Línea, y que radican en el hecho de que la inclusión de nuevos enfoques en la construcción de políticas, en particular en la política de SSR, es un empeño que requiere de un proceso de mediano y largo plazo en tanto implica el cambio de comprensiones que pasan por el diseño institucional y los parámetros culturales que conducen las acciones.

Recomendaciones

Los enfoques en que se orientan el Convenio y la Línea de movilización deben ser comprendidos más allá del discurso como un marco de sentido que debe ser incorporado en las acciones, y adquirir sentido en las formas de intervención y, especialmente, en la instalación de capacidades institucionales que garanticen el cumplimiento de unos mínimos básicos, y paulatinamente su apropiación integral. Es decir, el enfoque de derechos, de género y diferencial deben ser más de un párrafo en el diseño de un taller, el uso de pronombres femeninos y masculinos en los documentos o la visibilización de porcentaje de población desplazada en las acciones locales que, aunque son avances importantes en el logro de políticas integrales, no son suficientes para garantizar su apropiación en la ejecución de políticas, programas y proyectos, así como en el desempeño de las instituciones competentes y el ejercicio cotidiano de ciudadanía y participación social en el sistema de salud. Algunas iniciativas concretas podrían ser:

- ◆ Construcción o fortalecimiento de instrumentos técnicos para la identificación de barreras de acceso de jóvenes y adolescentes a servicios que garanticen sus DSR, lo cual ya ha empezado a asumirse desde el Convenio en el proyecto de servicios de salud amigables.
- ◆ Fortalecimiento de estrategias de comunicación interna que permitan que los/as funcionarios/as puedan comprender y apropiar los enfoques propuestos.
- ◆ Construcción de lineamientos técnicos para lograr la transversalización de los enfoques en la ejecución de acciones que se articulan a la Línea de movilización del Convenio.

- ◆ Diseño de procesos o materiales de aprestamiento y apropiación de los enfoques centrales permanentes para quienes ingresen en la SDS y tengan dentro de sus misiones apoyar las acciones de movilización social.

Mobilización: un Convenio, múltiples sentidos

En las políticas sociales contemporáneas la movilización social ocupa un lugar fundamental porque constituye una estrategia potencialmente capaz de consolidar modelos pluralistas de gestión y la salud es uno de los sectores que más la ha incorporado en su desarrollo desde el nivel institucional.

Interesa en esta evaluación puntualizar sobre el sentido que más pueda aproximarse al propósito de las acciones que se desarrollan en la Línea de movilización social del Convenio UNFPA-SDS pues constituye el eje de todos sus desarrollos. En los documentos de la Línea se encuentra constantemente la palabra movilización, en algunos se describen características de las acciones que pueden ser identificadas como tal, o se mencionan dejando por supuesta la mutua comprensión de su significado y, sin embargo, cuando se introducen estos fragmentos en diálogo con los discursos de los/as entrevistados/as no se encuentra un verdadero consenso y, mucho menos, una noción unificada y apropiada de la movilización por parte de todas las personas.

Las definiciones que se encuentran son ambiguas y difíciles de operativizar lo cual es una exigencia en términos de fundamentos conceptuales de la intervención. Es necesario contar con una fuerte apropiación de la noción de movilización que sustenta el Convenio, partiendo de una definición común que permita establecer diálogos constructivos y, sobre todo garantizar que la Línea de movilización cumpla efectivamente con este objetivo que le da nombre. No se trata de construir una nueva concepción puesto que ya existe, sino más bien concretarla, hacer énfasis en su uso y comprensión correctos para que efectivamente sirva de cimiento de las políticas y acciones públicas destinadas a movilizar en torno a la SSR en Colombia y en Bogotá.

Actores que ejecutan acciones en la Línea trabajan sobre una noción propia de movilización que normalmente privilegia alguno de sus sentidos, que como se ha visto se trata de un concepto polisémico e integrador. A continuación, se desarrollan algunos de los sentidos identificados, dejando claro que no son necesariamente excluyentes o conflictivos, sino simplemente muestran el uso predominante que tienen en los discursos y acciones.

Movilización y participación

Como una dimensión importante sobre la noción de movilización fue captada su concepción de participación, remitiendo la generación de procesos participativos en el territorio buscando promover liderazgos y formas organizativas en un modelo de corresponsabilidad. En esta acepción se evidencia como obstáculo la distancia entre la realidad discursiva y las acciones emprendidas que pueden hacer que la movilización se convierta en un mero discurso vaciado de sentido por parte de los líderes/as o miembros de la comunidad, o que termine siendo usado como instrumento por parte de las instituciones para lograr la corresponsabilidad de los usuarios/as de servicios de salud, en una lógica que un entrevistado denomina como cooptación:

La movilización nos sabe a cacho, se ha convertido en un argumento de cooptación de las comunidades desde el ámbito institucional... un discurso vacío que se convierte en comodín de las múltiples acciones que se emprenden con “participación de la gente” las nociones de liderazgo o empoderamiento vinculadas a la lógica de los derechos se vacían, igualmente, de contenido al convertirse en decálogos y normativas aprendidas de memoria, la gente lo apropia, pero no lo ejerce en la vida cotidiana (Coordinador programa salud al colegio).

Efectivamente la movilización se inserta en formas de participación social que en muchos casos se encuentran viciadas y confinadas a una lógica discursiva y hasta clientelista que no mueve a la acción y la transformación (formas de participación en salud son citadas por algunos entrevistados como forma de esa desviación), y en esa medida pueden terminar actuando en cumplimiento de demandas institucionales sin lograr incidencia en la comunidad en que se hallan.

Sin embargo, este no es un panorama generalizado, las lógicas de participación han ido transformándose en el territorio y el empoderamiento y la construcción de capital social –bases de la apuesta de movilización- generan otras formas de relación y acción que deben ser identificadas por los ejecutores de los procesos de movilización para potenciarlas y promoverlas. En estos nuevos escenarios –donde los/as jóvenes y adolescentes son protagonistas centrales- el derrotero central es la autonomía.

Mobilización como proceso de empoderamiento

En los discursos de quienes coordinan y ejecutan las acciones la movilización se relaciona con la capacidad de transferir a las personas de organizaciones de base comunitaria y grupos juveniles, así como a los referentes y demás personas vinculadas a la SDS, capacidades para asumir su responsabilidad y emprender iniciativas en torno a la protección de los DSR y la promoción de la SSR.

Mobilización social tiene que ver con que la comunidad se empodere de sus derechos y específicamente en DSR, para que los exija ante las entidades prestadoras de servicios salud, para que tengan las capacidades de difundirlo dentro de sus comunidades (...) entonces la movilización social tiene que ver precisamente con que la comunidad se empodere de los temas, pueda trabajarlos y se deje capacidad humana y técnica instalada dentro de la localidades y también con las instituciones intersectoriales o con los otros sectores con los que nosotros pretendemos trabajar el tema.(Profesional encargada de movilización social del Convenio).

Esta noción confía en que quienes logran ser sensibilizados en torno al tema y apropian información adecuada podrán ser posteriormente replicadores de los DSR y tener incidencia en las comunidades de pertenencia en las que se insertan, incluso si estas no son siempre las mismas. En este aspecto se identifica como obstáculo la rotación de los/as profesionales que actúan como referentes en las diferentes instancias de la SDS y en general, de los actores que son beneficiarios de las acciones. En esta visión de movilización como empoderamiento vale la pena destacar que se vincula también a la idea de la exigibilidad

de derechos sobre la hipótesis de que sólo si se conocen y apropian los derechos es posible que sean exigidos.

¿Movilización v/s comunicación?

Tanto en los documentos como en los testimonios se ven asociadas constantemente acciones de comunicación y movilización. En unos casos se considera que la movilización no ha logrado desarrollarse plenamente porque se ve limitada a procesos de comunicación masiva e información de tipo técnico, sin llegar a generar procesos participativos. Otra dimensión de esta relación, también antagónica, se refiere a una mirada de la movilización como transformación de los sujetos individuales, de sus proyectos de vida frente a lo cual el potencial de la comunicación masiva es deficiente:

yo creo que tiene que ver con esos procesos de transformación personal. Y esa movilización creería que tiene que ver con la oportunidad que tienen de tener contacto directo con la población. O sea que no sólo se queda en la campaña de comunicación, sino que también viene a ejecutar acciones con la población. Cuando yo digo acciones quiero decir que se hace algo. No se deja ahí quieto. Creería que la campaña puede estar acá que yo puedo tener un afiche, pero si yo no hago nada con un afiche, no me va a servir el afiche. (Experto en SSR y DSR).

Pero no todas las miradas que relacionan estas dos nociones son antagónicas ni en el discurso ni en la práctica. De hecho se logró identificar que esta fase del Convenio ha ido involucrando paulatinamente el componente de comunicación al de movilización por considerar -posiblemente como resultado de aprendizajes del propio proceso- que deben ser interdependientes. Esta mirada ha incidido en la propia estructura interna del Convenio en la medida en que las/os profesionales de la comunicación y de ciencias sociales trabajan hoy de forma conjunta y buscan la integración de estos dos procesos en el desarrollo de sus objetivos.

Una mirada integradora de la movilización desde el enfoque de derechos

Las nociones vistas en los apartes anteriores conviven en el desarrollo de las acciones que se emprenden en la Línea de movilización y, en gran medida, dependen del nivel de apropiación y consenso que logren entre actores que diseñan, planean y ejecutan las acciones desde la institucionalidad. En contraste con esta diversidad de nociones se encuentra una lectura más integradora de la movilización tanto discursiva como operativa en la mirada de los/as diseñadores/as y coordinadores/as del propio Convenio:

Para nosotros la movilización social tiene varias aristas. Por un lado tiene que ver con la movilización y la participación de las personas en términos de exigibilidad de derechos. O sea, tiene que ver con elementos de participación comunitaria, de organización comunitaria, de fortalecimientos de grupos, redes, y organizaciones. Por otro lado tiene que ver con el tema de la abogacía política. O sea de una movilización que genera incidencia. Por otro lado, está la comunicación que ayuda a estos procesos y es movilizadora por sí misma. La comunicación es un elemento bastante importante, pero para nosotros no es el fundamental, para nosotros los elementos fundamentales tienen que ver con la incidencia política, la incidencia en grupos, actores, organizaciones, redes, y la incidencia propiamente al interior de las instituciones (Consultor UNFPA).

Este concepto no es tan evidente entre quienes tiene la responsabilidad directa de ejecutar las acciones de la Línea, (profesionales, referentes, capacitadores) lo cual puede convertirse en un obstáculo para el logro de sus propósitos en tanto no facilita la coordinación y mutuo aprovechamiento de los resultados de acciones que, a la postre, pueden terminar convirtiéndose en iniciativas aisladas. Son diferentes las causas de esta problemática: por un lado, es posible que el origen de esta distancia se encuentre en la estructura interna del Convenio que es orientado a partir de un comité ejecutivo que toma decisiones de forma consensuada entre sus socios y recibe de buen agrado las sugerencias de los implicados en el proceso, pero en la ejecución debe ceñirse a las estructuras propias de la SDS que pueden limitar sus acciones por la propia dinámica interna, y las características burocráticas inherentes a la gestión pública.

Por otra parte, están las propias condiciones del Convenio que no cuenta con una estructura administrativa voluminosa, sino que trabaja con aliados al interior de las instituciones, así como con consultores externos que son los encargados de ejecutar las acciones y no alcanzan en los tiempos cortos de ejecución a comprender cabalmente el sentido de la Línea y especialmente la gran complejidad institucional de la SDS.

Como conclusión se puede decir que las diferentes nociones que se asocian a un proceso de movilización al interior de la Línea constituyen a la vez una oportunidad y una amenaza, una fortaleza y una debilidad en tanto enriquecen las acciones y permiten que su desempeño apunte a diferentes aristas del proceso, pero al tiempo pueden redundar en poca coherencia y articulación entre espacios, acciones y actores, e incluso, en pérdidas de tiempo y desaprovechamiento de recursos por que la falta de claridad en la dimensión de la movilización puede implicar dificultades para proyectar acciones y establecer alianzas, que efectivamente generen una movilización vista con sentido integrador.

Recomendaciones

Es necesario aterrizar la noción y la lógica de la movilización entendida como un proceso integrador en instrumentos que permitan compartir un lenguaje común y tener consensos mínimos sobre aquellos sentidos que la constituyen, sus prioridades y formas de concreción en las dinámicas institucionales y locales. Algunos de ellos podrían ser:

- ◆ Un documento marco que sea de fácil apropiación y manejo (estilo portafolio) que contemple los principales ejes de acción, objetivos y metas del Convenio y de la Línea de movilización en particular.
- ◆ Construcción de un marco conceptual único sobre la Línea, que sea incorporado en todos los términos de referencia y estudios previos, y que involucre tanto las bases normativas como las bases conceptuales de la misma.

- ◆ Construcción de un glosario que permita entender y lograr acuerdos de sentido sobre las nociones que constituyen la movilización (abogacía, participación, empoderamiento, redes, etc.)
- ◆ Unificación de las principales herramientas logradas en desarrollo de la Línea a manera de caja de herramientas.
- ◆ Construcción de un sistema de seguimiento y sistematización permanente de acciones, no necesariamente expost, que pueda ser visibilizado de forma permanente a partir de cuadros de indicadores de resultados.
- ◆ Organización de bases de datos e históricos documentales (archivos) de fácil y pública consulta, especialmente para los/as profesionales encargados/as de la ejecución del Convenio y los consultores externos.
- ◆ Estandarización de informes finales con el fin de lograr lecturas transversales de logros y obstáculos que permitan potenciar los primeros y corregir los segundos en una dinámica de continuo aprendizaje.
- ◆ Diseño de espacios de reflexión (académica y práctica) sobre el tema de la movilización con el fin de lograr operativizarla y generar consenso sobre los sentidos concretos, metas y prioridades del Convenio en este aspecto.
- ◆ Apoyo a la generación de iniciativas tendientes a cerrar la distancia metodológica y conceptual entre comunicación y movilización que ha marcado al Convenio desde sus antecedentes.

Un proceso en continua construcción

Una de las conclusiones que se consideran más importantes en este estudio es la identificación de la Línea de movilización como un proceso en permanente construcción. Vale la pena decir que esto sumado a la capacidad estratégica del Convenio de reconocer el sentido de oportunidad, que ya se mencionó, es un elemento de gran valor. Un buen ejemplo de esta dinámica es el trabajo adelantado en el esfuerzo por promover espacios interinstitucionales e intersectoriales como

elemento central de la movilización en espacios institucionales. -Las personas marcan las acciones-

Derivada de la reflexión anterior, otra de las características que se identificaron en el Convenio desde la perspectiva de los actores es el nivel de compromiso con el mismo y con la Línea, y la gran influencia de las individualidades en su desarrollo. En el caso de los/as profesionales en ciencias sociales este es un elemento notorio que, se considera, es un correlato interesante y necesario de la apuesta de generar procesos dinámicos y de forma colectiva. El hecho que quienes estén al frente de la coordinación de acciones de la Línea, con el apoyo permanente de la coordinadora y enlace, sean jóvenes es un ingrediente que aporta a la ejecución elementos de innovación y creatividad, pero además, se hace énfasis en que el perfil de estas personas infunde en la ejecución un tono diferencial determinado, tanto por la formación profesional que tienen como por el tipo de experiencia previa con que llegan al Convenio.

Este tipo de convenios permiten la reinterpretación y la re significación del trabajo en campo por parte de los profesionales, porque lo que sentimos es que los profesionales tienen que buscar sus propios caminos, tienen que hacer sus propios contactos, establecen redes, etc. Definen de alguna manera desde ahí, obviamente hay unos marcos generales, unos marcos de política, pero desde la acción de los profesionales se define en gran medida, el desarrollo de las acciones concretas del Convenio. (Profesional encargado de la línea de movilización social del Convenio).

Pero no sólo los perfiles de los profesionales caracterizan y re significan los procesos, también la influencia de los expertos y sus estilos.

Metodológicamente todos somos diferentes, eso es bien interesante en los formadores y en los facilitadores, todos tenemos diferentes técnicas y formas de hacerlo, yo simplemente presento una propuesta, esa propuesta se presenta a partir de una necesidad también que se requiere dentro del perfil que uno tiene". (Experto en SSR-DSR).

Es también importante este aspecto entre los capacitadores que, además de las herramientas metodológicas y pedagógicas, establecen mayor o menor empatía con los/as jóvenes y de esto depende, en

gran medida, la capacidad de incidir y movilizar. Este factor leído como fortaleza también puede convertirse en debilidad, sino se tiene claridad sobre lo que se puede esperar de los procesos individuales de los/as profesionales, e intencionalidad definida para identificar y potenciar los perfiles seleccionados.

Una amenaza: la rotación

Otro aspecto que se puede convertir en amenaza en este marco es la continua rotación. Aquello ganado en la potenciación del perfil de un profesional determinado puede ser desaprovechado cuando se debe hacer una transición si no se logra con suficiente tiempo y detalle. En el caso de quienes en lo local apoyan los procesos, que son en general los referentes de los distintos ámbitos y “transversalidades”, el tema del perfil es central ya no sólo en la generación de confianzas, sino en la capacidad de insertarse en las redes locales y establecer alianzas y espacios de interacción con actores locales. Y también en este caso la amenaza es el alto nivel de rotación.

Estuve conversando con la gente, y en su misma presentación ellos lo manifestaron, sé que son personas que no tienen mucha “estabilidad”, o sea son personas que rotan por el tipo digámoslo de vinculación, de contratación, tema político, y eso entonces creo que sentiría que en alguna medida, este tipo de procesos se pueden estar perdiendo. ¿Sí? Porque bueno, uno puede dejar formada la gente, puede tocar a la gente, y ellos pueden irse para otros lugares. Pero como estamos hablando de unos procesos que le interesan a la Secretaría, pues uno debería pensar también como el perfil de la gente debería también garantizar, una sostenibilidad de estos procesos (Experto formador al grupo de referentes de etnias y desplazamiento).

Un resultante del cambio de personas en los procesos es la dificultad para hacer seguimiento a procesos locales cuando la persona que se tiene como referente en la localidad se ausenta. La sensación de los grupos suele ser de abandono y retomar la confianza perdida puede ser un proceso muy difícil de lograr. Así mismo, esto tiene efectos sobre la posibilidad de construir procesos de concertación sostenidos en los espacios intersectorial e interinstitucional.

Recomendaciones

Si bien es cierto que los procesos son hechos por personas y no por cargos y por eso es de gran valor la incidencia de los perfiles en los procesos, también es necesario generar herramientas que permitan que las transiciones, los aprestamientos y el seguimiento de las acciones emprendidas sean adecuadas. Se requiere:

- ◆ Sobre la base de la experiencia ganada tener en cuenta en los procesos de contratación el perfil deseado en relación con los objetivos y obligaciones contractuales que tendrá quien sea contratado.
- ◆ Se podría construir una matriz de caracterización que permita identificar el perfil profesional y la experiencia que se requiere a la hora de contratar tanto profesionales que coordinen y ejecuten las acciones, como consultores y expertos.
- ◆ Los procesos de empalme son muy importantes y se podrían generar procesos tales como la presentación de resultados y estrategias sobre parámetros predefinidos por parte de quien sale para ser socializados con quien ingresa al Convenio, no de forma individual, sino con la presencia de tomadores de decisiones y orientadores de la intervención.
- ◆ Cuando una persona es contratada para reemplazar a alguna en medio de la gestión y no para iniciar nuevos procesos es fundamental que los términos de referencia sean muy específicos y no tan abiertos e incorporen puntualmente aquellas labores iniciadas que deben tener seguimiento.
- ◆ La sistematización permanente es una herramienta que permite disminuir los problemas que conlleva la rotación.
- ◆ El sentido de proceso en el desarrollo de la Línea, así como la concepción de construcción colectiva se evalúa como aspectos positivos en su desarrollo.

Articulación: una acción necesaria

El diseño del Convenio y por tanto de la Línea de movilización está sentado sobre la operatividad de la SDS, lo cual ya se ha mencionado como una alianza estratégica positiva. En este sentido la articulación es uno de los elementos centrales para el desarrollo óptimo de sus objetivos.

Es complejo el programa porque no es un programa estructural donde uno pueda identificar como líneas, sino que es un trabajo muy articulado, pero además que se hace con muchas alianzas y sobre muchos programas que no son exclusivos de la Línea ni del Convenio, sino que se potencializan desde el Convenio, entre estos los servicios amigables, el primer amor es el amor propio, las mesas, etc. (Coordinadora técnica del Convenio SDS-UNFPA).

Articular es un desafío que tienen claro quienes planean, coordinan y ejecutan el Convenio. No se trata solamente de emprender acciones y cumplir con los objetivos de una Línea de acción, sino que es necesario articular los esfuerzos con otras entidades, con personas de diferentes áreas y niveles de la SDS, con espacios de participación ciudadana en las localidades, con las entidades prestadoras de los servicios, empresas sociales del Estado, con organizaciones de base, con líderes/as y grupos juveniles.

La articulación intersectorial

La articulación es un reto mayor para la Línea de movilización porque, como se vio en un aparte anterior, justamente esa capacidad de generación de redes y espacios intersectoriales e interinstitucionales son el eje de dicho proceso. Este desafío depende en gran medida de la capacidad de quienes coordinan el Convenio para establecer vínculos; de la voluntad política de las partes que se integran en las alianzas; y del convencimiento y apropiación de los/as tomadores/as de decisiones de la importancia, pertinencia y necesidad de avanzar en los propósitos de la Línea:

Hablando del tema intersectorial, la pertinencia de que hacen un trabajo articulado entre sectores, eso de manera muy general y aunque se reconoce en la literatura y desde lo conceptual, no es tan fácil y tan reconocido desde lo operativo; (...) Realmente cuando uno entra a mirar un poquito más del tema se da cuenta que tiene que ver con dimensiones de la organización del Estado, planteamientos de la política, (...) implica meterse con temas de territorialidad, descentralización cosas de ese estilo (Profesional del grupo de SSR, SDS).

Y es en este eje de acción donde se revelan mayores dificultades porque la propia estructura de la SDS y de todas las entidades del nivel distrital hace difícil la construcción de espacios que terminan siendo vistos como una carga adicional o bien como una pérdida de tiempo porque no “llegan” directamente al territorio. Sin embargo, se detecta en los discursos de funcionarias de la SDS una demanda por generar articulaciones en espacios formales como las mesas intersectoriales e interinstitucionales que permiten la horizontalidad de la información, mantener monitoreo de acciones y establecer alianzas que permitan optimizar recursos tanto humanos como técnicos, e incluso, financieros.

La articulación, que puede ser concebida como parte de la movilización constituye hoy una estrategia difundida en la administración distrital y ampliamente valorada, incluso frente a los obstáculos que presenta. La conciencia de su gran potencial ha movido a que este sea un tema prioritario dentro de la Línea y dentro de la misma SDS, por lo cual se ha realizado una evaluación, tomado decisiones que permitan reorientar su trabajo y buscado estrategias que permitan identificar barreras y afrontar un trabajo sostenido. Sin embargo, sigue siendo el talón de Aquiles de la movilización.

Articulación interna

Otra dimensión de la articulación es la que se da al interior de la SDS y que se presenta como una de las mayores dificultades de la gestión. La complejidad de la estructura de la Secretaría, que ya se ha mencionado en diferentes partes de este texto, incide en los tiempos y alcances de la Línea y del Convenio, pero, además, puede terminar haciendo que sus

acciones no sean conocidas o integradas en espacios institucionales en los que serían de gran utilidad y viceversa, y que el Convenio o el UNFPA mismo no sean articulados en espacios y actividades en los que su presencia sería pertinente y relevante:

Eso funciona de manera diferencial porque la Secretaría también tiene su propia unidad y ellos también desarrollan procesos; por ejemplo ahora están en el proceso de la política de SSR, donde por los problemas que seguramente han encontrado, el Convenio no está y debiera estar. Hemos estado insistiendo en que queremos estar en las discusiones, y seguramente vamos a estar en algún momento. (Consultor UNFPA)

Aquí es importante señalar como positiva la voluntad de las partes para mejorar el desarrollo de la Línea, así como la claridad por parte de la entidad internacional sobre los límites y alcances de su gestión, lo cual permite que no existan conflictos de poder o bien que se dupliquen acciones o sustituyan responsabilidades.

Recomendaciones

La articulación pasa por la capacidad de coordinación, especialmente en los espacios institucionales donde el mecanismo de redes que tiende a ser más flexible e informal no se adapta a sus características particulares. Por ello, la propuesta en este aspecto se centra en la incorporación de fundamentos y acciones que promuevan la coordinación que definida desde la horizontalidad, por lo que implica cooperación, más que autoridad o verticalidad. La coordinación vista en esta perspectiva supone el cumplimiento de unos presupuestos o principios para ser posible. En términos de Mary Parker Follet¹⁸, estos principios son:

18 Para muchos esta mujer es la heroína del pensamiento administrativo, ya que fue la primera en pensar la administración desde un enfoque humanista. Su énfasis en la perspectiva humana y en los principios resultan visionarios para su época (publica entre 1918 y 1941 incluso después de su muerte), así como la introducción de nociones como empoderamiento relacionado a la participación de los empleados en las empresas.

- ✿ Contacto directo.
- ✿ Coordinación en las Labores de Política y Planificación.
- ✿ Reciprocidad.
- ✿ Proceso ininterrumpido.

La inclusión de estos principios en la gestión implica la posibilidad de construir sobre unas bases mínimas acciones concertadas que puedan contribuir a salvar las barreras, que los actores identifican en el desarrollo cotidiano de la Línea y del Convenio en general.

Buenas prácticas de la línea de movilización como apuesta estratégica

Las diferentes acciones que se desarrollan en la Línea, lejos de ser una sumatoria de intervenciones aisladas, conforman efectivamente una Línea de acción orientada por los objetivos que plantea el Convenio. En el siguiente testimonio se identifica esta intencionalidad:

Entonces cuando uno se plantea los vacíos de formación en el tema de DSR del recurso humano en la Secretaría no es únicamente que debemos formar gente, sino ¿de dónde parte la necesidad de formar gente?, ¿para dónde voy? y ¿por qué eso es importante? ¿Qué vacío estratégico se está llenando? ¿Qué enfoque pedagógico didáctico vamos a tener? (Consultor UNFPA).

Es sobre este contexto que se identifican las que se consideran buenas prácticas y aprendizajes principales en desarrollo de los ejes de acción: trabajo intersectorial, capacitaciones a profesionales de la salud que atienden jóvenes, trabajo con organizaciones comunitarias e investigaciones.

Coherencia en los contenidos de la movilización

Cada uno de los ejes de acción de la Línea los contenidos de la movilización gravitan en torno a los que se mencionaron como elementos básicos de la movilización: la identificación y reconstrucción de imaginarios sobre SSR y DSR de jóvenes y adolescentes; la formación y transferencia de capacidades técnicas a referentes que actúan directamente con jóvenes y adolescentes; el fortalecimiento de capital social a través de la generación de iniciativas; la promoción de liderazgos y la promoción de trabajo en red; el fortalecimiento del trabajo intersectorial; la generación de alianzas institucionales y la producción de conocimiento. Este aspecto se puede confrontar con la sistematización en cada uno de los ejes de acción.

Especialización y metodología innovadoras

Quienes han participado en acciones de la Línea de movilización coinciden en valorar la presencia de especialistas, así como las metodologías utilizadas en los procesos. Los alcances y el carácter del Convenio, basado en la instalación de capacidades técnicas y la incidencia en procesos de movilización, definen la implementación de acciones puntuales y acompañamientos que no apuntan a la construcción de procesos de largo plazo, sino a la introducción de temáticas con alto nivel técnico en los contenidos y las metodologías que puedan ser punto de partida para iniciativas tanto institucionales como locales. Así lo entienden quienes han participado en diferentes actividades de la Línea:

Pero es cómo el chico que estuvo allá, o la chica que estuvo allá en esa charla en Nuestra Señora de Loreto, pudo (sic) ver que sí estaban necesitando una orientación, una dinámica frente a esa temática. Cómo aterrizar el adolescente o el joven frente a este tema que en sus colegios, donde ellos están, no se trata como una materia del currículo. Entonces para ellos fue fabuloso, fue increíble, yo al final sí hice como ese fogueo y en realidad sí les sirvió de mucho. (Referente SSR Localidad Kennedy).

Se logran “aperturas” y se dan en un doble sentido: el de abrir posibilidades de comunicación y movilización en las localidades y el de

abrir espacios de reflexión, debate y apropiación de los temas en contextos específicos como los colegios, los comedores comunitarios, las ESE y otros espacios de participación comunitaria e institucional.

Un taller lo que te puede mostrar es que si lo hacemos así, puede ser fascinante. Puede conectarme, puede volverme altamente creativo, puede romper mis estructuras, puede ponerme en otros escenarios vitales. Porque yo creo si no es así... lo otro es como repetir el discurso, como letra muerta. La pretensión, es que la gente viva unas estrategias metodológicas para trabajar el tema de la sexualidad, que pase por tu propio cuerpo y sientas cómo es de chévere trabajar así, y que de eso se apropiaran de acuerdo a tu fuerza y lo puedas poner en ese contexto (Experta tallerista en SSR DSR).

Vale decir que esa apuesta innovadora es posible porque quienes tienen a cargo las acciones tienen la libertad de incluir su propia experiencia y subjetividad en el trabajo, así la flexibilidad y apertura del Convenio en la ejecución de las acciones es un factor favorable.

Diálogo de saberes e interdisciplinariedad

Otro elemento que constituye una buena práctica de la Línea es que cuenta y ha contado con gran diversidad de profesionales que construyen de forma colectiva el trabajo y además ha logrado vincular las perspectivas de los jóvenes, los referentes locales, los integrantes de las organizaciones y los propios funcionarios/as en la construcción colectiva. En las entrevistas realizadas con expertos/as que han participado en la Línea, así como con quienes al interior de la SDS trabajan el tema de movilización, se pueden identificar los diferentes puntos de vista y experiencias con que abordan las acciones. Estas reflexiones puestas en diálogo con las voces de los/as participantes y los/as coordinadores/as y ejecutores/as del proceso constituyen una gran riqueza y pueden marcar horizontes de acción futuros.

Permanente lectura de necesidades

Como un acierto que da cuenta de la mirada estratégica de la Línea es necesario destacar la permanente lectura de necesidades para orientar la acción. Este elemento constituye una práctica que sería deseable en cualquier acción que pretenda generar movilización desde la lógica del empoderamiento y la autonomía, pero además desde una mirada integral de la realidad y de los contextos de intervención. Implica la capacidad de hacer sinergias y sincronías.

Adicionalmente, esta práctica facilita las lecturas de contexto y coyuntura, así como la innovación y la vinculación a los procesos en marcha en una lógica que favorece la mirada promocional de la salud como un ejercicio de ciudadanía, y no como una oferta inducida que contempla las poblaciones como estáticas y la salud como una mercancía y no como un derecho.

Recomendación

La recomendación central en este punto es la de mantener y profundizar aquellas acciones que son identificadas como buenas prácticas y avanzar en su conceptualización y socialización.

A partir de este ejercicio de identificación de buenas prácticas se pueden derivar algunas iniciativas que contribuyan a su fortalecimiento:

- ④ Acopio bibliográfico de aquellas referencias presentadas en informes y diseños para generar un acervo de las fuentes que han nutrido y pueden seguir nutriendo el proceso.
- ④ Recopilación y análisis sistemático de las lecturas y caracterizaciones de tipo cualitativo, así como de las discusiones teóricas que puedan alimentar el concepto de movilización.
- ④ Publicación de herramientas metodológicas que puedan servir como material de trabajo para los diferentes actores que participan en el desarrollo de iniciativas de movilización tanto en el nivel institucional como en el comunitario.

- Inclusión en las reuniones de planeación y evaluación de espacios para intercambiar experiencias y reflexiones de tipo cualitativo, aprendizajes y obstáculos en el desarrollo de las acciones, acompañadas de instrumentos que permitan su recolección y análisis sistemático.

Los resultados del proceso de análisis propio de la perspectiva de sistematización seleccionada pueden ser de gran utilidad para quienes planean, ejecutan, administran y apoyan los programas sociales, pues al obtener información cualificada, reconocer y caracterizar las acciones, desarrollar análisis críticos, acopiar los resultados e incorporar las diferentes voces de los implicados en su realización, pueden aportar elementos cualificados en el fortalecimiento, institucionalización, toma de decisiones e, incluso, en la financiación y sostenibilidad de los mismos¹⁹. Desde esta perspectiva se realizó la observación y triangulación de la Línea de movilización del Convenio UNFPA-SDS.

Se pretende que el presente trabajo facilite la comprensión de aquello que funciona bien o da buenos resultados, y la identificación de aquellas acciones o estrategias que no tienen el impacto deseado o no logran los objetivos propuestos. Ello permite crear un conjunto de lecciones aprendidas y buenas prácticas que permiten el mejoramiento de los programas, su reproducción y adecuación en otros espacios similares.

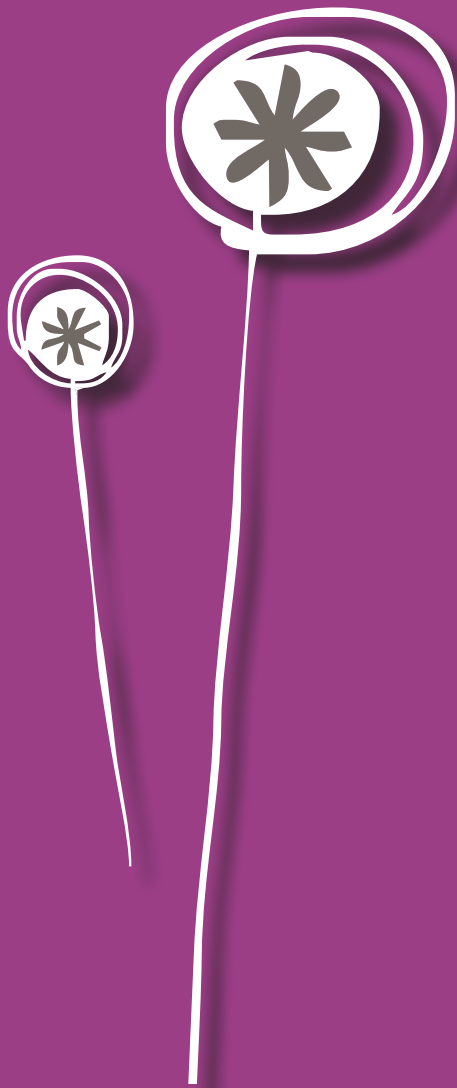
Si se logra que los resultados de la sistematización sean socializados en diferentes entornos es posible que se apoyen en ellos acciones de abogacía para conseguir financiación, y que las mismas comunidades comprendan su relevancia, los apropien y asuman la corresponsabilidad en su desarrollo²⁰. Así mismo, los resultados de esta consultoría pueden ser tomados como un punto de partida para el desarrollo de una evaluación posterior de la línea o del Convenio en general.

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud, Manual de monitoreo y evaluación, Serie OPS/FNUAP, No. 3, en: www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/monitoreo.htm

²⁰ Ibid.

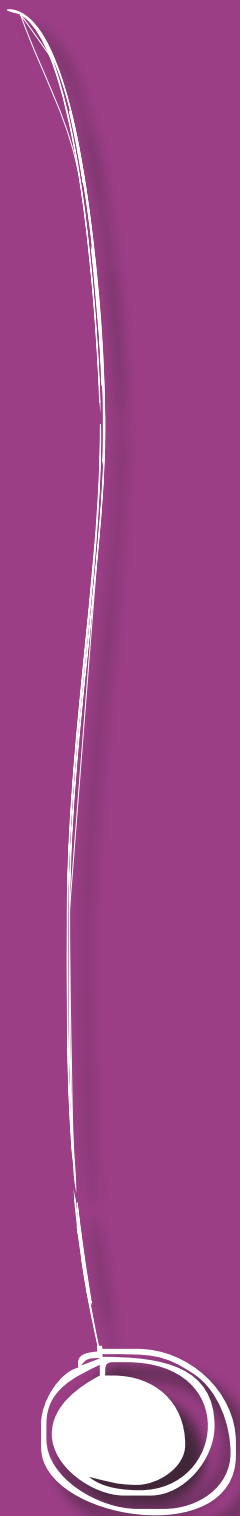
Bibliografía básica

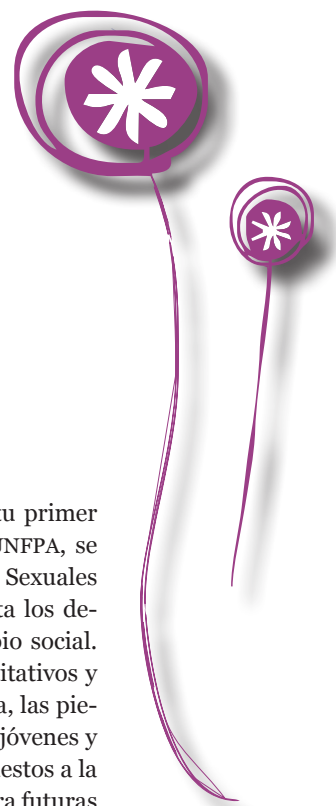
- ECHEVERRY, M. E. (2006). “Derecho a la salud, Estado y globalización” en Revista de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Vol 24, marzo.
- JARA, O. (1997). Para qué sistematizar. Editorial Alforja.
- LONDOÑO, A. (2008). Informe de consultoría para la evaluación del “Proyecto de Mobilización Social para El Sexo Seguro”. En Bogotá - Proyecto Componente: (COL/4R/2008).
- LONDOÑO, J. L. Y FRENK, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Documento de Trabajo 533, BID.
- MEJÍA, M. R. (2005). La sistematización, empodera y produce saber y conocimiento. Bogotá: Ediciones Desde Abajo.
- COLOMBIA, ALCALDÍA MAYOR, SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. (2007). Documento de Política Pública de Juventud para Bogotá D.C. 2006-2016. Bogotá: Comisión Redactora Distrital, febrero.
- COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. (2003). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. En: <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf>



EVALUACIÓN EX-POST DE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN: “QUE TU PRIMER AMOR SEA EL AMOR PROPIO”

AMPARO CADAVID BRINGE / JUAN ANDRÉS COOPER / TATIANA DUPLAT AYALA
JEANINE EL'GAZI / DAVID FAYAD SANZ / ZULMA CONSUELO URREGO MENDOZA





RESUMEN

Esta evaluación ex post de la estrategia de comunicación “Que tu primer amor sea el amor propio” llevada a cabo por el Convenio SDS-UNFPA, se fundamentó en una concepción de promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y partió de enfoques que tienen en cuenta los determinantes sociales de la salud y la comunicación para el cambio social. Para ello se diseñó una metodología que combinó aspectos cuantitativos y cualitativos a fin de mirar el proceso desarrollado por la estrategia, las piezas derivadas de ella y los efectos tenidos en una muestra de 398 jóvenes y adolescentes de cinco localidades de Bogotá, potencialmente expuestos a la estrategia. De la evaluación se derivan varias recomendaciones para futuras estrategias, entre ellas:

1. Traducir, para públicos no expertos, los marcos conceptuales que orientan las acciones para promover los DSR.
2. Explicitar los determinantes sociales en los que deben intervenir futuras estrategias de comunicación.
3. Explicitar el enfoque comunicacional desde donde se construyen las estrategias de comunicación.
4. Caracterizar aspectos culturales, sociales, económicos y políticos significativos de los ambientes y consumos mediáticos de cada contexto en los cuales se va a intervenir.
5. Construir estrategias y contenidos de comunicación participativamente, con adolescentes, jóvenes, padres, madres y cuidadores/as.
6. Ofrecer herramientas que contribuyan al aprendizaje del manejo de situaciones de riesgo, más que a la transmisión de información sobre SSR.
7. Recopilar, sistematizar, traducir y difundir masivamente la investigación sobre SSR y DSR desarrollada por la SDS.

Palabras clave: Salud Sexual y Reproductiva, Embarazo Adolescente, Infecciones de Transmisión Sexual, Estrategia de comunicación en salud, Evaluación ex post, Derechos Sexuales y Reproductivos.

ABSTRACT

This ex-post evaluation of the communication strategy of “Que tu primer amor sea el amor propio” (Let your first love be your love for yourself) undertaken within the SDS-UNFPA Joint Program was based on a conception of the promotion of Sexual and Reproductive Rights (SRR), along with outlooks that take into account both the social determinants of health and a perspective of communication for social change. A methodology was designed that combined quantitative and qualitative aspects. This in order to look at the process developed by the strategy, the products that resulted from it and the possible effects on a sample of 398 youths and adolescents of 5 localities in Bogotá, who were potentially exposed to the strategy. As a result of the evaluation several recommendations for future strategies were derived, among them:

1. The translation, for non-expert audiences, of the conceptual framework that guide the actions to promote SRR.
2. Provide explicit descriptions of the social contexts in which future communication strategies will intervene.
3. It is necessary to describe the communicational outlook of the communicational strategies to be developed.
4. Describe cultural, social, economic and political aspects of the environment and the type of media consumption of each one of the contexts in which the communication strategy is going to be applied.
5. Construct communication strategies and the contents with the participation of youths, adolescents, parents and caretakers.
6. Provide tools that will contribute to the process of learning how to handle situations that involve risks, more than the mere transmission of information about SRR.
7. Collect, systematize, translate and massively make public the research about SRR and DSR Developed by SDS.

Keywords: Sexual and reproductive health, Teen Pregnancy, Sexually Transmitted Infections, Strategy of communication in health, Ex post Evaluation, Sexual and reproductive rights.



Introducción

Este documento presenta los resultados de la evaluación ex-post de la estrategia de comunicación “Que tu primer amor sea el amor propio” llevado a cabo por el Convenio SDS-UNFPA. El objetivo de esa estrategia de comunicación fue:

promover una sexualidad responsable en adolescentes y jóvenes de la ciudad de Bogotá que favorezca su autonomía, el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, la transformación de patrones, estereotipos e imaginarios para fortalecer la construcción y vivencia de una sexualidad generadora de autonomía y prácticas de auto cuidado para la prevención de embarazo en esta población.

La estrategia fue implementada en Bogotá D.C, dando prioridad a las localidades de Suba, Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar y San Cristóbal, pues allí se expresan en mayor medida las problemáticas que se buscan atender.

Se evaluó el diseño, el proceso y los resultados de la estrategia de comunicación “Que tu primer amor sea el amor propio” explorando los efectos atribuibles en cuanto a conocimientos, imaginarios y prácticas con respecto a la promoción de DSR y la prevención de embarazos no planeados, la violencia y el abuso sexual, ITS/VIH/SIDA y promoción de la maternidad segura, en adolescentes y jóvenes de Bogotá.

La estrategia evaluada consta de los siguientes componentes:

- ❁ Logo símbolo Lema
- ❁ Postales
- ❁ Agenda-planeador

- Tropezones
- Hombres valla
- Dispensadores de condón
- Cuaderno con planeador
- 2 Videos animados
- Cuñas de radio
- 2 Videoclips (videos musicales)
- Actividades presenciales de promoción
- Talleres
- Afiches
- Pendones
- Manillas

Se estableció como límite el análisis de los componentes desarrollados durante el 2009. Esto incluye: el proceso de diseño, implementación y difusión de: logo, lema, postales, videos animados, cuñas de radio y videos musicales. Teniendo en cuenta que las siguientes piezas: agenda-planeador, tropezones, hombres valla, dispensadores de condón, y cuaderno con planeador fueron elaboradas con las mismas imágenes y mensajes que las postales, el análisis de contenido se integró al de estas piezas.

Esta evaluación se llevó a cabo con el propósito de convertirse en un insumo para enriquecer y cualificar otras intervenciones que se implementen a futuro en el marco de los convenios entre la Secretaría de Salud del Distrito y UNFPA.

Tipo de trabajo

Fue una evaluación ex post que buscó identificar la coherencia de la estrategia; sus posibles efectos en cuanto a la transmisión de conocimientos, la transformación de imaginarios y la promoción de una

disposición a la práctica en torno al ejercicio de los DSR de adolescentes y jóvenes; así como identificar aprendizajes del proceso que permitieran reforzar factores de éxito y “replicabilidad” y corregir debilidades en futuras intervenciones.

Adicionalmente se realizó un ejercicio de corte etnográfico buscando identificar elementos que configuran los entramados culturales a partir de los cuales las personas adolescentes y jóvenes reciben, reinterpretan y apropian los mensajes de las estrategias de comunicación. Esto con el fin de brindar insumos que orienten el manejo de contenidos, lenguajes y formatos en futuras estrategias de comunicación. La investigación combina elementos cualitativos con cuantitativos.

Marco Teórico

En términos conceptuales la evaluación combina la perspectiva de los DSR, el enfoque de determinantes sociales de la salud y los planteamientos de la comunicación para el cambio social. Esto con el fin de sentar los criterios de coherencia que se desarrollaron en el diseño, el manejo de la información recolectada y los análisis llevados a cabo.

En el marco de la defensa de los DSR, las/os jóvenes y adolescentes deben encontrar garantizado su derecho a la vida, en especial el derecho de las mujeres a no morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto; el derecho a la libertad, en especial aquel que se relaciona con no ser forzados por terceros a tener relaciones sexuales, a reproducirse o a no hacerlo, así como a elegir su compañero o compañera sexual en el marco de la preferencia sexual que decida tener; a no sufrir discriminación alguna, en especial en razón de expresiones específicas de su pertenencia a un sexo o género; a la privacidad, y libertad de pensamiento, así como a la libre información y educación en materias relacionadas con SSR; a la atención y protección de su salud para el disfrute de una vida sexual y reproductiva plenas; y el derecho de asociarse para promover el ejercicio y reconocimiento de los DSR.

En cuanto al enfoque de determinantes sociales de la salud este busca identificar, en contextos específicos, los factores sociales, polí-

ticos, económicos y culturales que determinan la salud de una colectividad. Desde esta perspectiva la acción sanitaria implica entonces la identificación detallada de los procesos de determinación social (estructurales, intermediarios y proximales), de modo que se pueda actuar para reducir inequidades, mediante alianzas estratégicas entre el Estado y la sociedad civil¹.

Referente al enfoque de comunicación se comprende como ámbito en el cual se construyen sentidos en la interacción social, y dentro de ella los medios de comunicación son instrumentos. Estos sentidos que se construyen se refieren a informaciones, conocimientos, reconocimientos, aprendizajes, consensos, negociaciones. Por ello, no plantea la existencia de un emisor y un receptor, sino de interlocutores que establecen un vínculo de intercambio de sentido, donde entre ambos construyen algo nuevo que es útil para los dos.

En este modelo la participación es un factor central y los integrantes son considerados sujetos sociales con un mundo simbólico de referencia a través del cual entran en la negociación de intercambios de sentido. Este es el enfoque o escuela de la comunicación para el desarrollo y más recientemente comunicación para el cambio social, parte de la idea de que no existen públicos pasivos, sino sujetos activos con potenciales comunicativos que son, además, hacedores de su entorno, es decir, políticamente activos. Por ello, la comunicación facilita generar cambios en las comunidades con la participación de los públicos objetivo, a través de lenguajes propios de cada comunidad, y a partir de las redes simbólicas que tienen lugar dentro de su propio universo cultural.

Desde esta concepción se parte de la idea de que los grupos humanos tienen en sí mismos el potencial para generar cambios, pero que para generarlos es necesario primero, comprender el universo simbólico de los sujetos, sus prácticas y su forma de ser. Desde ahí es posible convertir la comunicación más que en un fin en sí mismo, en

¹ Ibídem

un proceso de diálogo y de búsqueda de saberes que dé como resultado un mensaje que represente a las personas en un espacio propio, con un lenguaje autóctono y enmarcado en una realidad concreta.

El concepto del desarrollo ha evolucionado en las agencias de cooperación, no así la concepción de la comunicación para el desarrollo. Proyectos que antes se desentendían completamente de la comunicación, ahora la toman en cuenta como un instrumento de propaganda o de documentación institucional. Las campañas masivas a través de los medios de información, particularmente en apoyo de programas de salud, han demostrado que no pueden ser sostenibles si no cuentan con financiamiento permanente; más aún cuando no han contribuido a establecer canales de diálogo con las comunidades. Desde su diseño son campañas ajenas a los beneficiarios y sus contenidos son demasiado generales para ser aceptables culturalmente, en particular en países que cuentan con una rica diversidad étnica y cultural².

Metodología

A continuación, se describe la metodología utilizada, el tipo de análisis y los instrumentos utilizados.

El equipo profesional contratado para hacer esta evaluación siguió, a lo largo de su proceso, los estándares éticos definidos en el Sistema de las Naciones Unidas- Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG). En particular los estándares que establecen que los evaluadores deben: (2.5) ser sensibles a las creencias, usos y costumbres y conducirse con integridad y honestidad en sus relaciones con todas las partes interesadas; (2.6) cerciorarse de que sus relaciones con las personas se caractericen por el respeto; (2.7) proteger el anonimato y la confidencialidad de informantes particulares, y (2.8) ser responsables de su desempeño y de su(s) producto(s)³.

² Gumucio-Dagron, Alfonso (2001): Haciendo Olas, historias de comunicación participativa para el cambio social, Plural Editores, La Paz, pp10.

³ Ver: Normas de evaluación en el sistema de las Naciones Unidas. Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas (UNEG) 2005.

El diseño metodológico de esta evaluación refleja las demandas planteadas por los objetivos de la evaluación, en tal sentido se aplicaron las siguientes estrategias metodológicas: entrevistas estructuradas, análisis de los documentos de la estrategia y análisis de las piezas, con el fin de determinar la coherencia de la estrategia. Así mismo, con el fin de identificar posibles efectos se realizaron ejercicios de recordación, grupos focales, sondeo de motivación a la consulta médica y sondeo en la Línea 106. El análisis de la información derivada de las distintas actividades permitió establecer aprendizajes. Adicionalmente, se realizó un ejercicio de tipo cualitativo etnográfico (talleres de la memoria) con el fin de identificar elementos culturales y percepciones de los/as jóvenes en los temas de DSR, que permitiesen orientar el manejo de contenidos en futuras estrategias.

Dado que la estrategia evaluada no contaba con una línea de base, que permitiera medir efectos, se propuso una estrategia metodológica basada en: a) La identificación del recuerdo de los mensajes de la estrategia en poblaciones potencialmente expuestas a ella, b) La identificación de las acciones desencadenadas por la exposición a los mensajes de la estrategia, en quienes la recuerdan y c) La apreciación y valoración personal sobre los mensajes con respeto a la receptividad que se tiene de ellos y a su aplicabilidad en la vida personal.

La selección de la muestra de beneficiarios de la estrategia fue de tipo no probabilístico. En el caso de los grupos focales se optó por una muestra no probabilística intencionada, y en el caso de los talleres de memoria por una muestra no probabilística por cuotas. Se establecieron como criterios principales la ubicación de los territorios y las poblaciones donde se implementó directamente la estrategia comunicativa. Por ello, el universo de referencia para tomar las muestras estuvo constituido por la totalidad de colegios y universidades donde la estrategia hizo presencia. La selección final fue orientada por estos dos criterios aplicados: una muestra representativa por localidades de la ciudad que afectó principalmente la selección de colegios y universidades donde se hicieron los ejercicios de la recordación y la memoria. Y una muestra representativa de población potencialmente receptora de la estrategia por estrato social y vinculación a una localidad para los grupos focales.

La obtención de la información necesaria para llevar a cabo esta evaluación exigió la conformación de tres grupos de personas: por un lado los/as profesionales de la SDS, el UNFPA y el Convenio que habían hecho parte del proceso de diseño y realización de la estrategia y habían tomado las decisiones al respecto. De otra parte, jóvenes y adolescentes de los varios lugares e instancias de la ciudad donde la estrategia se llevó a cabo y pudiesen ser abordados nuevamente. Y finalmente, las personas que llegaron a consulta al centro amigable de salud de Tunjuelito durante la semana del 1 al 8 de octubre de 2010.

En el primer grupo se entrevistaron seis personas, tres del UNFPA, dos de la SDS y una del Convenio. Del segundo grupo, además de la entrevista a un representante de la organización Los Incorruptibles se abordaron 398 personas, jóvenes y adolescentes de tres colegios y cuatro universidades. El tercer grupo estuvo integrado por las personas que llegaron a consulta durante una semana en un centro de salud amigable.

Hallazgos y discusión

En cuanto a la coherencia entre los objetivos de la estrategia y la problemática que se pretendió atender:

Aunque los objetivos de la estrategia en lo enunciativo pudieran resultar coherentes con el conjunto de problemáticas que se pretendió impactar, inicialmente, las concepciones conceptuales de la SDS, el UNFPA y el Convenio, no fueron asumidas del todo por quienes diseñaron las primeras piezas. No obstante, durante el proceso se tomaron acciones que permitieron corregir esta deficiencia y reorientar el enfoque conceptual de las piezas producidas.

En cuanto a la coherencia entre los objetivos de la estrategia y el diseño e implementación de los mensajes, piezas y acciones comunicacionales:

Logo y lema

Se considera que estas dos piezas son coherentes con el objetivo de la estrategia, especialmente en el propósito de promover una “sexualidad responsable”, a partir del “yo” como ámbito primario donde se originan los procesos de apropiación, ejercicio y exigibilidad de los DSR. El equipo evaluador consideró que la perspectiva conceptual que se desprende del lema “que tu primer amor sea el amor propio” hace difícil visibilizar otros elementos estructurales que escapan de la voluntad de jóvenes y adolescentes, y que determinan su capacidad de poner en práctica los DSR (la pobreza, el acceso a la educación, la inserción al mercado laboral etc). En términos comunicativos la perspectiva derivada del logo y el lema escogidos no permite abordar las otras dimensiones asociadas al ejercicio de los DSR que trascienden el ámbito individual.

Postales

Se encontró que las postales expresan una intención manifiesta de promover la sexualidad responsable en adolescentes y jóvenes; así como el reconocimiento de sus DSR. Por su parte, el texto impreso (en el retiro) aporta elementos que buscan empoderar a adolescentes y jóvenes en el ejercicio de sus DSR y en la construcción de autonomía y de relaciones de autocuidado. No obstante, al no existir absoluta coherencia entre la perspectiva conceptual de la imagen (tiro) y del texto (retiro) se pierde coherencia también entre las piezas y el objetivo de la estrategia. Específicamente en los aspectos relacionados con la “transformación de patrones, estereotipos e imaginarios para fortalecer la construcción y vivencia de una sexualidad generadora de autonomía y prácticas de autocuidado para la prevención del embarazo”⁴. El hecho de que varias de las imágenes incluidas en estas piezas refuercen estereotipos de género debilita la intención original de transformar imaginarios y estereotipos.

⁴ Objetivo de la estrategia de comunicación que tu Primer Amor sea el Amor Propio.

Videos animados

Los videos animados expresan una total coherencia con el objetivo de la estrategia de comunicación: promueven los DSR y la sexualidad responsable y brindan elementos que proponen la transformación de patrones, estereotipos e imaginarios sobre la sexualidad. Las piezas no sólo son coherentes con el objetivo trazado para la estrategia de comunicación, sino que expresan de manera coherente y consistente la perspectiva conceptual que enmarca las acciones de la SDS y del UNFPA. Estas piezas constituyen un claro aporte en la promoción de una sexualidad generadora de autonomía y prácticas de autocuidado por lo tanto, se sugiere aprovechar más su potencialidad. Si bien las piezas han servido como material de apoyo a otras acciones de promoción de SSR adelantadas en el marco del Convenio UNFPA-SDS, ninguna de las personas que participaron en los grupos focales y en los talleres de la memoria, las recordaban. Sólo hubo alguna evidencia de recordación en el colegio Luís López de Mesa, donde uno de los adolescentes pintó, en la colcha de retazos, la figura de un condón tapando goles en una portería, tal como el que aparece en los videos animados.

Videoclips musicales

El objetivo del videoclip “Amor Propio” es explorar las nociones que sobre este concepto tienen jóvenes y adolescentes, que a su vez, constituyen el público objetivo de la estrategia Que tu primer amor sea el amor propio. Se considera que en este caso, no sólo la pieza si no el proceso de elaboración de la pieza, expresan coherencia con el propósito de promover la autonomía y las prácticas de autocuidado. El hecho de involucrar la participación directa de los jóvenes, y que ellos hayan realizado un producto de alta calidad técnica y musical, garantiza un alto grado de apropiación del mensaje que se pretende comunicar. Cabe aclarar, sin embargo, que la misma naturaleza amplia y abstracta del concepto amor propio, puede prestarse para ambigüedades, de tal forma que se sugiere utilizar y difundir esta pieza de manera articulada con otras más directas como los videos animados

y las cuñas de radio, para que el mensaje abstracto se complemente con informaciones concretas y precisas.

El videoclip *Sex Tone* en principio, también es coherente en cuanto al objetivo de

promover una sexualidad responsable en adolescentes y jóvenes de la ciudad de Bogotá que favorezca su autonomía, el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, la transformación de patrones, estereotipos e imaginarios para fortalecer la construcción y vivencia de una sexualidad generadora de autonomía y prácticas de auto cuidado para la prevención de embarazo en esta población⁵.

Sin embargo, su narrativa más de corte “institucional” le resta efectividad a la acción comunicativa y por lo tanto, al cumplimiento del objetivo de la estrategia de comunicación. El proceso de elaboración de la pieza, más orientado que el anterior, desde las instituciones, hace que esta pieza sea menos ágil y fluida que la anterior.

Cuñas radiales

El análisis arroja total coherencia entre las cuñas radiales y el objetivo de la estrategia. Además del propósito expresamente enunciado en el objetivo de la estrategia de comunicación, estas piezas incluyen las temáticas de: violencia y abuso sexual, ITS/VIH/SIDA y promoción de la maternidad segura. A pesar del acierto en su realización, el evidente esfuerzo por lograr una difusión amplia a través de medios masivos de gran audiencia y el hecho de que se complementara la emisión con acciones de promoción directa, ninguno de los 399 participantes en el proceso de evaluación recordaba haber escuchado estas cuñas.

Nuevamente, aunque las piezas expresan coherencia con el objetivo de la estrategia no implica necesariamente que este se haya cumplido, dadas las dificultades inherentes de generar efectos o impactos a través de medios masivos en una ciudad con más de 6 millones de ha-

⁵ Objetivo de la estrategia de comunicación Que tu Primer Amor sea el Amor Propio.

bitantes donde las personas jóvenes y adolescentes acceden a muchas y muy variadas fuentes de información, que terminan compitiendo por captar la atención de este público receptor. La recomendación en este caso es volver a emitir las piezas, ampliar el período de emisión y emitirlas también a través de las emisoras comunitarias y escolares de las localidades priorizadas por la estrategia de comunicación.

En cuanto al papel de la comunicación y los medios en la construcción de imaginarios sobre sexualidad y DSR

Los hallazgos de este ejercicio etnográfico se presentan en tres redes superpuestas de creencias o imaginarios donde habita la vida sexual de jóvenes y adolescentes y que responden a las matrices culturales de la sociedad en que viven: (i) La referente a los ambientes y la manera como se informan y aprenden sobre sexualidad (mundo exterior), (ii) la que evidencia los sentimientos y emociones que ello/as albergan en su mundo interior (creencias, imágenes, valores) producto de lo anterior y (iii) la que subyace a la disposición a la acción, es decir, las estructuras más profundas que determinan sus decisiones y actuaciones, finalmente, lo qué estarían dispuestos o no a hacer.

La información y el conocimiento sobre la sexualidad

Los/as jóvenes tienen su primer acercamiento a la sexualidad a través de la información que les dan sus hermano/as, sus amigo/as/, compañero/as de clase y los medios de comunicación que cumplen un papel fundamental en el modo en que las personas adolescentes y jóvenes interpretan la información sobre sexualidad. Otras fuentes de información son las conferencias, el Internet, las campañas en colegios y, marginalmente, los libros. En cuanto a los lugares donde se socializa la información sobre sexualidad están el colegio y el hogar como primeros referentes. Llama la atención que los centros de salud no son mencionados como espacios para aprender o hablar sobre sexualidad.

Los sentimientos y emociones ligados a la vida sexual

Los/as jóvenes han creado unos imaginarios o sistemas de creencias sobre la sexualidad en los cuales unos aspectos sobresalientes a veces son tan poderosos que impiden ver los demás. Dentro de esas asociaciones sobresalen el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y consecuentemente, los métodos anticonceptivos. Podría afirmarse que el efecto de la televisión, las consultas en Internet y las campañas y conferencias sobre sexualidad en el colegio, dejan como resultado que los/as jóvenes y adolescentes terminan asociando la sexualidad con los problemas que de ella se derivan. Son significativas categorías como relaciones sexuales, auto represión, desnudez, tocarse el cuerpo y abusos y violaciones, pues todos apuntan a que la sexualidad se vive en su mera dimensión física o biológica. Otras asociaciones son abandono y rechazo como consecuencia de quedar embarazadas, enfermos/as o ser “pescadas/os” en una relación sexual.

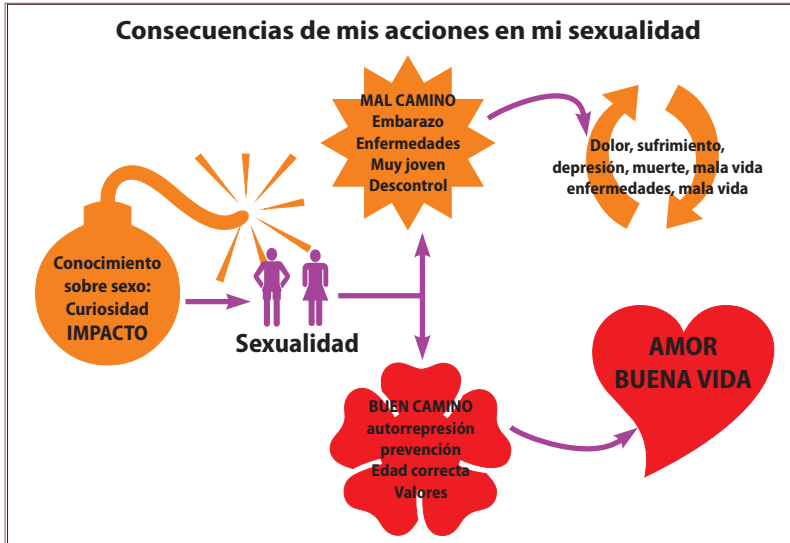
Las redes simbólicas profundas

Todo lo anterior consolida una estructura cultural que moldea sentimientos, emociones, creencias y disposición a la acción. El siguiente diagrama expresa la red de imaginarios y representaciones sobre sexualidad con base en la cual jóvenes y adolescentes interpretan y usan mensajes, informaciones y conocimientos que les llegan y los impulsan a actuar.

La disposición a la práctica se mueve entre este mundo simbólico dividido de tomar el buen o el mal camino. Aquí la pregunta es si quienes diseñan e implementan las campañas y estrategias de comunicación tienen consciencia de estas redes profundas, si se enfocan a fortalecerlas y si sus mensajes se dirigen a reforzar lo que en este mundo dividido se valora. O, si por el contrario se quiere replantearlo y crear unas redes simbólicas de lo que es la sexualidad acorde con las políticas en DSR y SSR existentes.

Generalmente, los estudios antropológicos sobre la vida sexual de jóvenes y adolescentes muestran elementos de estas vivencias, aquí

Gráfico 1. Red de imaginarios y representaciones sobre sexualidad



el tema es cómo los comunicadores reflexionan sobre ello y definen líneas de acción comunicativa diferentes, afines con otros valores y los plasman en redes de sentido distintas.

En cuanto a los efectos de la estrategia de comunicación

Conocimientos

Los efectos encontrados en cuanto a la transmisión de conocimientos apuntan a que la mayor parte de las piezas, especialmente las postales, aportan nuevos conocimientos a las personas, aunque en el momento de decir en qué área les aportaron, las opiniones son disímiles entre sí. La sensación es que se quiere decir mucho en cada postal, lo cual hace que los receptores se dispersen y que los mensajes sean demasiado amplios o que focalicen su interés sólo en aquello que ya conocen, o en un elemento que consideran útil, perdiéndose el resto de la valiosa información que tienen las postales.

Los videos animados sensibilizaron con mayor fuerza que las postales, por el contrario, estas últimas aportaron mayor cantidad de información práctica (dónde y cómo practicarse la prueba del VIH, a dónde acudir para solucionar interrogantes, etc.). El videoclip musical Amor Propio mostró un mensaje mucho más unificado que las postales, reflejando una mayor claridad en su intención comunicativa. Durante las rondas de conversación los/as estudiantes manifestaron apreciar referencias concretas como los números telefónicos a los que se puede acudir, (línea 106) el hecho de que las consultas o condones sean gratuitos, así como la prueba del VIH que las EPS deben brindar información, entre otros temas.

Del ejercicio etnográfico se resaltan los siguientes posibles efectos atribuibles a la estrategia de comunicación: los/as participantes demostraron estar informados en cuanto a los métodos anticonceptivos. También expresaron la necesidad de tener información completa y confiable sobre sexualidad y de pedirla a quienes les inspiran confianza. Se hizo evidente su conocimiento sobre ITS y el hecho de reconocer la gravedad, para la vida de jóvenes y adolescentes, exponerse a una enfermedad de transmisión sexual, especialmente el VIH-SIDA, y las niñas de ser madres antes de tiempo y tener que cuidar un bebé. Además, expresaron tener conocimientos sobre el ejercicio de derechos asociados a la sexualidad y en relación con tomar decisiones informadas, libres y autónomas.

Imaginario

Las piezas que generaron mayor identificación entre los/as jóvenes fueron aquellas que lograron reflejar mejor sus imaginarios en relación con el ejercicio de la sexualidad: la postal de los estudiantes en un salón de clase, los videos animados y el videoclip Amor Propio. Llamó la atención que desde la percepción de los/as participantes las piezas en su gran mayoría reflejan equidad de género y son respetuosas de la diversidad. Sin embargo, desde la perspectiva del equipo evaluador las postales no son cuidadosas con la perspectiva de género.

Esta diferencia de percepción puede deberse a que los/as participantes no cuentan con referentes conceptuales interiorizados que les permitan identificar estereotipos, lugares comunes e inequidades en la representación de los géneros, lo cual indica que allí hay un ámbito de intervención por aprovechar. Además, se encontró que esta y, por consiguiente, las otras estrategias que se han implementado en la ciudad están aportando a la construcción de un imaginario colectivo en relación con la necesidad de vivir el sexo de manera responsable.

Disposición a la práctica

En cuanto a la disposición a la práctica, la mayor parte de las personas piensan que las piezas evaluadas invitan a tomar una acción, independientemente de la interpretación sobre la acción misma. Y, casi el 100% nombra una acción positiva (protegerse, tener amor propio, asistir a los servicios de salud). De otra parte, la organización juvenil “Los Incorruptibles”, encargada de dos de las piezas se mostró orgullosa de su trabajo y con disposición de seguir empoderada del tema, replicando su conocimiento. Se destaca también la disposición a cuidar el cuerpo para que esté sano frente a la práctica de la vida sexual, a utilizar preservativos en las relaciones sexuales para evitar enfermedades y embarazos no deseados, a esperar el momento oportuno, una cierta edad, para tener relaciones sexuales, a estar atentos y prevenir el abuso sexual, especialmente en las niñas, y a hablar con la pareja sobre su vida sexual y planear el futuro.

Conclusiones

La estrategia cuenta con fortalezas que deben ser aprovechadas en futuras experiencias, tales como: la apuesta por el trabajo interinstitucional; la creación de parámetros orientadores para el desarrollo de estrategias de comunicación; la concepción de la intervención comunicativa en tanto “estrategia”, que busca combinar distintos elementos para lograr el efecto deseado y no campaña publicitaria

(a pesar de que por momentos se comportó más como campaña); el apostarle a varios medios mostró versatilidad; la capacidad de corregir errores y adaptarse a nuevas situaciones y la apuesta por incluir la participación directa de jóvenes en la realización de piezas comunicativas; la inclusión de videos animados y clips radiales.

En cuanto a sus debilidades se encontró: que no hay total coherencia entre los marcos conceptuales y programáticos y piezas como las postales producidas, lo cual le resta impacto comunicativo a la estrategia. De igual modo, faltó entregarle suficiente información estructurada sobre el diagnóstico a los comunicadores inicialmente contratados, que los situara en un contexto más amplio; No contar con línea de base inicial impidió una medición más certera de los efectos de la estrategia, notándose la falta de diseño de los indicadores para el seguimiento y evaluación. No se hizo una memoria completa del proceso, ni se recogió toda la información, el conocimiento, los documentos y productos de manera sistematizada y organizada. Todos estos elementos mencionados debilitan su evaluación y sistematización

Como principales lecciones aprendidas se destacan:

- ❶ Que debe elaborarse previamente un documento (*brief*) que contenga todas las partes requeridas, incluyendo elementos del diagnóstico, del problema, aspectos conceptuales del enfoque y definición metodológica del proceso que se desea llevar a cabo. Algo que fue subsanando en la medida en que el proyecto avanzaba.
- ❷ Que los procesos de construcción colectiva de sentidos y significados involucrados en las piezas comunicativas, o su ausencia, se vieron reflejados tanto en su calidad como en su aceptabilidad por parte de los públicos objetivo. Se entienden como procesos verticales aquellos donde no hubo una construcción de sentidos por parte de jóvenes y adolescentes, como lo es el caso de las postales, a diferencia del videoclip musical de Los Incorruptibles.
- ❸ Que los videos animados y demás piezas que no estuvieron centrados únicamente en el uso del condón y en la consulta a servicios de salud, y asumieron parte de la enorme diversidad de inquietudes y

necesidades en torno al tema de SSR, logran una mayor aceptación y asimilación del mensaje central de la estrategia.

- ❁ Que si las piezas comunicativas se cargan de mensajes polémicos como la religión (postal con aureola de santos y condón), en un país altamente católico, causarán alta recordación en el público, pero no asegurarán que el mensaje concreto que quiere ser transmitido llegue a su destinatario final y por el contrario, pueda significar distorsiones y malas informaciones, redundando en la construcción de imaginarios de temor.
- ❁ Que si se quiere brindar información y a la vez generar recordación las piezas comunicativas no deben cargarse de información dispersa y abundante, sino referir un mensaje en especial que oriente sobre la manera en la que se puede actuar con respecto a la problemática/duda de SSR.
- ❁ Que si se va a trabajar con comunidades de jóvenes y adolescentes se debe pensar que estos grupos son altamente audiovisuales en sus formas de comunicación; en esa misma medida las animaciones, multimedios, videos musicales y otras formas de comunicar que involucran lo auditivo y lo visual, serán de una mayor efectividad. En este sentido, los videos y radio clips son un acierto de la estrategia.
- ❁ Las culturas colombianas, en su mayoría, conservadoras en lo discursivo sobre el tema de la sexualidad, pero en la realidad existen prácticas altamente dañinas para los/as jóvenes y adolescentes como la doble moral, el machismo, el abuso como un derecho de padres y familiares sobre las niñas y otros. Los parámetros de la educación sexual que deben ofrecerse han de partir de las mismas condiciones reales de los niño/as a través de metodologías y pedagogías participativas que les sirvan a su vez, de canales de expresión, en los cuales planteen sus dolores y preocupaciones profundas.

Principales recomendaciones

Traducir, para públicos no expertos, los marcos conceptuales que orientan las acciones para promover los DSR, con el fin de que logren ser completamente incorporados en las estrategias de comunicación.

Dada la utilidad que tuvo el *brief* en el desarrollo de esta estrategia se sugiere, desde el inicio del proceso elaborar y complementar el documento guía o *brief* que existe, de tal forma que oriente el diseño de futuras estrategias de comunicación sobre DSR.

Documento que debe ser elaborado con indicaciones para no-especialistas y para los mismos adolescentes, que contenga un diagnóstico de las problemáticas a impactar cifrado en códigos acordes con los enfoques de acción en salud pública que se encuentran priorizados para el territorio sobre el cual se actuará, Documento que incluya cifras conceptuales, diagnósticos realizados, que expliciten los determinantes sociales que afectan a la población objeto de la estrategia, junto con enfoques que comprenden la determinación social de la salud con sus correlatos de enfoque de derechos, género y ciclo vital que proponga un orden para acercarse progresivamente a los diferentes temas.

Esta orientación debe visualizar el encadenamiento progresivo de los diversos procesos de determinación social de la salud involucrados en el ejercicio, y la exigibilidad de los DSR sobre los cuales se pudiera incidir efectivamente a través de una acción comunicativa. En este caso, una perspectiva que va desde lo más general (sexualidad) a los aspectos más concretos de la misma (derechos del sujeto), pasando por el tema de género y autonomía.

Al introducir primero los planteamientos, también generales y que constituyen una especie de “principios” sobre cada uno de estos aspectos, se ofrece un punto de partida que permite y estimula una reflexión para pensar desde allí una multitud de mensajes posibles. Se sugiere preservar para futuros documentos la secuencia que tiene el *brief* actual, en la medida en que permite identificar algunas ideas

principales que pueden reflejarse a su vez en una jerarquía de mensajes a transmitir. Además, permite pensar en un “punto de partida”, y dirección desde donde orientar la campaña. De otra parte, se sugiere no abordar demasiados temas o subtemas para focalizar el trabajo de publicistas y profesionales de la comunicación.

Vale la pena complementar la información brindada a través del *brief* con charlas y talleres que faciliten el diálogo de saberes entre expertos en DSR, profesionales de la comunicación y públicos objetivo, como se hizo con los publicistas de la primera fase, de modo que se construya una base compartida antes de que se inicie el diseño de estrategias o campañas.

Además, se recomienda continuar incluyendo expertos en SSR y DSR o profesionales salubristas, epidemiólogos o de las ciencias sociales con experticia en SSR Y DSR en los equipos encargados de diseñar futuras estrategias de comunicación con miras a garantizar la orientación adecuada de la estrategia comunicativa.

Establecer las características culturales, sociales, económicas, y políticas, así como los ambientes y consumos mediáticos de cada contexto donde se piensa intervenir.

Los temas relacionados con la SSR son temas que se perciben como pertenecientes en gran medida a la esfera de lo íntimo y privado. Hay aspectos que se escuchan en público, pero hay otros que se discuten, comentan o elaboran sólo en forma muy privada y confidencial, e inclusive no llegan a comentarse con otros, sino de forma excepcional. Esto depende de los determinantes sociales de la salud, del tipo de temas discutidos y de los grados de información y conocimientos que manejan jóvenes y adolescentes y sus padres, madres o cuidadores(as). Pueden existir contextos sociales y culturales en los cuales se considera que estos temas no se abordan en la familia, por ejemplo, por razones de diferencias generacionales, actitudes, percepciones y conocimientos distintos, y que son otros los lugares como la escuela donde se espera que jóvenes y adolescentes reciban esta

información. Es por ello que se recomienda incluirlas para el diseño de las estrategias, así como los ambientes y consumos mediáticos en los cuales se va a llevar a cabo la estrategia a proponer.

Hacer explícito el enfoque comunicacional desde donde se construyen las estrategias de comunicación.

Resulta trascendental hacer explícitas las posturas, desde la comunicación social, qué se quiere que los comunicadores o publicistas desarrollen y qué resulta más afín con los enfoques en salud pública priorizados por el Convenio para el territorio en el cual se trabajará. En el caso de Bogotá la propia SDS ha señalado en algunos de sus documentos técnicos que los enfoques elegidos para la acción en salud pública (determinantes sociales de la salud, derechos en general y en particular DSR, ciclo vital, y género) han de hacerse operativos idealmente a través de estrategias promocionales de calidad de vida en salud. Es bajo esta luz que se sugiere que se conciban los procesos comunicativos como “co–construidos” con las poblaciones, objeto de la estrategia, territorialmente situadas, y asimilables a espacios de entrelazamiento de sentidos y significados en torno a las problemáticas a impactar.

Se sugiere partir de análisis etnográficos participativos, diagnósticos con jóvenes y adolescentes de distintas edades, diferentes estratos y localidades y agrupados por género. Estos diagnósticos deben incluir el origen y tipo de creencias, conocimientos, necesidades, intereses imaginarios, y disposiciones a la práctica que se tienen sobre las prácticas sexuales, en particular las que tienen las diferentes generaciones involucradas con jóvenes y adolescentes para el desarrollo de propuestas comunicativas. La participación que se propone, de otra parte, es una forma de lograr un sentimiento de pertenencia y un compromiso para el logro de los objetivos a la base de las estrategias de comunicación. Con el fin de lograr una máxima efectividad en este proceso se sugiere someter todos los materiales que se piensen difundir a consideración de personas que hagan parte de los públicos objetivo. Es más, deben ser ellos quienes participen en la identificación de los temas y contenidos que se pretenden abordar.

Promover la producción de piezas comunicativas por parte de adolescentes y jóvenes.

A partir de lo hallado y en particular para los colegios del Distrito se recomienda estimular la creación y producción de narrativas cotidianas propias de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y de ellos frente a, y de cara a padres, madres y cuidadores/as. Apoyar la producción de piezas de audio, audiovisuales, textos escritos y otras piezas comunicativas de estos grupos poblacionales puede facilitar enormemente procesos de información, educación y comunicación en el campo de los DSR.

Los años de trabajo con diferentes comunidades indican que la producción sostenida de piezas comunicativas, y la interpretación para sí y para otros de las informaciones recibidas, permiten a adolescentes y jóvenes interiorizar cambios y apropiar perspectivas conceptuales. Cuando los discursos se reinterpretan y se pueden expresar para otros en lenguajes propios, entonces se puede ver efectividad en los mensajes y mayor probabilidad de incorporación de los temas en la vida cotidiana y en las prácticas de las personas.

El proponer y estimular la creación y producción de narrativas (elaborar explicaciones, contar experiencias, discutir y desarrollar ideas sobre el tema) sobre aspectos cotidianos y propios, de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, es una estrategia que desarrolla la capacidad de investigar situaciones del entorno, entenderlas y hacerse planteamientos frente a ellas. El contar a otros en lenguajes propios situaciones que hablan del manejo positivo o negativo, complejo o sencillo, que se da a sucesos que tienen que ver con el ejercicio de DSR en contextos específicos, predispone a los/as jóvenes a afrontar estas situaciones, tomar decisiones y ejercer su libertad y responsabilidad de acción.

El que otros jóvenes y adolescentes accedan a estas narraciones elaboradas por pares permite una identificación más cercana que las narrativas elaboradas por adultos externos a los contextos cercanos. Cabe aclarar que no se está proponiendo que se excluyan las propuestas elaboradas por adultos en estrategias como la de “Que tu primer

amor sea el amor propio”, lo que se recomienda es que la producción de narrativas por parte de niños, niñas, jóvenes y adolescentes forme parte de estrategias integrales de comunicación para el cambio social que busquen la apropiación de los DSR.

Es propicio que jóvenes y adolescentes incursionen en la producción de narrativas y productos para los medios pues la producción de radio, prensa escrita, televisión, Internet etc, como se hizo con los videoclips producidos por Los Incorruptibles, tiene un enorme atractivo para estas poblaciones. Enseñarles a trabajar con medios debe ser parte de una estrategia integral de comunicación porque a través del ejercicio de entender para poder comunicar se van incorporando informaciones, conocimientos y nuevos imaginarios que pueden aportar en la construcción de una disposición al ejercicio de los DSR. Se recomienda que estas producciones tengan acompañamiento por parte de tutores, en particular en las etapas iniciales, de tal forma que puedan orientar y hacer sugerencias a las narrativas y guiones, si es el caso, durante el proceso de realización.

En el caso de Bogotá son muchos los colegios que cuentan con radio escolar, por lo tanto, se puede privilegiar, cuando esto sea posible, el trabajo en radio para que las producciones de los/as jóvenes sean emitidas en las radios escolares, pero también en franjas acordadas con las emisoras comunitarias o públicas que existen en la ciudad de Bogotá. Se puede pensar inclusive que las franjas de las emisoras comunitarias sean alimentadas por las producciones de diferentes colegios, llegando incluso a proponer eventos intercolegiados y concursos con estos temas.

Movilizar el tema en la agenda pública

Los temas a movilizar a través de estrategias masivas deben generar discusiones y debates para que los públicos de los grandes medios los tengan como temas de interlocución y discusión en sus círculos íntimos, de allí la importancia de impactar en los movilizadores de opinión para que estos a su vez impacten en los contextos cotidianos. La evaluación realizada, en particular durante los talleres de la memoria,

indica que uno de los referentes importantes para los/as jóvenes son los espacios del hogar, de tal forma que es necesario lograr que en ese ámbito se discutan los temas asociados al ejercicio de los DSR.

Es mejor referir información concreta que ideas abstractas. El mensaje debe ser corto y útil, decir a dónde acudir, el costo, por ejemplo, y en cada caso no dispersar la información o incluir demasiada por pieza.

La evaluación realizada arroja que los/as jóvenes con los que se ha confrontado la estrategia, en particular los de sectores escolarizados, reciben suficiente información y tienen conocimientos sobre la necesidad de utilizar el condón, sobre infecciones de transmisión sexual, sobre el embarazo etc. Sin embargo, no son suficientes para el manejo concreto de situaciones, razón por la cual es necesario ofrecer información cercana, integral, de fácil acceso y que implique interacción y diálogo por parte de los/as jóvenes. Otro aspecto identificado es la necesidad de fortalecer e intensificar las estrategias de comunicación conducentes a erradicar la violencia sexual y el abuso. Estas estrategias deben crear espacios y condiciones para que jóvenes y adolescentes expresen experiencias, temores y percepciones en relación con esta problemática.

Además, se deben brindar herramientas conceptuales que permitan reconocer casos de abuso y orientaciones precisas sobre cómo actuar en caso de sufrir abuso, o de enterarse que otra persona es víctima del abuso o la violencia sexual. Un buen ejemplo de manejo de situaciones complejas se encuentra en los videos animados, por lo que se sugiere utilizarlos también como herramientas para generar debates y situaciones, con jóvenes, padres, madres y cuidadores/as y extender este tipo de estrategias exitosas.

Con el fin de aprovechar al máximo el conocimiento construido hasta el momento a partir de la investigación efectuada dentro del campo de la salud, sobre el tema del embarazo en adolescentes de la ciudad de Bogotá, se recomienda continuar recopilando y seleccionando estudios realizados sobre el tema. Estos hallazgos y conocimientos en lenguajes accesibles a personas no expertas en el área de DSR, permiten enriquecer la perspectiva no sólo de jóvenes y adolescentes, padres, madres y cuidadores/as, sino también de profesionales de

otras áreas que pueden aportar en procesos de información, educación y comunicación en DSR.

Difundir ampliamente estos conocimientos puede ayudar a esclarecer temas confusos y aportar elementos que expliquen falsas creencias, a la vez que puede ayudar a profesionales de la comunicación a identificar temas y áreas no suficientemente exploradas que aporten en el diseño de futuras estrategias. La discusión a partir de ese cúmulo de conocimientos puede, por ejemplo, dar pistas para decidir cómo intervenir, desde la comunicación para el cambio social, en los determinantes estructurales asociados a la pobreza y a la falta de oportunidades que impiden la realización de proyectos de vida en jóvenes y adolescentes.

De igual forma, puede permitir articularse a otros esfuerzos que se adelantan desde el sector salud, educación y cultura; identificar qué tipo de mensajes y estrategias diseñar para aquellas jóvenes y adolescentes que optan voluntariamente por la maternidad, ante la ausencia de otro proyecto que de sentido a sus vidas; cómo dirigirse a jóvenes y adolescentes víctimas del conflicto armado y en situación de desplazamiento, etc.

Adicionalmente, y con base en nuevos estudios en perspectiva de salud pública sobre el embarazo en adolescentes, que cubran aspectos no abordados por la investigación ya realizada hasta la fecha, identificar otros componentes del proceso de determinación social de esta problemática que pudieran ser impactados positivamente a partir de una estrategia de comunicación en salud, trascendiendo al trabajo informativo sobre medios de regulación de la fecundidad o uso de servicios de salud.

Se sugiere a partir de esta evaluación que se realicen periódicamente reuniones o jornadas en grupos pequeños de discusión en los colegios, con padres/madres de familia o cuidadores/as, estudiantes del mismo género inicialmente y un/a orientador/a, cuyo propósito fundamental sea que se dialogue y generen narrativas a partir de la experiencia, para que se asuman e interioricen los aspectos complejos de la sexualidad de hoy. Es necesario romper la distancia entre el espacio, casa, colegio, amigos, medios. Es necesario educar a los

padres, madres o cuidadores/as no como sector independiente, sino en la relación de familia misma, padres/madres frente a hijos, a partir de una construcción de unos con otros. Es importante buscar el mecanismo para que los conceptos dejen de ser abstractos y generales, como el respeto, el amor propio, la intimidad, la responsabilidad.

Hacer ejercicios y hasta puestas en escena, pequeños *sketches* teatrales que sean lúdicos, que permitan espontaneidad, que no produzcan alienación, rechazo, expresiones de pena, vergüenza o repudio, que exploren y muestren prácticas posibles y formas de relacionarse, entablar relaciones, expresiones de respuestas distintas por género, etc.

Deben desarrollarse trabajos con grupos de jóvenes escolares en los que la sexualidad, los DSR, así como las medidas de prevención se manejen y se exploren. Trabajo que vaya más allá de la charla, del video o la campaña masiva con volantes etc. Lo que no quiere decir que esta no sea complementaria. Trabajos orientados a que con conducción y con grupos de distintas edades, los/as jóvenes hagan sus propias campañas para cada colegio. Usen y produzcan para medios a su alcance, entre otras estrategias.

Ampliar los públicos objetivo de las estrategias de comunicación en DSR incluyendo a padres, madres y cuidadores/as, adolescentes y jóvenes que buscan quedar embarazadas, población en situación de desplazamiento y comunidades étnicas. Los DSR se hacen realidad a través del conjunto de estrategias de comunicación y de educación que reciban padres, madres, maestros/as, jóvenes y adolescentes. No se pueden hacer efectivos sólo si son conocidos exclusivamente por jóvenes.

Preferir las piezas audiovisuales a los impresos

Se sugiere inclinarse más hacia el uso de materiales audiovisuales que impresos, pues los/as jóvenes y adolescentes son más propensos a este tipo de piezas. Igualmente, la evaluación arrojó que las animaciones son una buena forma de representar a estos grupos. Es necesario

aprovechar más las animaciones dada la buena acogida que tuvieron entre los participantes de los grupos focales.

En este sentido, y con relación a la estrategia “Que tu Primer Amor sea el Amor Propio” se sugiere:

- Aprovechar los canales comunitarios de las localidades, así como las universidades y colegios para distribuir los videos animados y el videoclip “Amor Propio”.
- Aprovechar más las cuñas radiales emitiéndolas nuevamente a través de RCN, pero durante un período más largo y por emisoras comunitarias de las localidades priorizadas por la estrategia de comunicación.

Bibliografía

- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ DC–SDS. (2006). *Proyecto Bogotá Cómo Vamos* 30 p.
- (2008). *Proyecto de autonomía en SSR con enfoque promocional de calidad de vida y salud*. Documento guía para la formulación de proyectos y planes. Bogotá.
- (2005). *Política Distrital de Salud Materna. Cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal*, 16 p.
- CADAVID, A. (2007): *Instructivo para el manejo y análisis de las colchas de retazos* Bogotá, Doc. 17 p.
- COLLE R. *Análisis de Contenido*. Disponible en: http://www.puc.cl/curso_dist/conocer/analcon/programa.html
- HERNÁNDEZ, M. (2008). Seminario distrital sobre la estrategia promocional de calidad de vida y salud, Bogotá. Citado por: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá – Corporación grupo Guillermo Fergusson. “*La estrategia promocional de calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud*”. Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud, 39 p.
- HOLZMANN, R. (2003). *Manejo social del riesgo. Un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá*. Revista Fac. Nac. Salud Pública 2003, 21 (1): 73/ 106.

- LÓPEZ, L. (1977): *Introducción a los medios de comunicación*. Bogotá: USTA.
- MADDALENO, M., MORELLO, P., INFANTE-ESPÍNOLA, F., (2003); Stern, (2007), CEPAL/CELADE, (2002), Pentérides, (S/d), Rodríguez, (2009).
- OTERO BELLO E. (2004). *Teorías de la comunicación*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- PIÑUEL RAIGADA, J. L. (s f). *Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido*. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias de la Información, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- RIAÑO ALCALÁ, P. (s f). “Recuperar las memorias y elaborar los duelos”. doc. 12 p.
- (2000). “Recuerdos metodológicos: el taller y la investigación etnográfica”. En *Revista de Estudios Sociales*, Bogotá: Universidad de los Andes, # 7, 48-60.
- (s f). “Encuentros artísticos con el dolor, las memorias y las violencias: La reconciliación y los procesos de paz a nivel local”. Canadá: UBC, doc., 29 p.
- (2004). “Migraciones forzadas y crisis de la memoria: Los talleres de memoria con población desplazada en Colombia”. Canadá: UBC, doc., 17 p.
- (2005). “*The New Traffic (king) of Memory: Youth, Violence and Peace Processes in Colombia*”.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. – Ministerio de la Protección Social. (2007). *Decreto No. 3039 10 de agosto de 2007* (). 50 p.
- SDS – Corporación Grupo Guillermo Fergusson. (2008). *Construcción de Procesos Comunicativos. Alcaldía Mayor de Bogotá – SDS*.



SOBRE LOS AUTORES Y AUTORAS



**Bogotá: gestión del conocimiento
para el abordaje del fenómeno del embarazo adolescente**

CARLOS IVÁN PACHECO SÁNCHEZ. Médico, especialista en epidemiología y candidato a doctor en sociología. Aprendiz e investigador en los campos de la sexualidad, el género, la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos. Investigador asociado del centro de investigaciones en sociedad, salud y cultura –CISSC– (Bogotá) y del grupo interuniversitario COPOLIS del Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones de la Universidad de Barcelona.

**Aproximación a los significados de paternidad, maternidad
y embarazo adolescente en contextos de desplazamiento**

SAMUEL ÁVILA. Profesor universitario, magister en antropología de la Universidad Nacional de Colombia, es doctorando en antropología en la Universidad de los Andes. Sus escenarios de investigación han sido diversos: la loquera entre los indígenas embera chamí; el origen de la emoción entre las barras bravas de fútbol; y, actualmente, de cómo ciertas prostitutas sobreviven a la violencia en Colombia.

MARYELY FORERO BAREÑO. Internacionalista de relaciones económicas, estudios en geopolítica y negocios internacionales de la Universidad Autónoma de Colombia, analista internacional sobre infancia afectada por la guerra y la pobreza,



derechos humanos, derecho internacional humanitario, con énfasis en crímenes de lesa humanidad y genocidio avalado por el Tribunal Internacional de Infancia, en Buenos Aires, Argentina. Investigadora asistente en derechos sexuales y reproductivos.

YENIFER LADY MARIÑO SUÁREZ. Economista de la Universidad Autónoma de Colombia con énfasis en desarrollo económico y social. Con formación en manejo y análisis de base de datos cuantitativos e información cualitativa. Con experiencia como investigadora asistente en investigaciones cualitativas y cuantitativas en contextos de alta vulnerabilidad en la ciudad de Bogotá en temas de salud sexual y reproductiva, desplazamiento, pobreza e inequidad.”

JOSÉ MIGUEL NIETO OLIVAR. Comunicador, magister en literatura, doctor en antropología social de la Universidad Federal de Río Grande del Sur. Investigador posdoctoral del núcleo de estudios de género –PAGU- de la Universidad de Campinas (Brasil). Investigador líder de grupo del Centro de investigaciones en sociedad, salud y cultura (CISSC) de Bogotá y miembro del colectivo cultural La Bocachica Gozoza.

LIZ JOHANA RINCÓN SUÁREZ. Socióloga, máster en investigación en sociología de la Universidad de Barcelona y candidata a doctora en antropología social de la Universidad de los Andes. Asesora e investigadora en el campo de la antropología de la memoria en espacios transnacionales, la sociología política, de las migraciones y los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Profesora universitaria e investigadora del comité de estudios sobre violencia, subjetividad y cultura de la Universidad de los Andes y del Centro de investigaciones en sociedad, salud y cultura (CISSC).

Significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud de Bogotá sobre la sexualidad adolescente

MARINA BERNAL GÓMEZ. Consultora, investigadora y terapeuta mexicana. Psicóloga por la (UIA-México); Maestra en Psicología social de grupos e instituciones (UAM-México) y en curso Maestría en antropología por los Andes. 15 años de trabajo en academia, gobierno, ONG's y diversos movimientos sociales. Investigaciones y publicaciones sobre violencia basada en género, derechos humanos de las mujeres, jóvenes, diversidades sexuales y genéricas y sexualidades, cuerpo y nación.

CAROL PAVAJEAU DELGADO. Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, magíster en antropología social de la Universidad de los Andes. Docente en la carrera de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. Consultora en los temas de género y sexualidad. Socia fundadora de la corporación Misaishaa, última publicación Hombres y desplazamiento forzado: Una introducción a la transformación de la masculinidad. En revista de Estudios Sociales de la Universidad de los Andes.

MARIBEL RIAÑO SANABRIA. Pedagoga de la Universidad Luis Amigó, especialista en gerencia social de la Escuela superior de administración pública, especialista en derechos económicos, sociales y culturales, del Instituto Universitario Henry Dunant de Suiza, magister en antropología social de la Universidad de los Andes. Consultora e investigadora en temas de cultura, salud, género, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, desarrollos pedagógicos y organización social.

JAVIER TATIS AMAYA. Estudiante de Ciencia Política de la Universidad Nacional de Colombia, con estudios en Administración Pública. Desde el año 2000 ha participado como asistente de investigación y coinvestigador en diversos proyectos relacionados con jóvenes en: IESCO-Universidad

Central, Universidad de la Salle y la Pontificia Universidad Javeriana, en ésta última se desempeña desde el año 2007 como Asistente del Observatorio Javeriano de Juventud.

CLARA INÉS VARGAS ROJAS. Psicopedagoga. Especialista en desarrollo social. Experiencia en el diseño, ejecución y evaluación de proyectos de desarrollo social y facilitadora de procesos pedagógicos con enfoque de derechos, diferencial y perspectiva de género. Investigadora con énfasis en sexualidad y salud sexual y reproductiva. Consultora nacional en la implementación de servicios amigables para jóvenes.

Barreras y facilitadores para el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva en Bogotá

ELIANE BARRETO. Médica ginecobstetra. Experiencia de más de 10 años en provisión de servicios especializados de SSR, con formación y experiencia como investigadora y capacitadora en procesos de comunicación no violenta y de formación en temas de DSR y violencias basadas en género. Actualmente adelanta los programas de maestría en terapia familiar sistémica y de especialización en violencia familiar.

ANA JUDITH BLANCO. Magíster en salud pública. Experiencia en servicios de salud e investigación aplicada a la salud pública con enfoque en métodos cualitativos. Durante varios años ha investigado el tema de acceso a los servicios de salud de niñas/os y adolescentes, en África y en Colombia. Co-investigadora de diversos estudios sobre salud materno-infantil y SSR. Editora de artículos y documentos técnicos.

YASMITH CÁRDENAS. Antropóloga con experiencia en culturas juveniles y políticas públicas para promotores/as de juventud. Experiencia en la coordinación e implementación de

proyectos para el fortalecimiento de organizaciones comunitarias y empoderamiento ciudadano y en estudios sobre explotación sexual, comercial de niñas/os y adolescentes y de pautas de crianza de población indígena colombiana. Experiencia en adecuación sociocultural de programas institucionales.

CAROLINA CHAVARRO. Médica ginecobstetra, magíster en salud pública (c). Experiencia en desarrollo de protocolos de patologías relacionadas con la SSR e implementación de programas de SSR en adolescentes/jóvenes. Ha trabajado en el diseño y desarrollo de programas de planificación familiar para poblaciones en situación de desplazamiento. Co-investigadora en diversos estudios en el tema de SSR. Experiencia en alto riesgo obstétrico.

PABLO MONTOYA. Médico, magíster en salud pública. Experiencia de más de 10 años en gestión de proyectos e investigación en salud pública. Profesor asociado de la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de la Universidad de Washington y director de la organización Health Alliance International, y de su homóloga en Colombia: Sinergias–Alianzas estratégicas para la salud y el desarrollo social.

SANDRA PIÑEROS. Médica especialista en psiquiatría infantil y de adolescentes. Ha desarrollado investigaciones en diferentes ámbitos de la psiquiatría con enfoque bio-psicosocial y en el campo de la SSR en adolescentes y jóvenes. Experiencia en psiquiatría de enlace para niñas/os con enfermedades crónicas. Docente de postgrado de psiquiatría y de pediatría de la Universidad Nacional y de la Universidad de La Sabana.

Mobilización social por los DSR en Bogotá

ADRIANA MARÍA BOTERO VÉLEZ. Comunicadora social, con énfasis en comunicación educativa y aspirante al título de maestra de comunicación de la Pontificia Universidad Javeriana. Experiencia en investigación aplicada en el área de comunicación, educación y cultura con énfasis en la creación de alternativas en medio del conflicto político, social y armado de Colombia. Trayectoria en el diseño, ejecución, sistematización y evaluación de estrategias orientadas al empoderamiento social y comunitarios en el ejercicio de derechos.

SANDRA LILIANA OSSES RIVERA. Investigadora con formación interdisciplinaria en ciencias sociales. Comunicadora social, maestra en ciencias sociales por Flacso y doctora en ciencias políticas y sociales por la Universidad Nacional Autónoma de México. Experiencia de más de 10 años en el diseño, planeación, ejecución y sistematización de proyectos sociales. Desarrollo de consultorías con organismos internacionales.

JULIÁN ANDRÉS RIVEROS CLAVIJO. Sociólogo de la Universidad del Rosario, miembro de la International Visual Sociology Association –IVSA– y de los grupos de investigación salud mental y psicoanálisis e investigación de las ciencias, las tecnologías y las profesiones de la Universidad del Rosario

**Evaluación ex pos de la estrategia de comunicación
“que tu primer amor sea el amor propio”**

AMPARO CADAVID BRINGE. Historiadora, especialista en medios educativos y MA en comunicación para el desarrollo. Ha tenido larga experiencia como consultora, evaluadora, investigadora y profesora universitaria; ha sido comunicadora, gestora y realizadora en el campo del desarrollo,

la comunicación y el cambio social, la paz y la formación de ciudadanía, en proyectos regionales, nacionales e internacionales, en Colombia, América Latina y países en desarrollo.

JUAN ANDRÉS COOPER. Comunicador social-periodista con posgrado en relaciones internacionales y economía. Ha trabajado como consultor en comunicación estratégica en proyectos dentro y fuera de Colombia. Tiene experiencia en el diseño, implementación y evaluación de proyectos para el desarrollo y la aplicación de herramientas económicas en la investigación de campo. Conoce de primera mano la población más vulnerable del país.

TATIANA DUPLAT AYALA. <mailto:tduplat@caracolaconsultores.com>. Historiadora y doctora en Historia con énfasis en estudios para la paz, con amplia experiencia en la implementación de proyectos en el campo de la comunicación ciudadana. Fortalezas en procesos planeación participativa, en el diseño, implementación y evaluación de estrategias pedagógicas y comunicativas, en la elaboración de materiales didácticos y en la utilización de herramientas web para la inclusión social.

JEANINE EL'GAZI. Antropóloga, con trabajo en el campo de la comunicación por más de 25 años. Cuenta con experiencia tanto en el sector público (Ministerios de Cultura y de Comunicaciones) como en el sector privado en la coordinación y asesoría de proyectos de comunicación con énfasis en radio, en la elaboración de políticas públicas de comunicación y cultura, y en el diseño, investigación, producción y evaluación de piezas comunicativas. Hoy directora ejecutiva de Caracola Consultores.

DAVID FAYAD SANZ. <mailto:Dfayad@consultingecho.com>. Comunicador social-periodista con amplia experiencia en comunicación para el cambio social. Actualmente trabaja como profesor universitario en el área de televisión y de historia social de la comunicación. Se desenvuelve, también,

como consultor en proyectos de responsabilidad social empresarial, guionista y productor de series radiales.

ZULMA CONSUELO URREGO MENDOZA. Médica psiquiatra, epidemióloga, magister en psicología, y doctora en salud pública. Ha tenido amplia experiencia como consultora, investigadora e interventora en temas relacionados con violencia y salud sexual y reproductiva, así como en salud mental en contextos comunitarios y de violencia.