

**Análisis de la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y
Derechos Reproductivos. Ejercer la autonomía al practicar la anticoncepción:
apuestas, barreras y retos**

María Alejandra Rubio Rojas

Trabajo presentado como requisito para optar al título de
Magister en Política Social

Directora:
Catalina González Uribe

Pontificia Universidad Javeriana
Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales
Maestría en Política Social
Bogotá, D.C.
2019

Agradecimientos

Agradezco cada uno de los encuentros que han hecho posible que cada vez dotemos de más sentido la palabra autonomía y el propósito de cuidar la vida.

A mis amigas por la honestidad, valentía y generosidad con las que nos hemos aventurado para mirarnos y escucharnos a nosotras mismas. Estos intercambios han sido el camino para la gestación y creación de las reflexiones que aquí plasmo.

A todos los entrevistados que contribuyeron con su tiempo y su palabra para tejer las discusiones que componen este trabajo, el cual al final no es más que una reflexión sobre nuestro poder para recrear la vida.

A Profamilia por el apoyo para la realización de la investigación.

A Catalina por acompañar el proceso con la agudeza para guiar y materializar lo que comenzaron siendo tan solo intuiciones.

A mi familia por el amor y apoyo incondicional.

Índice

Introducción	3
Precisiones metodológicas	7
Mapear el devenir de las políticas de sexualidad y reproducción	9
I. Apuestas teóricas para analizar Política pública sexualidad y reproducción ...	12
1.1 Entender la política pública desde un enfoque antropológico	12
1.2 Salud y políticas públicas	14
1.3 Entender el lugar de la sexualidad y la anticoncepción en política pública	18
1.4 Ciudadanía y políticas de sexualidad y reproducción	23
II. Contextualización histórica de la política nacional en materia de sexualidad y reproducción	25
2.1 Control Natal y Planificación Familiar como mecanismos del discurso global desarrollista de la década de 1960	25
2.2 El enfoque moralista de la atención materno-infantil en Colombia.....	30
2.3 La década de 1990, ventana de oportunidad nacional e internacional para replantear el compromiso político con la reproducción.....	33
2.4 La ciencia como condición de posibilidad de la primera política de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia.....	36
2.5 La Política de Salud Sexual y Reproductiva, interpretación biomédica de los derechos sexuales y reproductivos.....	40
III. La apuesta por la autonomía en la Política de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	43
3.1 ¿Cuál es la apuesta de la Política Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos?	44
3.2 Referentes normativos relevantes para la Política de 2014	47
3.3 Discursos que componen la Política de Sexualidad.....	50
3.3.1 La Sombrilla de los Derechos Humanos.....	50

3.3.2 El Modelo Determinantes Sociales de la Salud	53
3.3.3 La transversalidad del enfoque diferencial para la reducción de inequidades sociales.....	55
3.4 Aproximaciones de los expertos hacia la apuesta de la Política	57
3.5 Estrategias de la Política de 2014 enfocadas en anticoncepción.....	61
IV. Barreras y retos para la práctica autónoma de anticoncepción según los expertos	63
4.1 ¿Qué es practicar anticoncepción de manera autónoma?	63
4.2 Barreras para la autonomía en anticoncepción.....	67
4.2.1 Norma Social	67
4.2.2 Asimetrías en la relación de pareja	71
4.2.3 Profesionales de la salud.....	74
4.2.4 Barreras institucionales	78
4.3 Retos.....	82
4.3.1 Educación Integral para la vivencia de sexualidad responsable.....	82
4.3.2 Creación de posibilidades para hablar sobre sexualidad.....	85
4.3.3 Comprensión de los derechos sexuales y derechos reproductivos	86
4.3.4 Fortalecimiento institucional para abordar temas de sexualidad	88
4.3.5 Diseño de aproximaciones pertinentes para contextos rurales	89
4.3.6 Posibilidades epistemológicas para repensar la sexualidad.....	90
4.3.7 Apropiación del enfoque de género	91
4.3.8 Noción de Cuidado	92
Conclusiones	93
Referencias	100
Anexos.....	106

Introducción

El origen de esta investigación tiene sus raíces en preguntas que atraviesan mi útero, mi corazón y mi mente. Por eso, la realización de este trabajo ha sido como suturar mis intereses académicos y mis apuestas vitales y políticas. En esta sección quiero dar cuenta de la sensibilidad afectiva que me ancla al tema de investigación, al tiempo que presentar cómo desarrollé el trabajo.

A partir de un proceso personal que me llevó a dejar de poner toda mi confianza en el pensamiento racional y académicamente estructurado, comencé a observar mis sensaciones corporales y con ello, descubrimme ajena de mi cuerpo, carente de herramientas para conocerlo y comprenderlo. Siguiendo el ejercicio de conocer mi ciclo menstrual comencé a sentir que no era autónoma en mi vivencia de la sexualidad y que mi forma de practicar la anticoncepción era más un ejercicio mecánico que un ejercicio de cuidado y de soberanía sobre mi cuerpo¹. Allí surgieron las preguntas acerca de qué es la autonomía, qué es ejercer los derechos sexuales y los derechos reproductivos, qué es la autodeterminación y la toma de decisiones libres e informadas. Preguntas que se siguieron multiplicando: ¿qué es lo que usurpa el conocimiento que puedo tener sobre mí misma? ¿cuáles son los ejercicios de poder que me despojan de mi soberanía?

La noción de autonomía parece constituir la piedra angular del mundo contemporáneo pues interpela al ciudadano que se autogobierna, que autogestiona su salud y hasta es emprendedor de sí mismo. No obstante, la noción de autonomía reproductiva, aunque ha sido una bandera de los movimientos de mujeres desde hace años alrededor del mundo, me parecía poco tangible. Desde mi experiencia personal, y a partir de mi labor cotidiana de etnógrafa que atiende a las conversaciones cercanas y

¹ Cabe comenzar precisando que en este trabajo la sexualidad se entiende como condición humana que abarca el sexo, esto quiere decir que va desde los genitales, que pueden ser femeninos o masculinos; las identidades (es decir, la manera cómo cada persona se siente hombre o mujer) y los roles de género (femenino, masculino, otros), la orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual, entre otros), el erotismo, el placer, la actividad sexual y la reproducción (Vargas-Trujillo, 2007). Por lo tanto, la práctica de anticoncepción es tan solo un lugar entre muchos otros donde se vivencia la sexualidad. De acuerdo con la Política, la anticoncepción es la capacidad de acceso a programas de planificación familiar con métodos seguros y eficaces, para la decisión de procrear o no, cuántos hijos y con qué intervalo de tiempo (Ministerio de la Protección Social, 2014).

ajenas con actitud de observación y escucha atenta, comencé a sospechar que ni siquiera cuando tomamos la decisión de postergar la maternidad (o de postergar la decisión misma), y practicamos la anticoncepción usando el método de nuestra elección, estamos realmente haciendo ejercicio de autonomía. Al estudiar las cifras de la ENDS 2015 y encontrar que de los nacimientos y embarazos al momento de la encuesta el 51% eran no deseados, versus el conocimiento universal de los métodos anticonceptivos, se gestó en mí la pregunta por la autonomía: ¿Qué impide que podamos hacer gestión autónoma de nuestra sexualidad y nuestra fertilidad? ¿Qué sería ejercer la autonomía en el campo de la sexualidad y la reproducción?

En esta medida, la centralidad otorgada a la autonomía en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos formulada en el año 2014 cautivó mi atención. De acuerdo con la Política, los derechos sexuales y los derechos reproductivos responden a la reivindicación y el reconocimiento de que todas las personas somos dueñas de nuestro cuerpo, libres de practicar la sexualidad como queramos y que cada una puede decidir sobre su vida sexual y reproductiva sin presiones ni coerciones. No obstante, la decisión acerca de la opción de reproducción y de la elección de métodos anticonceptivos puede presumir más de ideales de autonomía y de libertad de elección, que en realidad basarse en ellas como experiencia. La denominación que Preciado le da a la píldora como, “el panóptico comestible” (2008, p. 135), el registro que Granzow (2007), De Zordo (2012) y Sanabria (2010, 2014) hacen en distintos contextos sobre la práctica de anticoncepción con métodos hormonales más como un acto de sumisión que uno político y de autonomía, me hicieron preguntar en qué medida la propuesta de la Política Nacional de 2014 refería también el ejercicio de una agencia individual idealizada, o si reconocía las condiciones específicas para fomentar la práctica de autonomía.

A partir de mi formación como antropóloga he comprendido que nunca hay una verdad para una situación de la que se quiera hablar, tan solo existen versiones. Por lo tanto, hablar de algo no solo implica posicionarnos y explicitar desde qué marco leemos, interpretamos y proponemos, sino también ubicar el lugar del otro. En este sentido, el propósito de la antropología es hacer de la diversidad y la otredad agujas para tejer los

entramados con los que construimos y conocemos la realidad. Queremos dilucidar las relaciones de poder que atraviesan cada instante de las relaciones sociales y que hacen posible que unas versiones se impongan sobre otras y se reproduzcan condiciones de dominación, subalternidad y resistencia. Todo esto, procurando una mirada multiescalar en lo local, lo contextual y lo global. Así, analizar la política pública desde la mirada antropológica supone dar cuenta del proceso de construcción de una política como una posibilidad entre otras.

Ahora bien, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos es de especial importancia para el campo de estudio de la política social ya que constituye un ejercicio por cambiar la perspectiva desde donde se ha asumido un espectro de la realidad social: la sexualidad y la reproducción de los ciudadanos. Entonces, dar cuenta de los virajes que se propenden al asumir enfoques como el de derechos, el diferencial y el de género, como lo hace ésta Política, permite rastrear dinámicas en la política social contemporánea, así como sus anclajes y rupturas con determinados paradigmas, los movimientos de los diferentes actores y los efectos de cada apuesta y acción. Específicamente, la Política de 2014 fue formulada con el fin de superar el paradigma de la salud sexual y reproductiva asociada a eventos, riesgos y patologías, y procurar un enfoque diferencial e interseccional para la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Al situarse dentro del marco de los derechos humanos, se propuso romper con la mirada biomédica con la cual la Política de Salud Sexual y Reproductiva de 2003 abordaba la sexualidad, el sexo y el género. Así, al analizar la Política de 2014, en este trabajo doy cuenta del enfoque de derechos en tanto mecanismo sociopolítico contemporáneo para la reorganización del estado y la disposición de políticas sociales.

Los esfuerzos internacionales durante las últimas cuatro décadas de las diversas corrientes socioculturales por posicionar los derechos sexuales y derechos reproductivos han permitido avanzar en la construcción de la salud sexual y reproductiva como marco institucional para orientar la agenda política y abarcar las distintas estrategias para la regulación y control de la fecundidad, con un discurso cada vez más centrado en el ejercicio de ciudadanía (Stern y Figueroa, 2001; Serrano et al., 2010). Dicho discurso,

asociado a prácticas de autogobierno, constituye una agenda con transversalidades y coyunturas entre lo global y lo local por configurar ciertas ciudadanías donde la pretensión de autonomía y autocuidado pueden inscribirse de manera diferenciada según posicionamientos sociales.

La Política de 2014 está en línea con los principios que la agenda mundial ha planteado en torno al tema de la salud sexual y reproductiva para situar las problemáticas priorizadas y las acciones a seguir dentro de un marco más incluyente que esté basado en los derechos humanos, y ya no centrado en el control demográfico. En los compromisos internacionales para el desarrollo económico, social y ambiental, se reconoce la estricta vinculación de los derechos y la salud sexual y reproductiva a derechos como la salud, la dignidad humana, la información, la intimidad y el libre desarrollo de la personalidad (Profamilia, Elementa, CEPEI, & IPPF, 2016). El contexto en el que esto sucede es el contexto neoliberal donde predominan valores como la libertad de elección y la responsabilidad individual (Wacquant, 2012). Así, el argumento del trabajo de investigación es que en el contexto actual donde se apalanca el autogobierno, el enfoque de derechos permite re-encuadrar un problema social, la sexualidad y la reproducción, en una dimensión epistemológica y política distinta, para dejar de privilegiar la lógica de la demografía, biomédica-preventista y, en lugar de ello, promover la autonomía y el goce de derechos desde el ejercicio individual de ciudadanía.

En la medida que el propósito de este trabajo fue dar cuenta de los procesos sociales e históricos en los que está inmersa la Política de 2014, la pregunta que orientó la investigación fue: ¿Cómo se ha construido históricamente la política pública en Colombia en torno a la sexualidad y la reproducción y mediante qué prácticas y discursos gubernamentales ha configurado y reconfigurado nociones de autonomía reproductiva? Para darle respuesta los objetivos planteados fueron: 1) Evidenciar trayectorias teóricas para el análisis crítico de políticas sobre sexualidad y reproducción; 2) Identificar rupturas y continuidades de la Política de 2014 frente a los discursos gubernamentales sobre sexualidad y reproducción en Colombia; 3) Dar cuenta de la intencionalidad de la Política de 2014 para configurar nociones y prácticas de autonomía reproductiva; 4) Comprender

las brechas entre las racionalidades que estructuran la Política de 2014 y lo que se experimenta en la cotidianidad de los contextos colombianos.

Precisiones metodológicas

Para el desarrollo de esta investigación cualitativa de alcance descriptivo, realicé revisión documental de fuentes primarias, como las Políticas de 2003 y 2014, y literatura relevante, así como entrevistas semiestructuradas. La aproximación metodológica de esta investigación se enmarca en la perspectiva según la cual la experiencia y la comprensión de cada sujeto son moldeadas por el lugar que cada uno ocupa en el sistema de relaciones de poder jerárquicamente estructurado (Wylie, 2003). Inicialmente, concebí realizar este trabajo a partir de la recolección de narrativas de usuarios de Profamilia, hombres y mujeres de diferentes edades (adolescencia, juventud y adultez), para indagar sobre sus representaciones y prácticas frente a la anticoncepción, teniendo en cuenta sus particularidades de ciclo de vida y condiciones socioeconómicas. La hipótesis era que, a partir de la identificación de diversas trayectorias biográficas, podría establecer brechas y diferencias entre las experiencias del grupo de mujeres y hombres entrevistados, y los discursos sobre autonomía y anticoncepción que promueve la Política. De manera complementaria planteaba entrevistar expertos para conocer sus percepciones sobre la Política. Sin embargo, como se describirá a continuación, el desarrollo del trabajo de campo y la saturación de la información, me llevaron a acotar el alcance de la investigación para concentrarme en la información recogida con los expertos.

El comité de ética de investigaciones de Profamilia² aprobó el proyecto de investigación y la realización de entrevistas con usuarios y trabajadores. Entre agosto y noviembre de 2018 realicé entrevistas semiestructuradas con un grupo de once expertos en la Política de 2014 (nueve mujeres y dos hombres) que, o bien hicieron parte de su construcción, o bien desempeñan labores para su implementación por medio de los servicios ofrecidos en Profamilia u otras instituciones relevantes (UNFPA, Ministerio de Salud, Universidad de los Andes, Fundación Santafé). Para su selección apliqué la

² Elegí ésta institución para lograr el acercamiento con expertos y usuarios debido a que su trayectoria y rol han sido fundamentales para la atención de la salud sexual y reproductiva en el país.

técnica de bola de nieve, la cual busca personas que estén en contacto con la temática a investigar y, de acuerdo con su experticia y experiencia, aporten información pertinente. Es decir, las entrevistas se realizaron a medida que cada experto referenciaba sujetos relevantes para contactar. Cada una contó con autorización previa de consentimiento informado; en este documento las citas de las entrevistas se presentan de manera anónima.

La guía de preguntas indagaba acerca de la experiencia laboral de cada experto en el campo de la sexualidad y la reproducción; sus percepciones frente a la apuesta de la Política de 2014 y los cambios respecto a la Política de 2003; el rol del tema de la anticoncepción en la agenda de los derechos sexuales y derechos reproductivos; las percepciones sobre la autonomía en la práctica de anticoncepción; las barreras percibidas para el ejercicio autónomo de la anticoncepción, y la aplicación de los enfoques diferenciales, de género, ciclo de vida y étnico en los programas de anticoncepción. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y sistematizadas para su análisis en el Software NVivo12, donde primero fueron codificadas de acuerdo con las temáticas que estructuraban la entrevista, y luego recategorizadas con categorías de análisis emergentes. Estas fueron clasificadas de acuerdo con el marco teórico propuesto para identificar las correlaciones de fuerza y las relaciones de poder que coartan la autonomía.

En la medida que dichas entrevistas aportaron información sobre la trayectoria histórica de las políticas y estrategias en el país relacionadas con reproducción y contracepción, así como descripciones densas de los expertos sobre las experiencias percibidas en la aplicación de tales estrategias, consideré que era pertinente concentrarme en su perspectiva pues ofrecía una comprensión profunda de la Política, en su concepción y aplicación. En tanto expertos, sus narrativas dieron cuenta del devenir de las políticas, las transformaciones socioculturales en cuanto a la sexualidad y la reproducción en los diferentes contextos y momentos históricos, y las dificultades y retos que han hecho parte de la formulación e implementación de la Política de 2014. En este sentido, al observar la saturación de la información recogida con expertos, y evaluar

las complejidades éticas de abordar a los usuarios para indagar en sus experiencias en anticoncepción, decidí excluir de la investigación la fase de entrevistas con usuarios.

Mapear el devenir de las políticas de sexualidad y reproducción

Como se desarrolla en el primer capítulo, el enfoque teórico-metodológico que orienta el presente análisis, consiste en una perspectiva crítica que busca dar cuenta de los procesos sociales e históricos en los que está inmersa la Política de 2014. En consecuencia, tomo dicha política como artefacto sociocultural que ha sido construido históricamente en contextos específicos y correlaciones de fuerza entre actores sociales con prácticas y representaciones disímiles (Morales, 2010a). Específicamente, tengo en cuenta que en las políticas y en las prácticas reproductivas y contraceptivas se traslapan racionalidades donde varían las relaciones entre lo político, lo biomédico, lo farmacéutico, lo moral y las apuestas de ciudadanía. Adicionalmente, siguiendo los planteamientos de Rapp y Ginsburg, reconozco la pertinencia de asumir una doble perspectiva que se enfoque en lo local y lo global para dar cuenta de los múltiples niveles en los que las prácticas, programas y políticas se desenvuelven (Ginsburg & Rapp, 1991). El desarrollo de este trabajo está entonces estructurado a partir del reconocimiento de la correlación de fuerzas entre actores y entre escalas.

Para el caso colombiano el devenir de los programas y las políticas públicas que regulan la sexualidad y la reproducción de la población colombiana puede ser visto como la correlación de fuerzas entre agentes de tres ámbitos que se entrecruzan de manera continua, pero en los que se ubican discursos e intereses más o menos distintos: ciencia, movimientos sociales y estado. El proceso mediante el cual se desenvuelve tal correlación de fuerzas a su vez es impulsado por dinámicas tanto de orden local como global involucrando actores del sector privado y público en distinta medida según los momentos históricos y los contextos. De esta manera determinados discursos y prácticas políticas, biomédicas y sociales en torno a la sexualidad y la reproducción llegan a considerarse correctos, verdaderos, legítimos de aplicar, llegando incluso a incorporarse de manera naturalizada. El siguiente esquema intenta graficar estos movimientos:

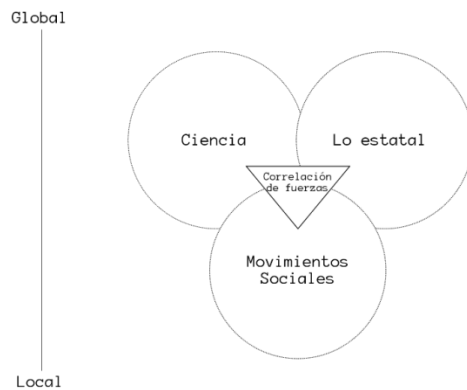


Figura 1. Esquema para mapear correlación de fuerzas en las políticas de sexualidad y reproducción

En el ámbito de la ciencia comprendo la dimensión epistemológica desde donde se ubican los procesos de producción y divulgación de conocimiento científico, especialmente en las disciplinas de la epidemiología, la demografía y la biomedicina, pero también las ciencias sociales, incluyendo sus expresiones en las dinámicas del mercado vinculadas tanto a la investigación, la academia, la innovación, como la prestación de servicios y la oferta de productos. Por otra parte, en el ámbito de los movimientos sociales reconozco la incidencia política que las luchas de individuos y colectivos por negociar, resistir y subvertir las lógicas y mecanismos que instauran las legislaciones y las políticas públicas de orden nacional, internacional y regional. En cuanto al ámbito del estado, reconozco los mecanismos jurídicos y políticos con los que se ordena lo hegemónico y que de acuerdo con los momentos históricos puede incluir la actuación explícita de actores como la Iglesia Católica en Colombia.

Ahora bien, los capítulos de este trabajo dan cuenta respectivamente del logro de cada objetivo. En el primero referencio los enfoques teóricos que se han utilizado para realizar ejercicios similares al que yo planteo en este documento, y esbozo la construcción de un marco teórico-metodológico para el análisis de políticas sobre sexualidad y reproducción con perspectiva crítica y multiescalar global-local. En el segundo capítulo, principalmente a partir de revisión documental, pero también incluyendo los relatos de los entrevistados, hago una contextualización histórica y sociocultural sobre cómo se han construido las políticas sobre sexualidad y reproducción en Colombia. En el tercer capítulo presento la configuración y reconfiguración de la

noción de autonomía en relación con la sexualidad y la reproducción a partir del análisis de la Política de 2014. Este capítulo fue realizado a partir del análisis etnográfico del documento de la política y de las narrativas recogidas en las entrevistas, allí identifiqué los discursos que componen la política y las estrategias que ésta plantea en relación con la anticoncepción. El cuarto capítulo desarrolla las implicaciones de la noción de autonomía en la cotidianidad de la vivencia de la sexualidad y la reproducción, específicamente en la práctica de anticoncepción. Resume, según las narrativas de los expertos, las barreras para la materialización de la apuesta de la Política de 2014 y los retos para la superación de dichas barreras. Las conclusiones presentan los hallazgos generales y las reflexiones finales.

En últimas, el conjunto de las ideas desarrolladas en este trabajo representa mi intento personal para explicitar el sentido vital y político que tiene la vivencia del cuerpo, la sexualidad y la reproducción. Escribo entonces reafirmandome en mi lucha por la autonomía, el gozo, la igualdad y el respeto. Todo lo cual es equivalente al cuidado consciente de la vida en su fragilidad y maravilla.

I. Apuestas teóricas para analizar una Política pública de sexualidad y reproducción

1.1 Entender la política pública desde un enfoque antropológico

El análisis de políticas públicas se ha caracterizado por buscar comprender las políticas a partir de una secuencialidad según la cual la elaboración de una política inicia con una fase de identificación del problema y luego atraviesa una serie de etapas que se espera concluyan en una evaluación a partir de la cual podría llegarse a una reformulación y reinicio del ciclo político (Estévez & Esper, 2009). Este modelo, reconoce en términos generales las etapas de agenda, formulación, adopción, implementación y evaluación como construcciones teóricas que orientan la comprensión del ciclo de la política, y que en la práctica pueden superponerse. No obstante, el modelo ha sido ampliamente criticado por diferentes autores que han buscado reconocer la complejidad en el ciclo político para dar cuenta del conflicto, la negociación, el ejercicio del poder y las construcciones sociales implícitas (Ingram, Schneider, & de Leon, 2007; Roth, 2006; Sabatier, 1998). Así, los estudios de políticas públicas cada vez se realizan desde orillas disciplinares y perspectivas teóricas y metodológicas más diversas y distantes del enfoque del ciclo político.

De acuerdo con Morales (2010), partir del enfoque positivista del ciclo político, conlleva realizar análisis de las políticas públicas orientados por una pretensión de evaluación sin atender a una perspectiva socio-histórica que dé cuenta de la correlación de fuerzas entre actores. En el mismo sentido, Shore (2010, p. 28) destaca el aporte de la mirada antropológica para romper con “los acercamientos más tradicionales, normativos y racionalistas que ven las políticas como modelos lineales y pulcros de toma y ejecución de decisiones”. Este autor señala que reconocer la formulación de políticas como actividad sociocultural profundamente inmersa en los procesos sociales cotidianos, abre lugar para analizar las formas organizacionales y las prácticas socioculturales por medio de las cuales se generan y desenvuelven las políticas. Así, resume que el aporte que la antropología puede hacer al estudio de las políticas públicas es ofrecer interpretaciones en cuanto a sus *efectos* (lo que producen), las *relaciones* que crean y

los *sistemas de pensamiento más amplios* en medio de los cuales están inmersas (Shore, 2010, p. 31).

Los antropólogos tienden a enfocarse en cómo hacen las personas para darles sentido a las cosas, es decir, qué quieren decir para la gente estas políticas. Los antropólogos están interesados en [...] el marco de referencia de los actores. Para comprender por qué funcionan o no las políticas, necesitamos saber algo sobre cómo son recibidas y experimentadas por las personas afectadas por ellas (Shore, 2010, p.29).

En esta línea, hacer antropología de las políticas públicas implica concebir que éstas “reflejan maneras de pensar sobre el mundo y cómo actuar en él” (Shore, 2010, p.31) y, por lo tanto, las políticas, y todas las acciones que se derivan de ellas, incorporan y están incorporadas en la lógica de los sistemas de clasificación que las crean. Entonces, estudiar políticas públicas permite explorar profundamente los mundos de los mismos formuladores de políticas, y no solo a las personas a quienes las políticas están dirigidas, o los productos que se obtienen con la implementación de las políticas.

Seguir esta mirada, lleva a comprender que la política pública es una construcción social que resulta de relaciones de fuerza históricamente variables entre distintos actores sociales con prácticas y representaciones disímiles (por ejemplo, acerca de la sexualidad, la feminidad, la juventud, el cuerpo, la maternidad). En este sentido, un análisis crítico de una política conlleva rastrear las formas en que en determinados momentos históricos se ha definido cierto fenómeno como “problema social” e identificar las disputas simbólicas, teóricas y políticas de las que es producto y objeto (de Sena, 2014).

Adicionalmente, desde una perspectiva foucaultiana, se entiende que las políticas públicas al encarnar discursos contienen una voluntad de poder que no solo produce efectos de verdad siguiendo un ejercicio de persuasión y legitimación, sino que también objetivan a quienes se dirigen creando nuevas formas de subjetividad (Shore, 2010). De modo que la política pública impacta los esquemas perceptuales habilitando unas y no otras prácticas sociales, afectando la capacidad de acción de los sujetos (De Sena y Cena, 2014). Adicionalmente, la política pública, mediante los dispositivos que es operada, tiene efectos sobre la producción de sujetos, tanto en el proceso de subjetivación como de sujeción, esto es, de construcción de sí y de sumisión al Estado (Fassin, 2005).

En particular, las políticas sociales, por constituir los mecanismos para abordar la denominada “cuestión social”, remiten a un acuerdo acerca del bienestar socialmente deseable y de los medios óptimos y legítimos para alcanzarlo (de Sena, 2014). Por lo tanto, en ellas se expresan y se construyen simultáneamente los modos de vida y las condiciones de reproducción de la vida de una sociedad, definiéndose quiénes son los sujetos, cómo son los objetos y cuáles son los medios de la satisfacción de las necesidades. En este sentido, tienen el potencial de dar forma y organizar la manera en que nos comportamos, incluso en nuestros espacios más íntimos y privados, pues construyen y consolidan formas de ser, de hacer, de pensar, de habitar, de sentir, de percibir, llegando también a estructurar emociones en cuerpos de millones de sujetos (De Sena y Cena, 2014).

Entre las políticas sociales se encuentran intervenciones estatales para atender problemas de empleo, infraestructura, vivienda, salud, educación. No obstante, como lo plantea Fassin, las políticas de salud son más susceptibles de escaparse al análisis crítico en tanto la salud pareciera siempre basarse en el consenso. Por un lado, porque la intervención sobre el cuerpo sufriente se muestra legítima, y por otro, porque la salud parece asunto de especialistas que ofrecen soluciones técnicas para problemas concretos (Fassin, 2008, p. 308).

En efecto, la salud, dentro de la cual se encuentra la salud sexual y reproductiva, es concebida como un aspecto fundamental del bienestar y el desarrollo humano, así como del ejercicio de la ciudadanía. Al mismo tiempo, constituye un campo muy sensible a la equidad y la justicia social que refleja diferencias en las condiciones y los resultados de salud.

1.2 Salud y políticas públicas

De acuerdo con Fassin(2008), la salud, entendida como la relación del ser viviente con el mundo social, traducida en prácticas, programas y políticas, más allá de hablar del estado físico y mental de los individuos, habla de las apuestas políticas, éticas y económicas de una sociedad; “no hay proceso más social, interdependiente, vulnerable, anclado a desigualdades de poder que el enfermar y buscar mecanismos de sanación”

(Abadía & Melo, 2014: 50). En esta medida, es fundamental analizar críticamente las políticas de salud y las que intervienen más explícitamente los cuerpos; su forma de institucionalización y sus discursos legitimadores, ya que ellos producen un sistema para leer y administrar los cuerpos (Rodríguez, 2015).

Esto está en línea con los planteamientos de Foucault (2012), quien señaló que la vida, entendida como los fenómenos propios de la vida de la especie humana, empezó a ser incluida en los mecanismos y cálculos del poder estatal como fenómeno ligado a la modernidad. El cuerpo devino no solo el blanco del biopoder, el blanco de las prácticas disciplinarias en pro de la racionalidad económica, sino también una realidad biopolítica, en tanto lugar de concreción de cálculos y mecanismos del Estado moderno. Foucault (2006) denominó gubernamentalidad la racionalidad que define lo que debe y no debe estar en la órbita del Estado, y se funda en saberes, técnicas e instituciones que tienen por objeto la población. A través de estrategias, tácticas y dispositivos no solo se crea “la población” como un dato, como un campo de intervención, de modo que los “problemas de la población” se vuelven los objetos de la política y el fin de las técnicas de gobierno, sino que además se ejerce el arte de gobernarla: de dirigirla hacia ciertos propósitos.

Ahora bien, Foucault buscó mostrar que el poder no está localizado únicamente en el aparato estatal, sino que el poder es una trama extendida a través de toda la sociedad, que continua y cotidianamente se ejerce a través de relaciones móviles y no igualitarias, con intenciones, miras y objetivos (1992). Vinculado al ejercicio del poder, Foucault (2002: 33) identificó el rol legitimador del saber, designando así al poder-saber como agente de transformación de la vida humana. Para este autor (2000b), en todos los discursos con los que se nombra e inscribe la realidad, existe una economía que hace que en ciertos momentos y lugares se autoricen unos modos de ser, y que se digan y hagan unas cosas y no otras, por unas personas y no otras. Entonces, en los modos de producción de conocimiento se manifiesta el lugar preponderante que el saber tiene ya que ponen en juego los efectos de verdad con los que buscan legitimarse los discursos.

Por una parte, Foucault identificó que las relaciones de poder cercan, marcan, doman el cuerpo, encontrándose éste directamente inmerso en el campo político y, por lo tanto, también sujeto a las formas de saber. Por otra parte, con el término biopolítica

designó la manera en que el poder se hace cargo de la vida en sus aspectos macro-estructurales, esto es, a nivel de multitudes: aspectos demográficos, higienistas, sanitarios y estadísticos. En palabras de Castro Gómez (2007), Foucault distingue tres niveles de generalidad en el ejercicio del poder, el microfísico, en el que se encuentran las tecnologías disciplinarias y de producción de sujetos, incluidas las “tecnologías del yo” que buscan una producción autónoma de la subjetividad; el nivel mesofísico donde se ubica la gubernamentalidad del Estado y su control sobre las poblaciones a través de la biopolítica; y el macrofísico donde operan los dispositivos supra estatales de seguridad que favorecen la libre competencia entre los Estados hegemónicos por los distintos recursos.

Ahora, además de normalizar, Fassin (2009) propone que la biopolítica, también sirve para diferenciar y producir desigualdades en la vida. Según este autor, la vida no es operada a través de discursos, programas, decisiones y acciones que tienen que ver con la decisión sobre el tipo de vida que a las personas les es posible o no vivir. Para Fassin esto es manifiesto en los valores que se les asignan a las vidas durante la elaboración y puesta en práctica de políticas dirigidas a ciertos grupos de población, ocasión en que se decide -de manera implícita o explícita- quién debe vivir qué tipo de vida y por cuánto tiempo, así como quién es reconocido y quién no. En este sentido, Fassin entiende la vida como “el curso de eventos que ocurren desde el nacimiento hasta la muerte, que puede ser acortada por la violencia política y estructural o puede ser prolongada por las políticas sociales y de salud, que da lugar a interpretaciones culturales y decisiones morales, que puede ser contada o escrita” (2009: 48). Para él, el biopoder, en el sentido amplio de poder de la vida (que no se restringe a los disciplinamientos), no solo refiere al fomento de la vida, su estímulo, defensa y promoción, sino también, de manera implícita, al dejar morir, al adjudicar menor valor a ciertas vidas.

El enfoque de la biopolítica ha permitido tomar como objeto de estudio la construcción de problemas científicos y las formas en que las prácticas gubernamentales y las prácticas biomédicas se elaboran y desenvuelven en relación con aquellos problemas definidos. Con este enfoque, múltiples autores han rastreado las diferentes racionalidades y tecnologías que tienen como propósito disciplinar el conocimiento, las

prácticas del cuerpo y la vida. Ahora bien, Fassin denomina antropología política de la salud, a la aproximación que, incorporando el enfoque de la biopolítica, indaga por las formas en que la política se encuentra imbuida en la salud, y toma como objeto de estudio la articulación entre políticas públicas, discursos y prácticas cotidianas de los agentes. Aproximación a la que me acojo en este trabajo.

Didier Fassin plantea que la salud no es algo inherente a lo viviente, no preexiste como normalidad en un orden biológico y natural, sino que es “históricamente construida, es objeto de competencias y luchas entre agentes sobre lo que concierne a la salud, es decir, lo que hace falta social y políticamente tratar como un problema de salud” (2004, p.286). La salud es entonces mucho más que el anverso de la enfermedad, es representada en las acciones concretas de las políticas sanitarias y sociales, sin reducirse a las dimensiones de lo corporal y lo médico, tocando también aspectos jurídicos, morales, intelectuales y tecnológicos.

En este sentido, así como la historia de la salud pública muestra múltiples tentativas de normalizar las prácticas sociales, entre ellas la sexualidad y la reproducción, también muestra la desigualdad en las acciones para el cuidado de la vida de diferentes grupos sociales. Por esto para Fassin (2008), las políticas relativas a la salud pública habrían de convertirse en el escenario para la lucha contra las desigualdades sociales. No obstante, él identifica dos elementos de la salud pública que dificultan la posibilidad de dismantelar las condiciones que ensanchan, por ejemplo, la brecha que separa los años de esperanza de vida en los diferentes grupos de población. Por una parte, denomina sanitización de lo social, a la lectura institucional que se hace de los hechos sociales desde la mirada epidemiológica enfocada en lo biológico. Por otra parte, señala la culturalización de las conductas de los enfermos, como un ocultamiento de las causas estructurales de la salud-enfermedad (Fassin, 2008).

Teniendo en cuenta esto, realizar un análisis antropológico de políticas públicas relativas a la sexualidad y la reproducción significa adoptar una mirada que estudie al tiempo los lugares desde donde se construyen los “problemas sociales”, las tecnologías de gobierno de los cuerpos y de la vida, y las experiencias con las que los sujetos vivenciamos y resignificamos esos discursos. Requiere entonces, “prestar atención tanto

a la construcción del significado biológico como a la experiencia biográfica de la vida, en un encuentro entre ciencia y política, biología y experiencia, especialmente atenta a la dimensión moral” (Fernández de Rota, 2012: 132).

Es preciso señalar que, en la medida que la reproducción se ha centrado en los cuerpos de las mujeres, y los mecanismos se han concretado en la medicalización de sus cuerpos (Valls-Lobet, 2009), los lugares para llevar a cabo las investigaciones, especialmente las aproximaciones etnográficas, continúan siendo contextos médicos.

1.3 Entender el lugar de la sexualidad y la anticoncepción en la política pública

Michel Foucault (2000a) señaló que la natalidad constituye el campo más evidente de intervención del poder estatal sobre la vida. Ni la sexualidad ni la reproducción se restringen al dominio privado ya que juegan un rol central en las esferas de la política. Desde la perspectiva de la biopolítica, se puede entender la planificación familiar como un dispositivo para hacer de la reproducción humana una práctica racional que produce ciudadanos saludables y productivos para naciones modernas y desarrolladas (De Zordo, 2012). También, de acuerdo con las antropólogas Rapp y Ginsburg, estudiar los dispositivos para la reproducción y la contracepción constituye un punto de entrada para estudiar la vida social, pues permite ver qué vidas futuras imaginamos en la medida que se crea la nueva generación, “la reproducción en sus sentidos biológico y social, está inextricablemente vinculada con la producción de la cultura” (1995: 2). Ellas proponen que a lo largo de la historia, el poder estatal no solo ha dependido del control de las poblaciones sino también, directa e indirectamente, de la definición de la familia normativa, y plantean que estudiar la reproducción implica analizar entramados de procesos transnacionales que vinculan intereses locales y globales.

Foucault desarrolló gran parte de sus planteamientos al indagar por el ejercicio de administrar la sexualidad y otras prácticas corporales. Concretamente, su hipótesis sobre la sexualidad es que occidente la introdujo como un dispositivo de poder para constituir sujetos, esto es, organizar y guiar conductas, de modo que las categorías de sexualidad son producto del entramado histórico de relaciones de poder (Foucault, 2016).

Policía del sexo: es decir, no el rigor de una prohibición sino la necesidad de reglamentar el sexo mediante discursos útiles y públicos. Nada más algunos ejemplos. En el siglo XVIII, una de las grandes novedades en las técnicas del poder fue el surgimiento, como problema económico y político, de la "población": la población-riqueza, la población-mano de obra o capacidad de trabajo, la población en equilibrio entre su propio crecimiento y los recursos de que dispone... En el corazón de este problema económico y político de la población, el sexo: hay que analizar la tasa de natalidad, la edad del matrimonio, los nacimientos legítimos e ilegítimos, la precocidad y la frecuencia de las relaciones sexuales, la manera de tornarlas fecundas o estériles, el efecto del celibato o de las prohibiciones, la incidencia de las prácticas anticonceptivas —esos famosos "secretos funestos" que según saben los demógrafos, en vísperas de la Revolución, son ya corrientes en el campo. Por cierto, hacía mucho tiempo que se afirmaba que un país debía estar poblado si quería ser rico y poderoso. Pero es la primera vez que, al menos de una manera constante, una sociedad afirma que su futuro y su fortuna están ligados no sólo al número y virtud de sus ciudadanos, no sólo a las reglas de sus matrimonios y a la organización de las familias, sino también a la manera en que cada cual hace uso de su sexo (Foucault, 2000b: 34-35).

De acuerdo con Foucault, en el siglo XVIII comienza una época de aplicar la razón al sexo, con lo cual la medicina y la psiquiatría pasan a jugar un rol normativo importante. Ambos constituyen discursos que gozan del prestigio de decir "la verdad", y como efectos guían conductas e imaginarios que dan forma y sentido a la experiencia individual. Así, han contribuido a que la sexualidad reproductiva se configure como paradigma epistemológico que postula sexualidad, en tanto genitalidad, como el principio organizador de la conducta y como uno de los factores de la diferencia entre hombres y mujeres (Moreno, 2015). De hecho, para Foucault, las dos formas de ejercer poder frente a la sexualidad son la disciplina moral y la biopolítica que, estando arraigadas en instituciones como la familia, la escuela, y el Estado, representaban la sexualidad en términos biológicos simplistas como algo fijo y determinado, ubicado en el cuerpo, en los genitales, aislado de realidades sociales y contextuales (Morales, 2010b).

Ahora bien, desde la perspectiva foucaultiana, la biopolítica nunca se estanca, siempre es un proceso cuyo movimiento a su vez es dinamizado por las reacciones y las resistencias. En este sentido, a través del tiempo histórico y los espacios sociales emergen y circulan las racionalidades con las que se piensan los cuerpos reproductivos y sexuales. Y, así como las racionalidades biopolíticas cambian a través del tiempo, emergiendo nuevas tácticas, verdades y regímenes morales, también se impulsan estrategias de negociación, contestación y resistencia, transformándose las subjetividades y los saberes que predominan (Krause y De Zordo, 2012).

Estudiar las políticas públicas relacionadas con la sexualidad y la reproducción, implica entonces preguntarse por cuáles son los fenómenos, concebidos como problemas, a los que se pretende responder, mediante qué prácticas gubernamentales, en relación con qué saberes, a través de qué tecnologías y para qué sujetos (Foucault, 2006). Asimismo, reconocer las experiencias de subjetividad con las que los sujetos vivenciamos y resignificamos esos discursos y técnicas. Se parte de entender que en la vivencia de las prácticas reproductivas lo que está en juego es mucho más que el nacimiento de nuevas personas, pues en la vivencia de la sexualidad y la reproducción está imbuida una complejidad que responde a diferentes órdenes, que abarcan tanto la salud, como lo epistemológico, lo moral o lo jurídico. Así pues, en relación con las prácticas reproductivas y contraceptivas, también están en juego la ciudadanía, los modos de ser de las personas y los derechos, pues como lo señalan Krause y De Zordo (2012), en el campo de las políticas de la fertilidad se encuentran los elementos más básicos de ser un humano.

En esta medida, si bien la tendencia hacia la disminución de la fertilidad es uno de los cambios globales más importantes de las últimas décadas, los debates sobre las prácticas reproductivas y contraceptivas continúan siendo pertinentes. Hoy es relevante rastrear los movimientos de ida y vuelta entre los fenómenos de gran y pequeña escala, que involucran las estadísticas, los discursos, las apuestas, las políticas y las intervenciones expertas, así como las consecuencias en las vidas de quienes somos sujetos de las biopolíticas (Ginsburg & Rapp, 1995).

En los escenarios actuales se propone una mirada comprensiva de la sexualidad que visibilice cómo en la trama se entretrejen cada vez más saberes, discursos y disciplinamientos. De modo que, así como la planificación familiar emergió como una biopolítica con el propósito de construir una nación moderna, desarrollada, con mejor calidad de vida para su población, y la creación de buenos ciudadanos (De Zordo, 2012), actualmente el posicionamiento de las prácticas reproductivas y contraceptivas en el ámbito de los derechos humanos, por medio de la comprensión de los derechos sexuales y derechos reproductivos, ha llevado a asociar vivencia de sexualidad y reproducción

con ejercicio de ciudadanía, gozo de autonomía, libertad, dignidad y justicia social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En este sentido, cobra relevancia ver cómo el sujeto de la política al ser “el objeto de una tecnología y un saber de reparación, readaptación, reinserción, corrección” (Foucault, 2011, p.34), se transforma con el devenir de la política pública y refleja la dinamización de nociones de ciudadanía, fomentando y normalizando ciertas conductas vinculadas a la consecución de ciertos fines. En el contexto actual en el que prima la racionalidad neoliberal, esto se materializa en técnicas de autogobierno, autogestión y autorregulación que buscan la construcción del ciudadano moderno como agente activo de su propio destino (Foucault, 2007). Como lo argumenta Rose (1997), el control y la vigilancia sobre los cuerpos se ha trasladado hacia el autogobierno de los sujetos, delineando modos de comportamiento específicos y gestionando conductas que son internalizadas por ellos, esto es, prácticas mediante las cuales los individuos se gobiernan a sí mismos. Es por esto que las políticas públicas instan cada vez más a la gestión individual de los riesgos, al autocuidado y la adopción de tecnologías y métodos que corporizan las normas y las prácticas.

Según Rose, a partir de la fractura del denominado “mundo del bienestar”, los individuos pasaron a narrar sus problemas con el potente lenguaje de los derechos, “exigiendo poder decir algo respecto a las decisiones que afectaban a sus vidas” (1996: 31). El sujeto de gobierno fue tornándose en el individuo activo que busca “realizarse a sí mismo”, maximizando su calidad de vida, mediante actos de elección. Se trata entonces de un régimen que supone un “yo” activamente responsable, que confiere a su vida un sentido y un valor que puede racionalizar como el resultado de elecciones hechas o de opciones por tomar. No obstante, esto se traduce en que, así como la libertad de elección se mantiene como valor supremo, la auto-responsabilización obliga a “asumir que todos sabemos todo y somos expertos de nosotros mismos” (Briones, 2007, p.279). Es decir, convertirse en “experto de sí mismo” supone pasar a establecer una relación de autocuidado, que se basa en la preparación y la información, con los cuerpos, mentes, formas de conducta y con los miembros de las propias familias.

Si el análisis crítico de las políticas reproductivas y de la sexualidad constituye un intento por rastrear los discursos sobre la población, viendo cómo discursos, prácticas y políticas se manifiestan en la vida diaria de las personas, implica observar cómo las personas y los diferentes actores negocian estas fuerzas y por qué hacerlo tiene importancia para cada uno. Este tipo de cuestionamientos lleva a visibilizar las racionalidades y los mandatos que se superponen y contradicen, para entender por qué se dice, en contextos específicos, que las decisiones reproductivas son pertinentes en términos de los derechos del sujeto, o en términos de la normalización del "sujeto responsable" de decisiones que afectan el *otro* imaginario que es lo social.

Específicamente, para Krause y De Zordo (2012), las medidas disciplinarias y de vigilancia de los cuerpos sexuales y de género tienen como objetivo lograr que las personas cumplan con las normas relacionadas con la anticoncepción y la reproducción en contextos geopolíticos. Para ellas, en Brasil la ciencia de la planificación familiar ganó autoridad a partir de una estrecha relación con los conflictos de clases y las inequidades. Identificando eso, entienden cómo ciertas mujeres y parejas experimentan el estigma por no adherirse a normas estrictas; cómo se concretan las acusaciones de comportamiento irracional; y cómo se lanzan nuevas apuestas para la reproducción "razonable" y "responsable".

En las racionalidades biopolíticas se pueden encontrar valoraciones implícitas que dictan para qué mujeres es legítimo posponer la maternidad y para qué mujeres es reprochable, de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas y culturales, como por ejemplo si tienen un estatus de migrantes o de jóvenes. Identificar las racionalidades y prácticas, y trazar su historicidad, también permite contrastar desde qué discursos se juzgan la maternidad temprana y la tardía, prescribiéndose o proscribiendo el uso de anticonceptivos y demás tecnologías para la gestión de la fertilidad; así como cuáles son los regímenes morales que se incorporan en los cuerpos de mujeres de diferentes contextos, que se transmiten con estrategias políticas y sus vínculos con lógicas económicas y marcos culturales.

1.4 Ciudadanía y políticas de sexualidad y reproducción

Emilia Sanabria (2010), estudiando los programas de planificación familiar en Brasil, encontró que allí los métodos anticonceptivos hormonales son movilizados como mecanismos de control para disciplinar subjetividades. Ella plantea que son distribuidos de manera diferente según dos formas de ciudadanía. La primera, para quienes acceden a servicios privados de salud, fundada en nociones de autonomía personal, elección individual, autocontrol y progreso. La segunda, enmarca la decisión de planificación en términos de responsabilidad moral individual con la colectividad. Así, Sanabria rastrea cómo las intervenciones técnicas y biomédicas, a través del lenguaje y el personal que las realiza, en los servicios privados para clases medias tienen tendencias más personalizadas. En cambio, cuando se trata de los cuerpos de mujeres pobres se pueden leer como modos de inclusión a través de la estandarización.

Sanabria plantea que en Brasil el régimen médico dispone de mecanismos para constituir formas de ciudadanía y en esa medida reproducir inequidades en salud. La circulación de objetos médicos y servicios de salud como hormonas para la anticoncepción produce diferencias entre segmentos de la población, pues se producen innumerables sujetos consumidores (y subjetividades), siendo un modo individualizador de biopolítica. Así, tales formas de administrar las hormonas anticonceptivas, se adoptan cada vez más como “técnicas contemporáneas del yo” y en últimas, las “buenas pacientes” son quienes cumplen con los protocolos médicos.

Por otra parte, Silvia De Zordo (2012), también examinando las políticas de planificación familiar en Brasil, realizó trabajo de campo en dos instituciones públicas que prestan servicios de planificación familiar en una de las regiones con mayor población y pobreza. Encontró que la mayoría de mujeres que entrevistó, quienes tenían bajos niveles de educación y de ingresos, experimentan la planificación familiar como un "deber", una gran responsabilidad moral y social que deben asumir para evitar la estigmatización y contribuir al bienestar de sus familias, a la vez que como un medio para el progreso personal, entendido como “poder estudiar”. El planteamiento de De Zordo es que la planificación familiar es un ensamblaje de discursos y prácticas que disciplinan la vida sexual y reproductiva de mujeres de bajos ingresos que, así como contribuye a

estigmatizarlas, es apropiado por ellas para liberarse del temor de embarazos no deseados y abortos ilegales y riesgosos. La autora critica la educación que se ofrece dentro del programa de planificación familiar por basarse en simplificaciones erradas que multiplican la desinformación y las prácticas riesgosas por parte de ellas. Así mismo, critica que los profesionales de la salud encarnan una "racionalidad instrumental" biomédica, y un razonamiento neo-maltusiano que los lleva a ignorar o considerar irrelevantes las condiciones psicológicas, familiares y sociales de sus pacientes, y a argumentar sus problemas con la anticoncepción médica, debido a su "ignorancia" y "cultura". Con todo esto, la autora cuestiona la libertad de elección que estaría de base en la planificación familiar, pues si la libertad reproductiva significa 'que tanto mujeres como hombres tienen alternativas viables entre las cuales elegir, y que existan las mejores condiciones sociales y políticas que permitan a las mujeres decidir, libres de coerción o violencia, si, cuándo y cuántos hijos tener', los usuarios de planificación familiar en Bahía, particularmente las mujeres, en realidad no son 'libres'(De Zordo, 2012).

II. Contextualización histórica de la apuesta política nacional en materia de sexualidad y reproducción

El propósito de este capítulo es dar cuenta de la emergencia histórica de políticas públicas orientadas a regular la sexualidad y reproducción en Colombia. Siguiendo el esquema propuesto para rastrear los ires y venires locales y globales entre agentes de los ámbitos de la ciencia, lo estatal y los movimientos sociales, realizaré un breve recuento histórico del devenir de las racionalidades que han sido los derroteros para orientar la formulación de políticas. A partir del trabajo de revisión documental, relataré cómo del control natal se pasó a la planificación de la familia, después se pasó a la atención materno-infantil, hasta llegar a las políticas de salud sexual y reproductiva, y ahora a los derechos sexuales y derechos reproductivos.

2.1 Control Natal y Planificación Familiar como mecanismos del discurso global desarrollista de la década de 1960

En 1954 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) organizó la I Conferencia sobre Población, donde se planteó la necesidad de estudiar las dinámicas demográficas y su vínculo con el desarrollo económico. Esto, en el marco de las preocupaciones por los efectos en el manejo de los recursos en caso de no controlarse el crecimiento demográfico, especialmente en ciertas regiones del planeta. Así, durante las décadas de 1950 y 1960 el problema de población se definió como asunto de orden político y socioeconómico a nivel mundial (Stern & Figueroa, 2001).

En el contexto de América Latina, el interés demográfico se apalancaba en el discurso desarrollista que buscaba la expansión modernizadora y la industrialización. Además, estando bajo la influencia de Estados Unidos, primaba la intención por controlar la expansión del comunismo. Así, en esta región, las políticas de población entre 1950 y 1970 incorporaron a las premisas malthusianas, nociones según las cuales el crecimiento demográfico al tiempo se percibía como un peligro para el desarrollo y como posible insumo para futuras revoluciones (Chávez, 2014). El presidente Alberto Lleras Camargo, primer gobierno liberal del Frente Nacional (1958-1962), presentó la explosión demográfica como problema social prioritario, en tanto insumo para la revolución,

sustentando la necesidad de una política basada en la ayuda externa para combatirlo (Morales, 2014).

En el marco de la Alianza para el Progreso, Estados Unidos logró implantar la política de planificación familiar en el continente americano mediante diversas estrategias que incluían asesoría técnica, seminarios y apoyo financiero (Lobo, Gutiérrez, & Sanabria, 2006). Así, desde la década de 1960, en Colombia se llevaron a cabo múltiples proyectos financiados por instituciones internacionales como el Fondo de Poblaciones, la International Planned Parenthood Association y la Fundación Kellog, entre otros, con el propósito de consolidar el ejercicio planificador y organizador de la educación médica en beneficio del control natal. La aceptación de políticas norteamericanas de control poblacional, favoreció que se legitimaran representaciones del “subdesarrollo” vinculadas a nociones de “promiscuidad sexual”, “inestabilidad de la vida conyugal”, “analfabetismo” (Chávez, 2014).

En Colombia, el discurso desarrollista introdujo el ejercicio planificador en todos los ámbitos de la vida pública y privada. Planificaciones sobre la educación, la industrialización, la agricultura, la salud, las vías de transporte y comunicaciones, y también la familia, se expresaron en el surgimiento de diferentes instituciones responsables de cada ámbito. No obstante, la centralidad del control natal en el discurso desarrollista fue cuestionada por la Iglesia Católica. Para ésta parecía inadmisibles que el matrimonio no conllevara a la procreación o que las relaciones sexuales tuvieran como fin el placer y no la reproducción. Tal resistencia de la tradición católica al discurso del control natal llevó a que se hablara de planificación familiar. En esta medida, que la planificación familiar se presentara como tema de interés para los profesionales de la salud fue fundamental para arraigar la idea de que era una medida necesaria para lograr el “desarrollo”. La ciencia, biomédica en particular, se presentó como respuesta a la encrucijada entre el ideal del desarrollo y la tradición católica conservadora que rechazaba el control natal.

Así pues, la planificación familiar emergió entre el discurso demográfico y el ejercicio de la medicina como dispositivo para determinados proyectos políticos. Especialmente, la medicina tuvo un rol determinante en la validación, divulgación y

sustentación de tecnologías y discursos asociados al tema, generando a su vez, transformaciones en la manera de ver el cuerpo femenino, y en él, algo más que la reproducción. Como lo señaló Chávez (2014), las décadas de 1950 y 1960 significaron giros para la vivencia del cuerpo femenino y la manera de relacionarse con él. La aparición de la píldora, el dispositivo intrauterino (DIU), y la aparición de la idea del sexo como posible fuente de placer para la mujer, contribuyeron a generar una ruptura en el orden sobre el cuerpo femenino. De modo que los mecanismos personales de planificación familiar generaron transformaciones a la vez en el cuerpo individual de la mujer, como en sus relaciones sociales y políticas.

Sin embargo, atendiendo a las presiones del pensamiento católico, el presidente Carlos Lleras Restrepo (1966-1970) moderó en su plan de gobierno el foco de la planificación familiar por programas dirigidos a proteger la salud materna e infantil, sin que se especificaran los objetivos demográficos (Chávez, 2014; Morales, 2010b). Con esta formulación de política pública, se podría interpretar que delegó, legitimó y estimuló la prestación de servicios de planificación familiar en el sector privado. De modo que, si bien siguió posicionándose el entendimiento de la centralidad de la planificación familiar en el proyecto desarrollista para erradicar pobreza, favorecer el crecimiento económico y evitar la expansión del comunismo, la labor fue delegada a un actor privado. Resguardándose así el gobierno, con su discurso político desarrollista, de las críticas de la iglesia católica. Cabe señalar que la constitución política de aquella época declaraba en su primera frase: “En nombre de Dios, fuente suprema de toda autoridad (...)” (Constitución Política de la República de Colombia, 1886).

Fue así como la oferta de métodos anticonceptivos, en lugar de estar a cargo del Estado, fue asumida por organizaciones privadas orientadas por la agenda internacional que establecía como prioridad el control del crecimiento poblacional. La Asociación Pro Bienestar de la Familia (Profamilia) fue fundada en 1965 como un consultorio privado del médico Fernando Tamayo, dirigido a mujeres con escasos recursos económicos (Lobo et al., 2006). Tamayo estudió en la década de 1940 en la Universidad de Harvard donde conoció a Gregory Pincus y John Rock, creadores de la píldora anticonceptiva (Brigeiro, Melo, Rivera, & Rodríguez, 2010). Muy pronto creció como institución privada encargada

de desarrollar programas de planificación familiar. En 1966 se afilió a la International Planned Parenthood Foundation, ganando acceso a donaciones que le permitieron fundar su clínica piloto en Bogotá y crear una red de clínicas y centros de planificación familiar. En 1970 inició la esterilización voluntaria con el programa de vasectomía. En 1971 inició la versión femenina del programa, así como el programa de distribución de métodos anticonceptivos dirigido a comunidades locales rurales, con un componente de Información, Educación y Comunicación que incluía panfletos, manuales de entrenamiento, *posters*, radio y conferencias. En ese momento, en palabras de una experta entrevistada “no había un vínculo tan claro entre la necesidad de información y el uso de métodos, sino [que se trataba de] responder a la necesidad de las mujeres que querían posponer el embarazo o que no querían quedar embarazadas” (Entrevista 1).

Se estima que para la década de 1970 Profamilia abastecía el 70% del mercado nacional de anticonceptivos, incluyendo la ligadura de trompas y la vasectomía dentro de la planificación familiar (Serrano, Pinilla, Martínez, & Ruíz, 2010).

Profamilia inició en 1965 poniendo dispositivos cuando en Colombia no había y era muy mal visto el dispositivo. Incluso en los primeros años de Profamilia los curas les obligaban a las mujeres a quitarse el dispositivo para la semana santa, para que no estuvieran en pecado. Profamilia empieza a vivir los derechos sexuales y reproductivos en los años 60 sin que estén explícitamente escritos y eso es lo fundamental (Entrevista 6).

Fue de gran relevancia su programa de distribución basado en la comunidad, creado en 1972 como parte de un convenio con la Asociación Nacional de Cafeteros y el Population Council. El trabajo de base comunitaria incluía la capacitación en planificación de mujeres líderes que se convirtieron en distribuidoras y asesoras de los distintos métodos disponibles (Lobo et al., 2006).

Profamilia se iba a las comunidades. No sólo como visitante, sino permanecía en las comunidades. Había una asesora que se iba a vivir a la comunidad, (...) iba, identificaba siempre las zonas con más necesidades -trabajaba en zonas rurales y urbanas- y entonces convocaba a todas las señoras de la cuadra y durante todas las tardes de una semana se hacía la brigada, enseñaba todo lo que tenía que ver con la preparación de alimentos, con peso y talla de los niños, con vacunación; estaba siempre pendiente de quiénes eran las embarazadas, dónde había niños menores de 5 años para que tuvieran sus vacunas, consultar su estado de nutrición, nivel de participación educativa, horarios... Y había una charla muy especial donde educaba sobre el cuidado del embarazo. En ese momento no se hablaba de Salud Sexual y Reproductiva, se hablaba de planificación familiar, y entonces se enseñaba todo lo de planificación familiar; se miraba si había embarazo adolescente, se hablaba sobre métodos y las asesoras hacían distribución de métodos, o surtían ciertos métodos porque Profamilia tenía un esquema de puestos de

distribución comunitaria. Entonces había tienditas donde se vendía la pastilla, óvulos y condones, y se entregaban siempre volantes de información sobre todas las temáticas. (...) Pagaban un costo muy bajo, Profamilia nunca hizo nada gratis por dos razones: primero, cuando uno paga demuestra voluntad para el método anticonceptivo y no que lo están obligando, y segundo, el concepto del doctor Tamayo, era “Cuando uno paga exige”. (...) las mujeres quedaban como líderes de la salud en sus hogares y su comunidad, ellas se graduaban, recibían su diploma y hacían una ceremonia chiquita donde preparaban todos los alimentos saludables, ricos que habían aprendido. (...) Se miraba si se necesitaban citologías, controles de ginecología, controles de embarazo, y si había mujeres que querían métodos de larga duración, entonces se miraban quiénes querían dispositivo. Entonces, que necesitamos tantas cirugías, etc., viajaba el ginecólogo, el anesthesiólogo, las citologías; viajaba una brigada de salud. Se movían de la clínica, llegaban hasta el municipio, a veces había hospital, pero a veces no, así que se organizaban las brigadas en las escuelas, en los puestos de salud, y se adecuaban (...) hacían todo lo que se necesitara para hacer un campo quirúrgico en terreno y funcionó. (Entrevista 8).

En 1974 se lanzó la versión urbana del programa, haciendo de Colombia “uno de los primeros países latinoamericanos en pensar, planificar y aplicar programas de control natal en el marco de la búsqueda por un Estado de bienestar, no como política explícita y activa del Estado sino a través de entidades de carácter privado y dentro de un marco de intereses internacionales” (Chávez, 2014: 1472). Sin embargo, el programa tuvo que ser terminado en los años ochenta debido a sus altos costos, no obstante, sirvió para establecer la estrategia formal de mercadeo, para la distribución de productos de planificación familiar de distintos laboratorios farmacéuticos. Con esto se generaban márgenes para que Profamilia mantuviera la misión de atención a poblaciones de menores recursos económicos (Lobo et al., 2006). Hacia 1987, existían 10.000 puntos de distribución localizados en 815 de los 1.050 municipios del país (Serrano et al., 2010).

Los resultados de tales programas para la planificación, elaborados y ejecutados en Colombia, se evidenciaron en los cambios en el promedio de hijos vivos por mujer, registrándose un descenso de 7 en 1964 a 3,9 en 1978, especialmente en el área urbana (Serrano et al., 2010). De hecho, en la década de 1980, Profamilia recibió de la ONU el Premio Mundial de Población por lograr reducir las tasas de crecimiento demográfico a la mitad en menos de una generación. No obstante, como aún hoy sucede, las diferencias de fecundidad entre mujeres eran notables por edades, regiones y estrato social (Morales, 2010a).

Para entonces, Profamilia, influenciada por las agencias internacionales, ya soportaba la planificación familiar en el discurso de los derechos de las mujeres. “Profamilia si funcionó mucho tiempo con importantes ayudas internacionales que vinieron para Colombia, Latinoamérica y el Caribe, para fortalecer los servicios, porque había todo un entendimiento de que población y desarrollo tenían que pasar por uso de métodos anticonceptivos, y eso iba a mejorar las condiciones de las mujeres y de las poblaciones” (Entrevista 8). No obstante, la pregunta por si acaso la planificación era un interés de grupos dominantes, nacionales e internacionales, utilizando los discursos científicos de la medicina y la demografía, para legitimar sus intereses de clase, es válida. Esto, en la medida que es posible preguntarse, como lo plantea Chávez (2014), cómo era la representación que se hacía del mundo reproductivo en ese contexto; cómo vivieron y asumieron el conflicto las mujeres de la época, qué implicaciones tuvo para ellas como sujetos socio-políticos.

2.2 El enfoque moralista tradicional de la atención materno-infantil en Colombia

Como lo señalaban Ginsburg y Rapp (1995), al historizar las políticas reproductivas es fundamental rastrear el ir y venir de las dinámicas locales y globales. Así, es preciso mencionar que en el escenario internacional la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 1974 coordinó con el Banco Mundial la realización de una reunión para el debate del necesario cambio de la planificación familiar a la salud sexual y reproductiva (Stern & Figueroa, 2001). Se pretendía poner énfasis en la salud del individuo más que en la de la familia, priorizando las intervenciones en educación sexual y educación en salud para la población general. Sin embargo, en Colombia, desde el ámbito estatal, la agenda para la salud sexual y reproductiva se concentró en la atención materno-infantil, y la propuesta de la educación sexual no fue acogida ya que primaba un enfoque moralista tradicional sobre la sexualidad (Morales, 2010a).

La reducción de la salud sexual y reproductiva a la atención materna e infantil fue también un mecanismo de los gobiernos para eludir los reclamos de los movimientos de mujeres por otros aspectos asociados a la salud sexual y reproductiva, especialmente el aborto. En palabras de Morales: “Desde el Frente Nacional, la presión política de la Iglesia y de los actores de la derecha, por el mantenimiento del poder, había permitido la

instauración de una hegemonía en el control de la sexualidad y específicamente de la educación sexual” (Morales, 2010^a: 65).

No obstante, por su parte, Profamilia inició la promoción de educación sexual por medio de un programa implementado a través de sus experiencias comunitarias. Pese a que el Ministerio de Educación planteó acogerlo, no llegó a hacerlo (Serrano et al., 2010). Así mismo, Profamilia construyó un proyecto de atención juvenil y logró poner a disposición de las mujeres la planificación de emergencia.

Se formó un centro para jóvenes, el primer mes hicimos 53 servicios, para el momento eso era un montón. Abrimos el 1 de junio de 1991, y al año del proyecto se nos acercó alguien de la consejería presidencial para la juventud, la mujer y la familia, y nos dijeron “apóyenos en crear un programa de educación” y creamos el plan nacional de sexualidad en el país. Esa fue la primera experiencia de formación de maestros en algunas ciudades importantes del país (...) El gran ausente del ejercicio y en la puesta en marcha y concreción de la política ha sido el ministerio de educación. La educación sexual o para la sexualidad que se ha hecho en este país ha sido por empuje de organismos como el sistema de Naciones Unidas y las acciones que han surgido, pero tú vas a cualquier evento que tenga que ver con política en la sexualidad y esta como una variable, nunca está en lista (Entrevista 5).

De acuerdo con Morales (2010), los dos enfoques que sobresalían en ese momento eran el “moralista tradicional”, asociado a la educación moral y religiosa de la Iglesia Católica, con valores proclives al matrimonio y la familia. Y, por otra parte, el “libertario humanista” que recogía influencias del socialismo y los movimientos feministas que rechazaban el control ejercido sobre el cuerpo y la libertad de la mujer para usar métodos anticonceptivos o abortar. Los valores defendidos por el enfoque libertario humanista eran la autonomía, la autoestima, la dignidad, la intimidad y el bienestar. Su apuesta era reivindicar la libre determinación de la mujer respecto a su cuerpo, al interior de la familia o la pareja, reconociendo sus sentimientos, deseos y necesidades en la relación sexual. A este enfoque se adhirieron profesionales de áreas del conocimiento cercanas tanto a las ciencias sociales, como de la salud.

Si bien para los médicos y especialistas en áreas médicas, prevalecía el enfoque preventivo, pues en su campo lo más importante es el comportamiento de riesgo para la salud, Profamilia como ente soportado en la ciencia médica, tenía adicionalmente un discurso a favor de los derechos sexuales y reproductivos que era cercano a lo que planteaban organizaciones internacionales y movimientos sociales del nivel local y

global. Cabe señalar la resonancia que hizo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) que entró en vigencia en 1981 y el discurso sobre el derecho a decidir que venían gestando las feministas a nivel internacional.

A lo largo del siglo XX las mujeres en Colombia comenzaron a irrumpir en el ámbito público mediante la movilización social. De acuerdo con Gómez (2009), desde la década de 1970 se hicieron sentir los movimientos de mujeres en la lucha específica por el derecho a la autonomía del cuerpo y la despenalización del aborto (penalizado bajo cualquier circunstancia en el Código Penal de 1936). Así, en la medida que se fue posicionando como problema social, comenzó a incluirse en los debates del Congreso. Si bien para las mujeres era una lucha por el reconocimiento del derecho a la libre opción de la maternidad, en los proyectos legislativos prevaleció el planteamiento del aborto como problema social que afecta a las mujeres más pobres. Así, en los proyectos de los 70s y 80s (1975, 1979, 1987, 1989), cada vez se le encuadró más como un problema de carácter social bajo el marco de la salud pública, enfatizando en las cifras (aproximadas) de las muertes resultado de la práctica clandestina (Gómez, 2009).

Cabe mencionar que, no obstante, con el influjo internacional, desde principios de los años 80 surgieron en Colombia actores políticos, que hicieron una fuerte presencia para posicionar los derechos vinculados a la sexualidad y la reproducción. Particularmente, grupos de homosexuales se movilaron por su reconocimiento político. Luego, en los años 90, variados grupos se organizarían como comunidad LGBT alrededor de la defensa por la orientación sexual y la identidad de género. Esto dibujaría parte del contexto en el que tambaleara el predominio de la moral tradicional. Como se mencionó, las políticas estatales se restringían a abordar la reproducción poniendo el foco en la atención materno-infantil y esto era compatible con el enfoque moralista tradicional. Sin embargo, con el giro político de 1991 se abrió la ventana para plantear las discusiones sobre la sexualidad y la reproducción desde ángulos distintos, gestándose así el tránsito de la agenda nacional hacia la salud sexual y reproductiva (Morales, 2010a; Serrano et al., 2010).

2.3 La década de 1990, ventana de oportunidad nacional e internacional para replantear el compromiso político con la reproducción

Las discusiones de la Asamblea Nacional Constituyente dieron lugar a una coyuntura que revitalizó las diversas organizaciones sociales y movimientos populares. Particularmente, en el marco de la Constituyente las mujeres fortalecieron su organización social y movilizaron el problema social del aborto como asunto público. Sin embargo, durante la Asamblea se buscó eludir el tema por su carácter controversial y el alto costo político que significaba.

Tal y como lo evidencia el artículo del periódico El Tiempo no había consenso respecto al aborto y si bien los argumentos de salud pública, de justicia social y aun los de equidad de género habían sido tenidos en cuenta por un número significativo de los 74 constituyentes, los argumentos moralistas no perdían vigencia. Finalmente, el debate del aborto quedó relegado a un segundo plano, no obstante la Constitución Política de 1991 contemplaría una serie de derechos que posibilitarían la liberalización del aborto 14 años más tarde (Gómez, 2009: 38).

Con la Constitución Política de 1991 Colombia pasó a definirse como un Estado social de derecho, laico, democrático, pluriétnico, multicultural, descentralizado, participativo y con entidades territoriales autónomas. Esto significó una ventana de oportunidad para dinamizar el ciclo político de diversos temas de interés público que no habían logrado posicionarse en la agenda nacional. En particular, dio nuevo impulso al debate del aborto, en tanto parecía establecerse la posibilidad de hacer reales los derechos sexuales y reproductivos en el marco de la laicidad, promulgándose derechos fundamentales de ciudadanía que incluían los derechos a la intimidad, al libre desarrollo de la personalidad y a la salud reproductiva (Serrano et al., 2010).

Sin embargo, como el gobierno se oponía al aborto con la misma fuerza que la Iglesia, el supuesto apalancamiento de la movilización social de las mujeres en el discurso constitucional de los derechos humanos, tardó en concretarse. Al debate se sumaron incluso algunos profesionales que, preocupados por el aborto como un problema de salud dada la morbi-mortalidad, propendían por la prestación de servicios humanizados. No obstante, entre 1993 y 1995 el Congreso continuó hundiendo los proyectos de ley sobre el aborto, negando la protección efectiva del derecho de las

parejas a decidir libremente el número de hijos a tener o su espaciamiento (Gómez, 2009).

Al mismo tiempo, en el escenario internacional sucedían hechos fundamentales en materia de los derechos sexuales y reproductivos. Como lo relata Morales,

En una gestión sin precedentes, la Asamblea General de las Naciones Unidas, sus agencias especializadas, los movimientos de mujeres, los agentes y movimientos sociales se dieron cita en tres conferencias mundiales sucesivas, con el propósito de defender la apuesta universal de los derechos humanos (Morales, 2010a, p. 171).

En 1993, en Viena, en la denominada Conferencia Mundial de Derechos Humanos, se declararon los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, afirmándose que las mujeres deben gozar de salud física y mental a lo largo de todo su ciclo vital, lo cual incluye su derecho al acceso a servicios de planificación familiar. Posteriormente, en 1994, se llevó a cabo la V Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo, que aprobó un programa de acción para los siguientes 20 años enfatizando que la respuesta a las necesidades de los individuos debe enmarcarse en los derechos humanos y no solo en el logro de metas demográficas. Con este programa el discurso de la planificación familiar transitó al de Salud Sexual y Reproductiva, todavía estipulándolo como elemento fundamental para el desarrollo. Así quedó enunciado el derecho universal a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, incluido el derecho de los individuos y parejas a controlar su propia fecundidad a través del acceso y la información sobre los métodos de anticonceptivos (Profamilia, 2015). Adicionalmente, esta Conferencia promovió la inclusión de conceptos como equidad social y de género, la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, enfatizando en la necesidad de eliminar la violencia hacia esta (Gómez, 2009).

Menos de un año después, se realizó la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), para algunos autores, una de las reuniones internacionales más significativas (Morales, 2010a) dado que en ella se exhortó a la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, en favor del bienestar de la mujer más allá de la demografía mundial. Además, se enunciaron múltiples formas en las que se vive la desigualdad y violencia basada en el género en los distintos ámbitos sociales, sugiriendo la adopción, por parte de los gobiernos, de leyes y medidas para proteger sus

derechos. En este encuentro, los Estados se comprometieron a garantizar “la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer” (Naciones Unidas, 1955: párrafo 30).

En el marco de las conferencias de El Cairo y Beijing se produjo el primer intento de despenalización del aborto por la vía constitucional. No obstante, la Corte profirió sentencia ratificando la criminalización de la práctica del aborto. Así, en el periodo subsiguiente, las altas cortes respondieron una gran cantidad de tutelas interpuestas por ciudadanos en defensa de sus derechos sexuales y reproductivos, en su mayoría, demandas relativas a la interrupción voluntaria del embarazo (Gómez, 2009; Morales, 2010a). Teniendo en cuenta esto, podría afirmarse que la respuesta del Estado colombiano fue desconocer los compromisos adquiridos internacionalmente.

La Iglesia, que hasta el año 91 explícitamente había sido un actor que figuraba en el ámbito estatal, rechazó los resultados de dichas conferencias, pero no a través del debate abierto, sino exigiendo respeto por los valores cristianos y por la institución eclesial. Durante las conferencias, propició alianzas con los representantes de gobiernos conservadores y de organizaciones de extrema derecha, para obstruir los consensos en la formulación de las políticas de salud sexual y reproductiva, sobre la base del valor social de la mujer como madre, por encima de su valor como ciudadana o como servidora pública (Morales, 2010a). De esta manera, insistió en dar continuidad a su histórico influjo en el gobierno pese a la nueva Constitución.

La Santa Sede y sus representantes de la jerarquía eclesial colombiana se opusieron a las declaraciones de las conferencias, y los partidos políticos tradicionales volvieron a respaldar el Concordato. El poder judicial –como parte de la estructura del Estado– se movió en la misma dirección de la Iglesia (Morales, 2010a, p. 173).

No obstante, es preciso citar también la observación hecha por un entrevistado sobre la influencia de representantes de la Iglesia en las acciones relacionadas con la planificación familiar.

La iglesia ha sido barrera pero más que todo la cúpula de la iglesia, los más distinguidos, porque los curas del pueblo son más conscientes de las necesidades de la población. No era infrecuente que en Profamilia recibiéramos llamadas de curas de pueblitos lejanos diciéndonos “Cuándo van a venir, aquí los necesitan”. El estado no ha sido barrera, los primeros años se mantuvo callado, después vino el gobierno de Virgilio Barco que fue uno de los grandes apoyadores de Profamilia (*Entrevista 6*).

Como se ha señalado, la lucha de las mujeres en defensa de sus cuerpos, se concentró en el aborto por representar la garantía al respeto y la protección de su integridad física, de su libre desarrollo de la personalidad y de su vida (Gómez, 2009). En esa medida, crear una política explícitamente sobre salud sexual y reproductiva, sin hacer referencia a la interrupción voluntaria del embarazo, quizás para el gobierno resultaba imposible. Quizás allí radicó la reticencia a formular una política pública nacional para el periodo comprendido entre la década de 1960 y el 2000.

Sin embargo, en gran medida, la producción de conocimiento científico contribuyó a hacer contrapeso al predominio político y moral de la Iglesia Católica. Así, se requirió la incorporación de evidencia estadística y científica que diera cuenta de que la sexualidad y la reproducción, eran un asunto de salud pública y por ende de objeto de política pública.

2.4 La ciencia como condición de posibilidad de la primera política de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia

La ciencia demográfica ha sido uno de los principales soportes de las políticas reproductivas brindando orientación en cada uno de los países según sus cifras de natalidad y desarrollo. Colombia, por medio del actuar de Profamilia, hizo parte del Programa Mundial de Encuestas de Fecundidad (WFS) impulsado por el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia Internacional para el Desarrollo del pueblo de los Estados Unidos, que entre 1972 y 1984 llevó a cabo encuestas comparables sobre la fertilidad en diferentes países, mostrando que en Colombia, la fecundidad disminuyó 40% entre 1960 y 1976 (Profamilia, 2015).

Con el tiempo, se ampliaron los estudios demográficos para dar cuenta no solo de las tasas de natalidad sino de las condiciones de vida de la población, con lo que a nivel internacional se dio paso al Programa de Encuestas de Demografía y Salud. En el país, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) se ha realizado cada cinco años desde 1986 con el liderazgo de Profamilia y la participación de otras instituciones nacionales e internacionales. Constituye la mayor medición poblacional sobre temas de sexualidad y salud, abarcando casi la totalidad del territorio nacional. Se desarrolla a

partir de grandes marcos muestrales y se estructura a partir de dos estrategias, la encuesta de hogares, y la encuesta individual, que hasta el año 2010 solo se realizaba a mujeres de 15 a 49 años de edad que habitan en cada hogar seleccionado, pero en la última versión también abordó a hombres del mismo grupo de edad. Recopila información acerca de prácticas reproductivas, sexuales, de los usos y elección de métodos anticonceptivos y de cuidado de la salud en general, los cuales han servido para caracterizar fenómenos propios del país y orientar la acción de varias instituciones en el ámbito nacional (Brigeiro et al., 2010).

A mediados de la década de 1990, comenzó a tomar fuerza en el ámbito público la “preocupación” por los embarazos adolescentes. Fue fundamental la divulgación a nivel nacional hecha por Profamilia y algunos medios de comunicación, de los resultados de la ENDS que reflejaba que entre 1990 y 1995 la tasa de fecundidad de adolescentes pasó de 70 a 89 nacimientos por cada mil mujeres entre los 15 y 19 años, con incrementos del 19% en las zonas urbanas y del 47% en las rurales (Serrano et al., 2010, p. 57).

En 1993 fue promulgada la Ley 100, la cual constituye un antecedente relevante para la Política de Salud Sexual y Reproductiva porque reforma el sistema de salud creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el que la salud se configura como servicio al que los ciudadanos acceden mediante el mercado de formas diferentes según su régimen de afiliación. Allí se enuncia que, dentro de la salud, la salud sexual y reproductiva, debe ser atendida mediante la oferta de servicios en un mercado de libre competencia. La Ley 100 introdujo la planificación familiar y los servicios de salud sexual y reproductiva dentro del Plan Obligatorio de Salud, lo cual implicó que las entidades aseguradoras (EPS) y prestadoras de servicio (IPS) entraran a competir por la prestación de los servicios que Profamilia había desarrollado (Lobo et al., 2006).

[Con la ley 100] el estado asume el rol que ha debido asumir hace mucho tiempo y que tiene que ver con abrir líneas de atención de Salud Sexual y Reproductiva (Entrevista 1).

El cambio más grande fue la ley 100 de 1993, porque hasta ese año Profamilia era la única institución que lideraba todo lo que tiene que ver con planificación familiar y la oferta de métodos anticonceptivos. Era la institución que se movía con las droguerías, en las comunidades, que lo hacía en las clínicas, que tenía los puestos de distribución comunitaria (Entrevista 8).

De esta manera, Profamilia no solo pasa a compartir la oferta de anticonceptivos, por ejemplo, con otras instituciones prestadoras de servicios, además, pasa de la “operación por proyectos” a la “operación por servicios”, esto es, de la sostenibilidad financiera basada en donaciones a una basada en ventas(Lobo et al., 2006).

Ahora, un elemento contextual que contribuyó a darle relevancia a las cifras demográficas y epidemiológicas relacionadas con sexualidad y reproducción, fue la Conferencia del Milenio realizada en el año 2000. Esta amplió la comprensión del concepto salud sexual y reproductiva planteándolo como un indicador de desarrollo de los estados. Dicho indicador habría de medirse en aspectos como la salud materna, la equidad entre los géneros y la disminución del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual(Rodríguez-Vargas & Molina-Berrio, 2015). Es decir, el tránsito de la planificación familiar a la salud sexual y reproductiva significó un viraje en el discurso, en el que pasó de hablarse de la correlación entre pobreza, crecimiento demográfico y productividad económica, a enunciarse la salud sexual y reproductiva como indicador del estado de desarrollo de las mismas, y por ende, mecanismo para el seguimiento a los resultados en la reducción de inequidades.

Por otra parte, el concepto de salud sexual y reproductiva siguió desarrollándose en la medida que la investigación en ciencias sociales y humanas, comenzó a realizar aportes para darle una nueva visión, perspectiva e interacción, desde diferentes enfoques, aplicando miradas más complejas al campo de la reproducción y la sexualidad de los seres humanos.

Durante la década de 1990 se generó una explosión de conocimiento desde las ciencias sociales sobre temas relacionados con la sexualidad. En la búsqueda por reivindicar la concepción de la salud reproductiva como tema de interés político y dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, jugó un rol importante la comprensión de la sexualidad como proceso social (Serrano et al., 2010; Stern & Figueroa, 2001). Así, las ciencias sociales, combatiendo los determinismos biológicos, fueron posicionando su apuesta por hacer ver que las prácticas y representaciones de la sexualidad son construcciones sociales, culturales e históricas vinculadas a múltiples procesos sociales. Produjeron un modelo flexible, denominado constructivismo social,

para ser aplicado a diferentes problemas de estudio tomando como base los contextos históricos, sociales y culturales específicos de los sectores poblaciones con quienes se quisiera estudiar la sexualidad, salud y reproducción (L. Hernández & Sánchez, 2011).

Para el contexto latinoamericano, según lo refieren Stern y Figueroa (2001), el desarrollo investigativo se amplió a la consideración de los contextos institucional, político y cultural, para por ejemplo entender cómo se condiciona el acceso a la información, la educación, los recursos materiales y financieros, y los recursos de salud. En particular, las investigaciones cualitativas adelantadas desde las ciencias sociales, han servido para resaltar que los factores sociales motivan la elección de métodos anticonceptivos y que la efectividad de un método está determinada menos por el conocimiento sobre el mismo que por aspectos culturales y psicológicos que llevan a su abandono, rechazo o mal uso (Brigeiro et. al., 2010).

Ahora bien, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Colombia se enfrentó a establecer políticas que reunieran las estrategias en beneficio de la salud sexual y reproductiva de la población, que venían adelantándose de manera desarticulada e inconsistente. Los ODM se fijaron en el año 2000 por los países miembros de las Naciones Unidas como los propósitos de desarrollo humano, que contribuirían a solucionar problemas de la vida cotidiana para el año 2015 (Naciones Unidas, n.d.). Los ODM dedicaron especial importancia a la salud, tres de los ocho objetivos estaban orientados al cuidado y promoción de la salud, y específicamente el quinto objetivo era reducir en dos terceras partes la mortalidad materna y garantizar el acceso universal a la atención sanitaria durante el embarazo, parto y posparto (A. Hernández et al., 2017). En palabras de una entrevistada, “Esa medición internacional hace que sí o sí, el país tenga que volcar los ojos en la reducción del embarazo adolescente” (Entrevista 1).

Así, los datos epidemiológicos soportados con la ENDS, puestos en diálogo con los debates del contexto internacional y los compromisos derivados, reflejaron la necesidad de crear una política con objetivos específicos en maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, manejo de cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, así

como violencia doméstica y sexual. Además, como un esfuerzo de síntesis entre el enfoque biomédico y el social en la aproximación científica, y las luchas de diversas corrientes socioculturales, se promovió la comprensión de la sexualidad y la reproducción en relación con los derechos humanos (Stern y Figueroa, 2001; Serrano et al., 2010).

2.5 La Política de Salud Sexual y Reproductiva, interpretación biomédica de los derechos sexuales y reproductivos

Solo hasta que Colombia se enfrentó a dar cumplimiento a los compromisos internacionales, concretados en indicadores, se consolidó el interés público por formular una política y medir resultados que pudieran ser presentados con sus pares. Acogiendo los derechos sexuales y reproductivos, así como el marco conceptual y metodológico de las Conferencias de El Cairo y de Beijing, se creó en 2003 la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ésta fue promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social en convenio con el UNFPA, con el objetivo de alcanzar metas específicas con proyección a cuatro años (2003-2007): reducción del embarazo adolescente, reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, detección temprana del cáncer de cuello uterino y de seno, prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Yo veo que la política pública de Salud Sexual y Reproductiva del 2003 responde a las necesidades del momento histórico en política pública del país ¿A qué me refiero? Hay un montón de servicios de ginecología obstetricia, hay servicios de oncología para mujeres que tienen cáncer de mama, ligaduras, vasectomías, pero no se prestan de manera integral pensando en términos de Salud Sexual y Reproductiva. La política del 2003 está pensada en términos de prestación de servicios y lo que hace es comenzar a exigirle al Estado incluir dentro del POS la prestación de esos servicios, e incluir estos con ciertos estándares de calidad...Eso es vital. Yo creo que el corazón de la Salud Sexual y Reproductiva y del principio del avance de los Derechos Sexuales y Reproductivos es, sin duda, la política del 2003 porque exige que se presten esos servicios en todo el país. Y es como una semillita, y después va saliendo una rama y te das cuenta de que hay que desarrollar una cartilla para las personas que tienen VIH/SIDA; (...) Pone la columna vertebral y comienza a identificar necesidades en Salud Sexual y Reproductiva para responder a las diferentes necesidades de las diferentes poblaciones. Se necesitaba, pero la política no tiene un enfoque de derechos ¿por qué? Porque en ese momento no es que tuviéramos un discurso tan sólido sobre el tema de derechos humanos en general, que ese vínculo de los DD. HH y los de las mujeres fuera tan obvio — a pesar de que ya existieran otros acuerdos internacionales — pero una cosa es tenerlo conceptualizado, y otra cosa es aterrizarlo, hacer una política pública en función de eso (Entrevista 1).

En el 2003 estuve trabajando con el ministerio para la formulación de la política en salud reproductiva, éramos un equipo y en ese momento la política surge con un enfoque de riesgo, enfoque total de salud y prevención o detección de enfermedad (...) era una carta de buenas intenciones con un enfoque muy biológico de riesgo (...) era como darle mejor estatus a lo que hacíamos, oficializaba las preocupaciones para darle un poco de cabida y un algo de qué agarrarse para decir “Usted tiene que hacer esto” o déjenos hacerlo ya que usted no lo hace, en colegios, escuelas, instituciones, universidades, en la comunidad (Entrevista 5).

Con respecto a esta Política cabe señalar que sus principios orientadores eran: i) los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, ii) equidad, iii) empoderamiento, iv) la intervención focalizada, y v) la salud como servicio público prestado con criterios de calidad. Los cuatro temas prioritarios de la Política fueron maternidad segura (que incluía atención al parto y reducción de la mortalidad materna), planificación familiar (incremento del uso de métodos anticonceptivos), salud sexual y reproductiva de los adolescentes y reducción de prevalencia de ITS. Así, se estipuló que para la prestación de los servicios para la salud sexual y reproductiva se realizaran actividades, procedimientos e intervenciones siguiendo el Plan Nacional de Salud Pública y en el Plan Obligatorio de Salud. Se planteaba que mediante servicios individuales ambulatorios y hospitalarios, se llevara a cabo educación, promoción, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, control prenatal y perinatal, partos, atención a cáncer de órganos reproductivos, atención a los casos de violencia sexual, consultas para jóvenes, consultas de ginecología y urología (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Ahora bien, en cuanto a la anticoncepción, la Política reconocía que la tasa de fecundidad observada en Colombia era de 2,4, mientras que la tasa de fecundidad deseada era de 1,7 hijos, es decir, casi la mitad del millón de nacimientos anuales en el país no habían sido deseados. No obstante, el foco de las metas establecidas en los planes de desarrollo en los territorios fue la atención a los problemas de salud materna. Por lo cual se buscó que las intervenciones se enfocaran en las mujeres gestantes, en distintos momentos del ciclo vital, y siguiendo el principio de focalización, se buscó priorizar las mujeres con menores niveles de escolaridad, desplazamiento, jóvenes y población en condición de pobreza (Murillo, 2015).

A pesar de que los derechos sexuales y reproductivos se enunciaban como el soporte de los diferentes temas de salud sexual y reproductiva, la aproximación de la Política de 2003, enfocada en asegurar la prestación de servicios, no contribuía al fortalecimiento de la capacidad de autodeterminación corporal y sexual de los sujetos, pues enunciaba la salud sexual y reproductiva desde un esquema de control del comportamiento, con acciones de carácter técnico y tradicional (Morales, 2010a).

Varios de los análisis críticos que se le hicieron a esta política, señalaban sus falencias en cuanto a la representación que hace de los sujetos a los que se dirige, estos eran, mujeres y los jóvenes. Por ejemplo, Noguera (2012) plantea que la Política se basó en la asociación imaginaria entre mujer y madre y en ese sentido, no visibilizaba más problemáticas que afectan a las mujeres en tanto que tales, y que necesitan atención en términos de salud sexual y reproductiva. De otra parte, Murillo (2015) criticó que la política se orientara hacia mujeres pobres, rurales y urbanas, representándolas a partir de estereotipos de pobreza y vulnerabilidad socioeconómica. También Reyes (2009) criticó la visión reduccionista y homogenizadora de los cuerpos planteada en la Política. En suma, la Política de 2003 fue criticada por su enfoque biomédico, que se concentraba en enunciar la oferta de servicios que contribuirían al cumplimiento de indicadores. Si bien esto era congruente con necesidades en salud de la población, también abrió la puerta para que se visibilizaran en el ámbito público otros asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción de los diversos grupos que conforman la población colombiana.

III. La apuesta por la autonomía en la Política de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

En 2014, como resultado de lo planteado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se actualizó la política de 2003 formulándose la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, con el explícito propósito de posicionar la sexualidad dentro del discurso y la práctica de los derechos humanos, como una apuesta de ruptura paradigmática para abordar la sexualidad en el país. Así, ésta Política manifiesta acogerse al consenso internacional que resignifica la vivencia de la sexualidad como condición humana que atraviesa todos los momentos del ciclo vital. Reconoce de manera separada la sexualidad y la reproducción, remarcando que la vivencia de cada una constituye campos de autonomía personal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

La política 2014 es plena consciencia de los derechos. Hay una primera ruptura y es que no es lo mismo reproducción que sexualidad, es clarísimo, (...) una cosa es la vivencia de la sexualidad y otra cosa es el ejercicio de la reproducción (Entrevista 5).

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos muestra el ejercicio mediante el cual se enmarca un problema social hasta ahora posicionado desde cierto ángulo epistemológico, político y social, en un plano distinto. La noción de autonomía, apalancada en el enfoque de derechos, es el eje con el que se estructura esa apuesta por situar la sexualidad y la reproducción trascendiendo el campo de la salud y la mirada biomédica. Si bien la noción de autonomía, en general, parece constituir la piedra angular del mundo contemporáneo, pues interpela al ciudadano que se autogobierna, la autonomía reproductiva de las mujeres, como se intentó mostrar en el capítulo anterior, tiene una historia específica. Se describió cómo el posicionamiento de la autonomía sexual y autonomía reproductiva requirió del avance jurídico y normativo nacional e internacional en materia de derechos humanos, así como de las luchas de los movimientos sociales de mujeres y grupos LGBTI por visibilizar la histórica desigualdad y violencia de género, y también de las agendas político-económicas a nivel regional y global sobre el desarrollo. La noción de autonomía en el campo de la sexualidad y la reproducción se ha configurado entonces a medida que se ha pasado del control natal a la planificación de la familia, después a la atención materno-

infantil, hasta llegar a las políticas de salud sexual y reproductiva, y ahora a los derechos sexuales y derechos reproductivos.

El propósito de este capítulo es dar cuenta de los discursos que componen la Política y apalancan su apuesta por la autonomía. Por esto, se compone tanto del análisis del documento que plantea la Política y la revisión de literatura que amplía su comprensión, así como de las narrativas de expertos entrevistados que han participado en la formulación e implementación de la misma. De acuerdo con esto, la primera parte del capítulo ubicará los discursos que dan contenido a la apuesta de la Política, y la segunda parte se concentrará en la apropiación que los expertos entrevistados han hecho de dicha apuesta.

3.1 ¿Cuál es la apuesta de la Política Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos?

La Política de 2014 orienta las acciones dentro del SGSSS para que se supere el paradigma biologicista de la sexualidad como riesgo, y la gestión de la salud limitada a evitar la ocurrencia de eventos negativos o patologías. Su apuesta se basa en que la vivencia autónoma de la sexualidad dignifica, de modo que la atención en salud es un componente, pero no el centro del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En esta línea, la Política define a los sujetos como seres autónomos y morales con capacidad para decidir sin presiones, incentivos o violencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Así, distingue entre autonomía sexual y autonomía reproductiva. Especialmente esta última, en contraste como se conceptualizaba en las políticas previas con relación a la anticoncepción, adquiere un valor fundamental, en tanto alude a la posibilidad de disfrutar de manera plena y segura la actividad sexual, al tiempo que decidir de manera libre e informada cómo practicar la anticoncepción. No tratándose ya únicamente de planificación familiar, sino de un ejercicio de autonomía que implica no solo el acceso a anticonceptivos, sino decisión libre e informada, con base en el propio proyecto de vida del individuo.

Esta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive

la sexualidad, no solo orientada por la necesidad de prevención del riesgo a enfermar; a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014: 66).

Principalmente, la Política tiene como propósito ofrecer un sistema coherente de principios y pautas aplicables en el SGSSS (provisión de servicios de salud mediante el mercado y otras estrategias), que además favorezca la cohesión entre estado y ciudadanos, sus relaciones, anhelos y logros de bienestar y realización. Su apuesta específica es lograr una ruptura en el paradigma de la sexualidad, que permita identificarla desde una dimensión más social y constitutiva del sujeto, que biológica. En este sentido, la Política de 2014 aboga por que se fortalezca la noción de ciudadanía social a partir de la vivencia autónoma y plena de la sexualidad. Que se reconozca que en la medida que cualquier persona conoce y ejerce la capacidad para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, es un ciudadano autónomo. Con esto, pareciera plantearse que la noción de autonomía deviene eje central para salir del paradigma biologicista enfocado en prevención de riesgos, que hacía una interpretación biomédica de los derechos, restringida al acceso a servicios médicos y atención en salud. Se plantea entonces que es el individuo el que se permite la vivencia de la sexualidad satisfactoria y placentera en la medida que conoce y exige sus derechos, y al hacerlo, exige también el mejoramiento de sus condiciones de vida para que sea efectiva la realización de todos los derechos en su interdependencia.

Si bien para el momento de formulación de la Política, las nociones de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, ya tenían varias décadas de estar nutriéndose de contenido (local y globalmente), adquirieron un sentido particular con lo formulado en la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Por una parte, es preciso señalar que, en Colombia se hacía mención de los derechos sexuales y reproductivos desde la Conferencia del Cairo (1994), pero su resonancia había sido entorpecida por obstáculos de carácter político, religioso y sociocultural (Profamilia, 2015). Por otra parte, pese a que la noción de titularidad universal de los derechos es de vieja data, la noción de políticas públicas con enfoque de derechos apareció en la escena internacional tan solo comenzando el siglo XXI

(Cunill, 2010). En este sentido, la estructuración de la Política a partir del enfoque de derechos significó un impulso distinto para la promoción de los mismos, haciendo frente a los viejos paradigmas.

Una premisa fundamental de la Política de Sexualidad es circunscribirse a una moral laica desde la cual se entiende la sexualidad como condición humana que comprende al tiempo la actividad sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Entendiendo que la sexualidad se constituye mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales, y requiere acciones en todos los ámbitos que contribuyan a crear condiciones para la autodeterminación.

Tenía un propósito y visión fundamental que era entender la sexualidad de manera ampliada como un ejercicio no solo de la genitalidad, el erotismo, la reproducción, sino como un ejercicio de afecto, comunicación, solidaridad porque la sexualidad es una condición humana, es lo que nos diferencia de los animales. En primer lugar, la sexualidad como una condición humana que atraviesa todas las esferas de la vida, tiene un gran ejercicio de política y democracia, eso hay que tenerlo claro. En segundo lugar, puntualizar cuáles son los derechos sexuales y los reproductivos, uno de los derechos reproductivos es tener una vida libre de violencia o que por razones de tu sexualidad y reproducción tu vida e integridad no se vean amenazadas (...) el ministerio tuvo una apertura importantísima y después se sintieron hasta orgullosos. Creo que es la única política en el mundo de estos temas que empieza a hablar de placer, de disfrute, de goce y que empiece a minimizar el enfoque de riesgo porque desgraciadamente todo ha sido "cuídate porque quedas en embarazo" pero, ¿Es solo eso lo importante? (Entrevista 7).

La del 2014 tiene una gran ganancia y es que se dice: los métodos anticonceptivos son para poder ejercer una sexualidad placentera. Anteriormente los métodos de planificación eran para planificar una familia, ahí quedaban restringidos a las mujeres que estaban casadas y con la del 2014 dice la sexualidad es un derecho que todos tenemos (...) empieza uno a ver que existe ese derecho a una sexualidad placentera (Entrevista 6).

De modo que, aunque en las décadas anteriores la promoción del uso de métodos anticonceptivos y los avances normativos crearon en cierta medida posibilidades para la autonomía económica y política de las mujeres, solo la Política de 2014 enuncia la vivencia de la sexualidad y la reproducción como ejercicios de autonomía. Es importante señalar que un hito previo a la formulación de la Política fue en el año 2006 la despenalización la interrupción voluntaria del embarazo en casos específicos mediante sentencia C355 de la Corte Constitucional. Dicha sentencia si bien se fundamenta en la defensa de los derechos de las mujeres, no propende por un absoluto ejercicio de autonomía para que todas las mujeres decidan sobre su cuerpo y la maternidad.

Como hemos visto, las políticas han sido impulsadas por eventos, tendencias y cambios conceptuales que resultan de la correlación de fuerzas entre actores que se mueven en los ámbitos de la ciencia, los movimientos sociales y lo estatal. La Política de 2014 resultó del influjo de estos tres ámbitos. Por una parte, fue apalancada por el Plan Decenal de Salud Pública, por otra parte, respondía a las presiones de los movimientos sociales nacionales por incluir el enfoque de género y ampliar los temas objeto de la política de salud sexual y reproductiva, así como también recogió los planteamientos desde las ciencias sociales para ampliar la comprensión de la sexualidad y la reproducción más allá de su énfasis en la maternidad (Murillo, 2015; Noguera, 2012).

3.2 Referentes normativos relevantes para la Política de 2014

El Plan Decenal es el principal referente normativo de la Política de 2014, para que ésta posicione la sexualidad y la reproducción en la dimensión social. El Plan Decenal se creó con el propósito de delinear una hoja de ruta del sector salud a nivel nacional tomando como premisa principal que la salud es un derecho que el Estado debe garantizar y que los ciudadanos están facultados para exigir. Este reconocimiento de la salud como derecho quedó consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015³. Además, el Plan Decenal se fundamenta en el marco de Determinantes Sociales de la Salud propuesto por la OMS que reconoce que las desigualdades sociales tienen incidencia y efectos directos en el goce del derecho a la salud, y que, por lo tanto, los factores que determinan la aparición de la enfermedad pertenecen a distintos órdenes sociales. Con esto, el Plan establece la necesidad de pasar a un enfoque intersectorial para la planeación e implementación de políticas relacionadas con salud (Profamilia, Elementa, CEPEI, & IPPF, 2016).

Específicamente, en el Plan Decenal quedó establecida como una de las ocho dimensiones prioritarias la atención a la salud sexual y reproductiva, con el propósito de avanzar en dos componentes: el de promoción de derechos sexuales y reproductivos, y

³ La ley 100 de 1993 promovió el entendimiento de la salud como un servicio y no como un derecho al estructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) bajo el esquema neoliberal de aseguramiento. No obstante, en el marco del contexto mundial de proliferación de derechos, la salud ha venido siendo promulgada como un derecho fundamental (Naciones Unidas, 2000). La Ley 1752 de 2015 se suscribe a esta tendencia.

el de prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva. El Plan especificó que para adelantar las acciones en esas materias era preciso adoptar los enfoques de derechos humanos, de género y diferencial tomando como objetivo el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, haciendo del cuidado de sí una práctica social para la realización integral del sentido de lo humano. Se planteó que tales enfoques permiten situar como objetivo la reducción de inequidades y alcanzar mejores niveles de salud sexual y reproductiva.

Ahora bien, en un análisis realizado por diferentes organismos sobre la alineación de la Política con la agenda internacional, se menciona que a pesar de que por medio de la Política el Ministerio dice velar por la salud integral, la salud sexual y reproductiva y su entendimiento como medio para el bienestar físico, mental y social, no obstante, en la agenda de gobierno 2014-2018 solamente la mortalidad materna ocupó un lugar importante como uno de los componentes de la salud sexual y reproductiva (Profamilia et al., 2016).

La mortalidad materna se ha reconocido como un indicador de inequidad social debido a que la mayoría de veces se trata de una situación evitable (A. Hernández et al., 2017). En Colombia, la pobreza genera desigualdades en la distribución de la mortalidad materna, de modo que el 50% de la población más pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 32), siendo que la mortalidad es más alta en las zonas rurales, en población no afiliada a la seguridad social o afiliada al régimen subsidiado, así como los departamentos más afectados son aquellos con población indígena y afrocolombiana (A. Hernández et al., 2017). La educación también se comporta como determinante de esta causa de muerte, la mitad de la población menos educada experimenta el 53% de la mortalidad materna. Por esto, así como en el marco de los ODM la meta propuesta para Colombia corresponde a 45 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, en el Plan Decenal se propone a 2021 que los casos de mortalidad materna evitable sean inferiores a 150 casos anuales en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Ahora bien, pese a que el compromiso con la reducción de inequidades sociales y prevención de mortalidad materna es insoslayable, en este trabajo se profundiza en los

planteamientos que la Política de 2014 hace acerca de la autonomía reproductiva ya que allí es donde principalmente radica la ruptura paradigmática con la manera de comprender la sexualidad y la pretensión de su concepción holística. Así pues, interesa resaltar que al respecto, para fijar sus metas, la Política reconoce que si bien la tasa general de natalidad ha descendido, el comportamiento en población joven y adolescente mantiene otra tendencia, así como es problemático que la tasa global de fecundidad presenta las mayores cifras en los departamentos con indicadores altos de pobreza, lo cual hace posible afirmar que en el país existe una relación directa entre el aumento de la tasa de fecundidad y el bajo nivel de los indicadores de desarrollo social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Adicionalmente, el Documento CONPES 147 adoptado en 2012 constituye un antecedente significativo para la formulación de la Política de 2014. Dicho documento, define un marco institucional y de acciones para prevenir y atender la problemática del embarazo adolescente, para lo cual reconoce el enfoque de determinantes sociales de la OMS y plantea como estrategia la promoción de proyectos de vida. A su vez, este CONPES da cuenta de la priorización que se hizo de la prevención del embarazo adolescente en el gobierno vigente (Profamilia et al., 2016).

Así, la Política sigue las metas establecidas por el Plan Decenal tales como que para el año 2021 el 100% de las entidades nacionales y departamentales y el 80% de las municipales incluyan programas y proyectos en los planes de desarrollo para garantizar derechos sexuales y reproductivos, asegurando la participación comunitaria; el 80% de las entidades territoriales cuenten con por lo menos un espacio transectorial y comunitario para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos; disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años; aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil; disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%; incrementar mínimo en 15 puntos el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales (Profamilia et al., 2016, p. 45). A continuación se rastrean los discursos en los que se soporta la Política para desarrollar estrategias que permitan

cumplir con dichas metas. Como se verá, se trata de enfoques o marcos conceptuales que estructuran la Política y reflejan giros epistemológicos no solo asociados a la visión holística de la sexualidad, sino también a las apuestas de ciudadanía contemporáneas, las formas de ejercer poder y atender demandas sociales.

3.3 Discursos que componen la Política de Sexualidad

3.3.1 La Sombrilla de los Derechos Humanos

La Política de Sexualidad hace parte de una generación de políticas sociales formuladas a partir del enfoque de Derechos Humanos, el cual se ha desarrollado como mecanismo para que en cada intervención política haya efectivo cumplimiento de los derechos y efectiva existencia de ciudadanía social (Cunill, 2010). El enfoque de derechos en los últimos años se ha instalado en los debates académicos y políticos por considerarse que “ofrece un sistema coherente de principios y pautas aplicables en las políticas de desarrollo y al mismo tiempo precisa las obligaciones de los Estados en materia de cumplimiento de derechos económicos, sociales y culturales” (De Sena y Mona, 2014: 34). Se ha presentado como un punto de inflexión en las dinámicas de los procesos sociales que permite la interlocución con los Estados al hacer legibles las demandas relacionadas con las desigualdades que impiden la efectiva realización de los derechos fundamentales y atentan contra el bienestar, la libertad y la igualdad de las personas y colectivos. Con la nueva Política, la sexualidad es concebida entonces como un aspecto fundamental del bienestar y el desarrollo humano, así como del ejercicio de la ciudadanía.

El enfoque de derechos es producto de la reformulación de las intervenciones para el desarrollo, las cuales estaban centradas en la identificación y satisfacción de necesidades básicas de las poblaciones más vulnerables (Profamilia, 2015). Con la redefinición del desarrollo social y del desarrollo humano, que reconoce la multidimensionalidad de la pobreza, se ha hecho necesario hacer efectivo el reconocimiento de que cada persona es titular de derechos (Cunill, 2010). Con tal reconocimiento, a su vez se logra el reconocimiento de un campo de poder para sus titulares, como una forma de establecer equilibrios en el contexto de situaciones sociales

marcadamente desigualdades. Por esto, más allá de profundizar la tendencia de las políticas para focalizar la atención a poblaciones más vulnerables, el propósito del enfoque de derechos es promover relaciones de respeto mutuo e igualdad entre todas las personas, y que éstas se reconozcan como sujetos de derechos y de responsabilidades en relación al ejercicio y garantía de los mismos.

Ahora bien, como lo señala Cunill (2010), el ejercicio de ese campo de poder ciudadano está directamente condicionado por el tipo de institucionalidad que se diseñe para implantar las políticas con enfoque de derechos, así como por los valores y prácticas de los actores que hacen parte de esa institucionalidad. Por lo tanto, si los responsables de implementar una política con enfoque de derechos no se han apropiado del enfoque de derechos, es altamente probable que tampoco le concedan valor a la interdependencia entre los derechos, a la diversidad, a lo público, y subsecuentemente, a la equidad y que, por tanto, no puedan llegar a conformar una comunidad de prácticas.

Teniendo en cuenta esto, el propósito de la Política de 2014 es generar procesos de cohesión e integración alrededor de su apuesta de ruptura paradigmática. Específicamente, el encuadre de la Política en el lenguaje basado en derechos, responde a la alineación con las coyunturas globales que afirman que la promoción de los derechos humanos en todos los ámbitos es ineludible. En el 2013 los gobiernos de América Latina y el Caribe adoptaron el “Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo” que identifica tres pilares para la aplicación de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina: derechos para jóvenes, Derecho al aborto seguro y legal y los Derechos Sexuales más allá de las mujeres (ver anexo 4).

En el 2015 se realizó la segunda Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe en la que se aprobó la Guía Operacional del Consenso de Montevideo que constituye el seguimiento al Programa de Acción de El Cairo. Además, en el mismo año, se negociaron tres acuerdos a nivel internacional, que convergen en elementos claves para la fijación de la agenda de trabajo mundial en favor del desarrollo sostenible: la Agenda 2030, la Agenda de Acción de Addis Abeba sobre el financiamiento al desarrollo, y el Acuerdo de París sobre medidas para enfrentar el cambio climático. La formación de tales agendas conexas, requiere que cada país adapte

los contenidos a sus capacidades, prioridades y niveles relativos de desarrollo. En Colombia, especialmente esto se traduciría en crear estrategias diferenciadas, dadas las brechas de necesidad tan grandes entre los territorios (Profamilia et al., 2016).

Ahora, según Cunill (2010), los principios en los que se fundan las políticas públicas con enfoque de derechos incluyen: universalidad, exigibilidad, participación social, integralidad y progresividad. Ella los resume así:

- Universalidad, igualdad y no discriminación: todos disponen de las prestaciones basadas en el derecho instituido, en condiciones de alta calidad, independientemente de su condición socioeconómica.
- Exigibilidad: todos tienen el respaldo de la ley y de los procedimientos, así como la información necesaria para exigir el cumplimiento de las obligaciones de los prestadores (incluidas la calidad y la oportunidad).
- Participación social: todos pueden participar en la elección de las políticas, en su implementación y en su monitoreo y evaluación.
- Integralidad: Todos pueden disfrutar de un enfoque integral para la plena realización del derecho instituido.

La Política de 2014 en efecto, según todo lo establecido en el documento, incluye cada uno de esos elementos. Con respecto a la participación social, cabe señalar que la elaboración de la política se basó en la participación política de diferentes sectores. Las metodologías con las que se llevó a cabo la formulación dan cuenta de ello, pues incluyeron entrevistas, conversaciones y consultas con agentes sectoriales nacionales y territoriales, grupos de la sociedad civil y expertos, para identificar los avances, barreras y retos de la Política de 2003 y recoger las propuestas para su actualización. Así pues, con la revisión de la política se identificaron logros y retos dispares y heterogéneos geográfica y poblacionalmente.

Con respecto a la exigibilidad, la Política enfatiza en que tanto los demandantes de servicios como los garantes de derechos los reconozcan y reclamen. Su punto de partida es comprender la reproducción y la sexualidad de manera separada, entendiendo que la sexualidad, libre de carga moral, es prioritaria para el desarrollo humano. De modo que los derechos reproductivos y los derechos sexuales significan la posibilidad de vivir

cada una sin sufrir discriminación, coacciones o violencia. Por esto, la Política se propone crear los mecanismos para que las personas en ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan, con el propósito de superar la inequidad que impiden su realización humana. Uno de los mecanismos que enuncia es el diálogo público, el cual basado en la idea de pluralismo, permitiría que haya reconocimiento de sí mismo y del otro como sujeto de derechos, teniendo en cuenta la perspectiva individual de cada ciudadano como sujeto capaz de decidir autónomamente y de acuerdo a su conciencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Así se lograría que toda la población vivenciara la sexualidad o la reproducción como ejercicio de su libertad, igualdad, autonomía, privacidad y dignidad.

Finalmente, la Política, en tanto apuesta para la transformación de representaciones y prácticas para la vivencia de la sexualidad y la reproducción de los ciudadanos, declara plantear los caminos para la transformación de los conocimientos, actitudes, prácticas, usos y costumbres de la vivencia de la sexualidad y la reproducción como modo de afirmación de los derechos.

3.3.2 El Modelo Determinantes Sociales de la Salud

Al tiempo que la Política abarca una visión holística de la sexualidad, reconoce la interacción de las condiciones sociales en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, como determinantes de los procesos de salud-enfermedad relacionados con la vivencia de la sexualidad y la reproducción. La OMS ha reconocido que el contexto social, las condiciones de vida donde se desarrolla la salud y los mecanismos estructurales que definen la posición social de los individuos y los grupos, configuran diferentes probabilidades de enfermar o morir y, por ende, explican las disparidades en los resultados de salud de las poblaciones. A esto le denomina “determinantes sociales de las inequidades en salud”, que incluyen determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales (Solar & Irwin, 2010). La interacción de todos estos, repercute en la experiencia del cuerpo, y en la equidad en salud sexual y los derechos sexuales reproductivos de la población.

Lo que establece el modelo es que el contexto social crea desigualdades socioeconómicas que influyen la salud, en la medida que la estratificación por niveles

de ingresos, ocupación, educación, género, raza o pertenencia a un grupo étnico, genera condiciones materiales y de bienestar diferenciales que a su vez desencadenan procesos de inequidad en salud (A. Hernández et al., 2017). En palabras del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la “Observación General No. 14”, cuando afirma que el derecho humano a la salud: “(...) no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva” (Naciones Unidas, 2000).

Los determinantes estructurales (ver anexo 5) comprenden los determinantes sociales de desigualdades en materia de salud, que pueden agruparse en dos grandes conjuntos: 1) El contexto socioeconómico y 2) la posición socioeconómica que atiende a cuestiones como género, sexo, etnia y clase social. Los determinantes intermedios aluden a las circunstancias materiales en las que se desarrolla la vida: factores biológicos y patrones de comportamiento, factores psicosociales y condiciones de existencia y acceso a sistema de salud.

El CONPES Social 147 en su conceptualización de la Estrategia de Prevención del Embarazo elaboró la primera adaptación del modelo conceptual de determinantes sociales para facilitar la comprensión multidimensional del embarazo en adolescentes, analizando factores protectores y de riesgos que hacen que ciertos individuos y grupos sean más o menos proclives a la maternidad o paternidad adolescente (Profamilia, 2018). Así pues, la política de 2014 se acoge al modelo para reconocer que no solo el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente, sino también la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. En la medida que la Política se enmarca en el modelo de determinantes, establece que las acciones deben estar orientadas a promover condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incentiven y garanticen la salud sexual y reproductiva. Allí cobra más sentido aun la propuesta de abordaje multisectorial para considerar la multiplicidad de factores y

condiciones que influyen en la vivencia de la sexualidad, así como la noción de interdependencia entre la garantía de los derechos sociales. De modo que se esboza el círculo virtuoso que resultaría de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos para el beneficio del bienestar individual a lo largo del ciclo vital, aportan al desarrollo social y el ejercicio de ciudadanía.

Cabe señalar que por ejemplo el uso de métodos anticonceptivos, dentro de los determinantes intermedios, hace parte de los determinantes próximos. Al tratarse de un comportamiento está en conexión con otros determinantes intermedios como edad, imaginarios sobre sexualidad, paternidad y amor, percepción de oportunidades y proyecto de vida, condiciones familiares, las normas de funcionamiento del hogar, redes sociales, cohesión con pares, entre otros. Mientras a nivel de determinantes estructurales o distales, estarían la educación, los ingresos del hogar, la cobertura y acceso a servicios públicos, las normas sociales y de género, los valores de la sociedad, entre otros (Profamilia, 2018).

3.3.3 La transversalidad del enfoque diferencial para la reducción de inequidades sociales

Reconocer la multiplicidad de aspectos que configuran la diversidad de necesidades en salud y condiciones sociales que vulneran el bienestar y los derechos de las personas, supone implementar acciones diferenciadas para cada situación. Así es como se plantea que los lineamientos de la Política deben aplicarse según el contexto y la situación específica de la población, esto es, crear intervenciones diferenciadas según edad, condición de vulnerabilidad, de víctima del conflicto armado, situación de discapacidad o de pertenecer a comunidades indígenas, afrodescendientes o LGBTI (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Por una parte, la Política en su apuesta de ruptura paradigmática busca no solo la resignificación del cuerpo y la vivencia de la sexualidad, sino también el reconocimiento de la diversidad de opciones posibles para hacerlo. Por otra parte, reconociendo las desigualdades existentes que hacen que para unos individuos y grupos sea más difícil gozar de autonomía sexual y reproductiva y salud sexual y reproductiva, la Política adopta el enfoque diferencial. Este también constituye una tendencia en las políticas

sociales de la última década, pues declara el derecho a ejercer la ciudadanía desde la diferencia.

Partiendo entonces del reconocimiento de la diversidad por ciclo de vida, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad, y especiales situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza), el enfoque diferencial supone una organización de las acciones y programas para la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación (Profamilia et al., 2016). Es decir que reconocer la diversidad es también reconocer que existen ciudadanos excluidos y privados de los derechos y las libertades para los cuales hay que diseñar acciones orientadas a la equidad y la inclusión. Por lo cual, si el objetivo es el ejercicio de autonomía de todas las personas, los mecanismos deben ser el reconocimiento, aceptación y respeto de las diferencias y adecuación de los servicios de salud en función de estas.

Adicionalmente, como parte de los desarrollos del enfoque diferencial está la perspectiva de género, que permite evidenciar las condiciones y/o situaciones de desigualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres, y que hacen necesarias las intervenciones para disminuir las condiciones de discriminación y modificar las circunstancias de vulneración. Hace parte del enfoque de género reconocer la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino y el anclaje de las normas, formas de comportamiento, prácticas, costumbres, atributos y actitudes sociales y psicológicas para el ser femenino y para el ser masculino, en el sistema de relaciones sociales. Esto permite observar y romper con el núcleo simbólico de la maternidad y el rol doméstico en lo femenino.

De hecho, hace parte de la apuesta de la Política de 2014 romper con anteriores representaciones de lo femenino impresas en las políticas que otorgaban valores supremos a la maternidad; así como acabar con la feminización de la reproducción que la centra en los cuerpos de las mujeres.

3.4 Aproximaciones de los expertos hacia la apuesta de la Política

Con el fin de comprender en qué consiste el tránsito que propone la apuesta de la Política de 2014, a los entrevistados se les preguntó por lo que observaban en el campo de la anticoncepción. La anticoncepción ha sido uno de los campos en los que se materializa el paso de la regulación de la fecundidad en tanto planificación familiar y control demográfico, a ejercicio de derechos. De acuerdo con los entrevistados, la Política de 2003, a través de los mecanismos dispuestos para la planificación familiar, significó poner los primeros cimientos para transformar las representaciones tradicionales de la sexualidad en las que inextricablemente estaba ligada a la reproducción y la vivencia de la maternidad, y desde allí se puede entender la ruptura posterior que propone la nueva Política. En palabras de una experta:

Creo que para mí la transición es lo siguiente: como a una distribución focalizada en términos de la gente que tiene dinero puede acceder a métodos anticonceptivos; una distribución ampliada a través de brigadas móviles a zonas vulnerables; una mega distribución que responde a las necesidades por la violencia, después una adopción del sistema por parte del estado que permite que haya una aspersión de la distribución de métodos anticonceptivos, y creo que finalmente, hay una ruptura entre la ginecología y obstetricia, y un entendimiento sobre un campo de la salud pública que es la Salud Sexual y Reproductiva cuando el estado llega a ser un distribuidor, que se materializa en el 2003 (...) esa idea de que hay un ámbito sobre la salud pública que se llama Salud Sexual y Reproductiva en que no solamente tiene que ver con estadísticas de la gente que nace y se muere, se materializó con la política del 2003 (Entrevista 1).

La Política de 2003, si bien nombra la anticoncepción como “planificación familiar”, constituye el primer intento por ampliar la comprensión de los sujetos hacia quienes se dirigen las políticas de sexualidad y reproducción, y con eso abrir paso a la anticoncepción como una práctica del individuo y no de la familia.

Con la Política de 2003, la planificación ya no solamente está centrada en las mujeres casadas o unidas sino en todas las mujeres sexualmente activas. Ahí se hace la primera identificación de que el uso de la anticoncepción no sólo era con fines de planear una familia, y se empieza a hablar de Derechos Sexuales y Reproductivos. Porque antes era el acceso real y efectivo, era previsto y todo el sistema de salud se disponía para hacer efectivo para mujeres casadas o unidas; a partir de la apuesta de la política de Salud Sexual y Reproductiva donde se empieza a hablar incluso de Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes, donde se prioriza a los y las adolescentes como sujetos de derechos, se empieza a ampliar la base de sustentación de uso de los métodos anticonceptivos y se empieza a ver de una manera diferente (Entrevista 3).

En el marco de la Política, el Ministerio de Salud creó en el año 2007 el programa “Servicios amigables para jóvenes” el cual buscaba aproximarse a los jóvenes para

mejorar su acceso a los servicios de salud, y posibilitar una atención en temas de sexualidad y reproducción desde lenguajes próximos a sus realidades cotidianas, y que fuera con respeto, confidencial, amigable. La anticoncepción era uno de los servicios que se ofrecía. No obstante, el enfoque de la Política de 2003, al ser biomédico y preventista, no planteaba la práctica de la anticoncepción en tanto ejercicio de autonomía y de disfrute de la sexualidad, sino de prevención de embarazos no deseados, reducción de embarazos adolescentes, entendidos como problema social.

Uno de los temas de éxito que podríamos ver [en relación con la Política de 2003] es el de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. (...) Se empieza a hablar de anticoncepción como una forma de prevenir embarazos y no necesariamente de planear una familia porque son jóvenes que no tienen un futuro claro con respecto al tema (Entrevista 5).

De acuerdo con los expertos, los logros de esa estrategia incluyeron el aumento de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en jóvenes, pero también, propender por ver al adolescente como sujeto de derechos y que los adultos reconocieran la legitimidad de esta apuesta, para lo cual fue necesario promover la comprensión de los derechos en salud sexual y reproductiva dentro de los mismos centros de atención en salud.

Cuando uno ve las diferentes encuestas de demografía y salud, empieza a ver el cambio de uso de métodos anticonceptivos, sobre todo en población adolescente, que en el 2005 sólo el 38% usaba métodos anticonceptivos y esto sube a casi el 60% en el 2015 (...) el tema fuerte era que el adulto referente y específicamente en los servicios de salud consideraba que no era dable, que no era bueno, que no era legal entregar métodos anticonceptivos a menores de 18 años, y menos sin el consentimiento de un adulto (...) con el plan de embarazo adolescente, se hizo una reunión con EPS en el 2013 para trabajar con ellos el plan de prevención de embarazos en la adolescencia -con la presencia de presidencia y otros sectores-. Les hicimos firmar un acta de compromiso donde ellos iban a mejorar el acceso a métodos anticonceptivos, sobre todo los de larga duración, e iban a trabajar en prevención del embarazo sobre todo en menores de 15 años y en anticoncepción post evento obstétrico. A partir de esta reunión con estas 18 EPS grandes públicas y privadas se logró que las grandes EPS empezaran a colocar el tema central en sus programas de riesgo. Entonces se vio el cambio inmediatamente, sobre todo en la oferta de los métodos, y el implante subdérmico que estaba en el POS, empezó a aumentar la prevalencia del uso en el 2010, y en la encuesta 2015, ya se vio el repunte mucho más alto de esto (Entrevista 3).

Adicional a la estrategia de acercamiento con las EPS, fue importante incentivar que a nivel territorial las secretarías de salud tuvieran recursos para ejecutar -como intervenciones colectivas-, y hacer demanda inducida a los servicios de planificación familiar, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente

activa o fértil. Una de las premisas era que los servicios amigables para jóvenes tienen un alcance de largo plazo, en la medida que beneficia la proyección hacia el futuro de cada joven y su ejercicio de la sexualidad a lo largo del curso de la vida, así como la estrategia procura también un cambio generacional. En el que se plantee la decisión de anticoncepción como algo transversal a distintos momentos del ciclo vital, que requiere la oferta de servicios que respondan a las necesidades según varían en el ciclo vital.

Si tú logras que un joven entienda que el uso de métodos anticonceptivos le ayuda a planear su vida, etc., y creas un servicio para que gente de 12, 14 años entre y entienda la vaina, estás pensando en un ejercicio de la sexualidad a largo plazo (Entrevista 5).

En ese momento, lo que hacían las mujeres era tener todos los hijos que querían, y cuando no querían más se mandaban esterilizar. Yo he visto que ya cambió la preferencia por este patrón de "tengo todos mis hijos y ya, y todos mis hijos son seguidos, y cuando ya no quiero tener más hijos, me esterilizo"; la esterilización ya no es el método más preferido de las mujeres (Entrevista 8).

De esta manera, la Política de 2003 constituye una semilla para la Política de 2014 pues comienza a identificar necesidades en salud sexual y reproductiva que también varían según las diferentes poblaciones:

Yo creo que el corazón de la Salud Sexual y Reproductiva y del principio del avance de los Derechos Sexuales y Reproductivos es, sin duda, la política del 2003 porque exige que se presten esos servicios en todo el país. Y es como una semillita, y después va saliendo una rama (...) abrir servicios de salud sexual y reproductiva fue abrir una puerta a una cantidad de problemas para el sistema de salud. Entonces me llega una persona con VIH/SIDA en un municipio "X" ¿cómo lo atiendo? ¿qué hago? (...) Abrimos la columna vertebral y nos dimos cuenta de que, al instalar y responder a una necesidad básica de salud, en términos de Salud Sexual y Reproductiva — que iba más enfocado en términos de ginecología y obstetricia —, y uso de métodos, también se abrió la puerta a un montón de necesidades de las que no se sabía... ¿Qué hace entonces la política de 2014? Decir "Hey, ahora nos toca incluir todas estas necesidades," por eso tiene un enfoque de derechos, porque el corazón de la necesidad está en la identidad de género y la orientación sexual, no en la prestación de los servicios (Entrevista 1).

Así, la Política de 2014 es más ambiciosa y crítica con el enfoque preventista. De manera que, si bien la materialización del derecho sigue estando en el acceso a servicios de salud, donde la anticoncepción es uno de ellos, los logros, según algunos entrevistados, se evidencian en parte en la transformación de prácticas administrativas y prácticas médicas. Por ejemplo, se mencionó que para el caso de Bogotá se desarrolló en el marco de la Política de 2014 un programa para la prevención de la maternidad y paternidad temprana que permite pensar la vivencia de la sexualidad en relación con el

proyecto de vida, y no solo la actividad sexual en relación con la prevención de eventos y la distribución de métodos anticonceptivos.

Antes de la política el acceso a la anticoncepción en el régimen contributivo estaba limitado por los recursos que se disponían para la anticoncepción e incluso las decisiones administrativas de “compremos esto que es más barato”, si le gusta bien y si no bueno. (Entrevista 5).

En el programa de prevención de maternidad y paternidad temprana en Bogotá la cartera más importante es cultura y quien le da todo el soporte y apoyo de logística y operación es integración social y el resto: educación y salud, trabajan sabiendo el rol y el lugar que ocupan en toda esa cadena de acontecimientos para que la intervención sea exitosa. (Entrevista 7)

La iniciativa SXPERTO, que hace parte del mencionado programa para la prevención de la maternidad y paternidad temprana y la implementación de la Política de 2014 en Bogotá, procura no solo que se continúe la lógica de la atención amigable con los jóvenes, sino permitir el espacio para que ellos planteen sus demandas y necesidades en cuanto a sexualidad y reproducción. En este sentido, más allá de la reducción de embarazos en adolescentes busca crear canales para la educación y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. Se trata de una plataforma de internet de acceso gratuito en la cual los jóvenes y cualquier persona en general, pueden acceder a información de calidad al hacer o consultar preguntas sobre sexualidad de forma anónima.

Todas las respuestas deben estar basadas en la evidencia, debemos tener por lo menos dos referencias de donde nos basamos para la respuesta. Sí tiene un sesgo de salud, pero si hay alguna pregunta más de espiritualidad o psicología tratamos de buscar cómo responderla de forma neutra para el cuidado de la salud de las personas (Entrevista 11).

Si bien una de las ventajas que se promocionan de la plataforma es permitir que los jóvenes agenden desde allí asesorías en anticoncepción (actualmente servicio solo disponible para afiliados a Capital Salud, que corresponde al régimen subsidiado del sistema de salud en Bogotá), su fortaleza es permitir el anonimato para tratar temas tabú y poder responder a las necesidades de un volumen de personas que de otra manera sería difícil alcanzar. En palabras de una entrevistada, “a pesar de que no haya un contacto directo con las personas, estamos generando cambios en efectos, actitudes y prácticas” (entrevista 7). Según la experta, una muestra de tales cambios generados sería lograr el involucramiento de los hombres en el tema de anticoncepción pues por

primera vez ellos están agendando citas de anticoncepción a las que, o bien van solos, o con sus parejas, y esto da cuenta de nociones de responsabilidad compartida.

Otro indicador sobre los logros de la política en cuanto a la sensibilización sobre derechos sexuales y reproductivos y desfeminización de la anticoncepción, según un médico de Profamilia que atiende en el servicio de urología desde hace 30 años, es que ahora hay más vasectomías.

Hace 20 años operábamos al día 4-5 hombres, la mayoría entre los 25 y 40 años, ahora operamos 10, 15, 20 al día, eso ha mejorado mucho y algo que me ha llamado mucho la atención es que se están operando muchos hombres sin hijos, antes no ocurría eso (...) pero también pienso que muchos cambios en los hombres los producimos las mujeres porque muchos hombres dicen “Yo quiero colaborar porque a mi esposa le ha tocado todos los embarazos, no me parece justo que ella siga tomando pastas, que a ella le toque todo, yo me la voy a hacer”, pero otros dicen “Mi esposa me dijo que yo tenía que ayudar, que ya no era justo para ella”. Hace 20 años cuando los hombres venían sin hijos debían hacer una carta que se anexaba a la historia clínica y cuando se hacía la asesoría de consulta se leía la carta y uno decidía si esa carta era motivo suficiente para proceder (...) ya los hombres saben que tienen ese derecho, conocen más sus derechos, saben que pueden hacerlos valer (Entrevista 2).

3.5 Estrategias de la Política de 2014 enfocadas en anticoncepción

Finalmente, teniendo en cuenta que la Política busca ofrecer un sistema coherente de principios y pautas aplicables, planteando un plan operativo estructurado con base en metas e indicadores, resaltaré algunas de las estrategias y objetivos que declara para lograr la transformación de los conocimientos, actitudes, prácticas, usos y costumbres de la vivencia de la sexualidad y la reproducción como modo de afirmación de los derechos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

- Impulsar marcos normativos exigibles para el cumplimiento de estándares para la asesoría personalizada en procesos de promoción, prevención, atención y reparación, como requisito para la entrega de información, educación y servicios relacionados con la regulación de la fecundidad y la disponibilidad de métodos efectivos, aceptables y asequibles; la oferta de tecnologías o tratamientos reproductivos; la prestación de servicios con calidad, trato digno, humanizado, solidario.

- El Estado debe proveer escenarios para la formación de las personas, grupos y comunidades en derechos sexuales y derechos reproductivos, que faciliten la

construcción de una ciudadanía activa para la toma de decisiones en aspectos de la sexualidad y la reproducción, según el momento vital por el cual transita el ser humano y la apropiación de los instrumentos diseñados para facilitar la participación social.

- Promover en coordinación con múltiples sectores, el respeto por parte de los prestadores de servicios a la libre decisión de las personas frente a la formación de un tipo determinado de familia, la elección de pareja, el ejercicio autónomo de la fecundidad, mediante acciones que les permitan la posibilidad de control sobre la vivencia de la sexualidad, la paternidad y la maternidad, dentro de un marco de no discriminación y consideración a los derechos de otras.

- Todos los agentes del SGSSS desde sus competencias deben encontrarse alineados con la Política como prioridad, compartir el sentido de sus contenidos y armonizar sus apuestas para que se refleje en su dinámica operativa.

- Requiere de un talento humano formado en los contenidos actuales de la ciencia y la técnica y con desarrollos de su capacidad relacional para el reconocimiento de la legitimidad de todos los seres humanos, sin que haya causal alguna de exclusión o discriminación y por el contrario toda la posibilidad de realización de la dignidad mediante trato digno, humanizado y solidario.

IV. Barreras y retos para la práctica autónoma de anticoncepción según los expertos

Así como los expertos dieron cuenta de en qué consiste la apuesta de la Política de 2014, a partir de su experiencia también señalaron las barreras para la materialización de la misma en cuanto a la práctica autónoma de anticoncepción. Por esto, este capítulo tiene como propósito dar cuenta de cómo entienden ellos la apuesta por la autonomía reproductiva en la práctica de anticoncepción, cuáles son las barreras y los retos.

4.1 ¿Qué es practicar anticoncepción de manera autónoma?

El ejercicio de autonomía en las prácticas para la anticoncepción hace parte de lo que se denomina autonomía reproductiva, y a su vez, la autonomía reproductiva es una manifestación de la autonomía con la que un sujeto conduce su vida. De acuerdo con Vargas-Trujillo (2007: 35), la persona autónoma es capaz de decidir cómo actuar en un momento determinado de acuerdo con principios o leyes autoimpuestas, en el sentido de que los asume y aplica a sí misma por convicción, reconociendo también que la restricción de su autonomía radica en la autonomía de quienes se pueden ver afectados por sus acciones y decisiones. Ahora, más allá de esta definición, las personas involucradas con la formulación e implementación de la Política han dotado de contenido la noción de autonomía reproductiva en la medida que han presenciado las transformaciones en las experiencias de hombres y mujeres, su sexualidad y su práctica de anticoncepción concretamente.

La premisa de esta investigación ha sido que la Política desempeña el rol de ofrecer los principios orientadores sobre cómo comprender la autonomía reproductiva, no obstante, en su implementación se manifiestan los entrecruces de las representaciones que cada sujeto tiene de la misma. Por lo tanto, así como en la Política la anticoncepción es definida como la capacidad de acceso a programas de planificación familiar con métodos seguros y eficaces, para la decisión de procrear o no, cuántos hijos y con qué intervalo de tiempo (Ministerio de la Protección Social, 2014), los responsables de diseñar acciones o prestar servicios pueden agregar más o menos matices a la

traducción de esa definición en la práctica. A continuación, la evolución percibida según uno de los entrevistados en cuanto al propósito de la autonomía en anticoncepción:

Han cambiado un poco los alcances del discurso de la autonomía. Primero era que las mujeres tuvieran derecho al acceso de la anticoncepción, segundo aquellas que decidieran por la ligadura de trompas no necesitaran permiso del marido (otro de los grandes problemas), luego viene la nueva necesidad en el ejercicio de la autonomía reproductiva que es una de las luchas que se está dando todavía, es el acompañamiento a las mujeres que requieren o necesitan de interrupción voluntaria del embarazo o un aborto (Entrevista 6).

Ahora bien, la evolución conceptual relatada por los distintos entrevistados tiene que ver con el tránsito hacia una comprensión más compleja de lo que significa practicar la anticoncepción: de mero acceso a métodos anticonceptivos eficaces y seguros, a acceso a información comprensible sobre los métodos disponibles, a toma de decisión libre e informada (con base en información biomédica principalmente), a autoconocimiento y toma de decisión en función del proyecto de vida. Así, se pueden rastrear diferentes posiciones que le dan más o menos peso a cada uno de esos elementos.

En este sentido, al referirse al acceso a la información todos señalaron que involucra conocer qué métodos de anticoncepción existen, cómo se usan, qué efectos tienen y cómo acceder:

[Autonomía]Es el poder, primero que la mujer ejerza el derecho a la información. La mujer antes de tomar decisión sobre qué método quiere usar, conozca qué métodos existen y cómo se usan, si uno les cuenta más o menos en qué consiste cada método empiezan a reducir las opciones en lo que ellas creen que puedan usar. Eso es lo importante, que primero tengan el derecho a la información para que conozcan qué métodos hay, cómo funcionan y qué efectos secundarios pueden esperar de ellos. Hay que hacerle saber a cerca del progreso científico que ha aumentado las opciones anticonceptivas para ir aclarando, y por último, que ella tome una decisión en donde entra el profesional de la salud que con los antecedentes y datos de la historia clínica modifica la decisión explicándole a la mujer el por qué (Entrevista 6).

Lo que influye en la decisión es la disponibilidad y la información que tienes para poder acceder al método. Si tu método está disponible, está accesible, te dan una buena información, tú elegirías siempre un método que tenga mayor eficacia porque eso es lo que dice la evidencia (...) El principal reto de los programas de anticoncepción es una buena consejería en el marco de los DSR. Segundo, tener disponible el método anticonceptivo de elección de la usuaria. Tercero y cuarto, que tenga un personal capacitado. Quinto, que lo ponga en el sitio donde viven las personas, no que hagan a la persona llegar al sitio, o que tengan la posibilidad a un mejor acceso geográfico. (Entrevista 3).

Sin embargo, algunas entrevistadas hicieron énfasis en que la información implica también tener conocimiento de “qué quiero para mi vida, cómo lo quiero, y cuándo” (Entrevista 9). Lo cual requiere un autoconocimiento del propio cuerpo y los propios deseos para la vida. Por lo tanto, si bien la disponibilidad y el acceso a un asesoramiento en métodos anticonceptivos es necesario y constituye un elemento esencial para el ejercicio de derechos, es insuficiente para el ejercicio de autonomía si no se realiza con un sujeto que reconoce sus proyecciones personales. Por lo cual, la relevancia que se le otorga a la capacitación de los profesionales que ofrecen las asesorías para que su atención sea amigable, en el marco del respeto de las libertades y sin juicios, pierde su potencial si carece del componente que proviene del autoconocimiento y la definición del proyecto de vida. La siguiente cita señala la relevancia del proceso de autoconocimiento:

Creo que tienes que, primero, tener suficiente información sobre tu cuerpo. Tú vas a un ginecólogo, y te da una serie de instrucciones, pero nunca te explica por qué esas instrucciones...Entonces, buenísimo, chuleado el tema de acceso a salud: el ginecólogo te da unas pastillas y te las tomas, y ya. La autonomía empieza por entenderme a mí misma, mi cuerpo, y eso creo que es uno de los grandes vacíos que hay también, porque aún existe ese ejercicio de poder sobre los cuerpos en la salud del cuerpo médico (Entrevista 1).

En este orden de ideas, la elección de un método para practicar la anticoncepción, si se toma la decisión de postergar la reproducción, supone considerar la eficacia de los distintos métodos, así como su disponibilidad y accesibilidad -geográfica y económica. Además de esa información, la elección supone que los sujetos tengan claridad de los propios criterios personales que orientan su actitud de cuidado con su cuerpo y su futuro. La toma de decisión constituye entonces el punto de quiebre del ejercicio de derechos. Si se hace con la consciencia de estar haciendo uso de un derecho, protegiendo el propio bienestar y el de los otros, en el marco de lo que es legal y legítimo, en beneficio de un proyecto de vida, significa que hay goce de los derechos.

Una cosa es ver la anticoncepción como un hecho mecánico de ir y buscar un anticonceptivo, que verlo engranado a toda una apuesta política. Nosotros pretendemos que la anticoncepción sea entendida como un ejercicio de politización de la mujer y al ser entendido de esta manera, entra la democracia, todo. Aun así la anticoncepción sigue siendo un medio, el problema es hasta dónde tú pones los medios como fin, tus fines de autonomía, de lucha contra las estructuras patriarcales, tu lucha contra el machismo como la forma más tangible por decirlo así, en fin, la anticoncepción funciona como medio, no como fin (Entrevista 7).

En este sentido, practicar la anticoncepción como acto político de ejercicio de ciudadanía pone de manifiesto que la vivencia de la sexualidad y la reproducción tiene conexidad con el conjunto de los derechos humanos, y que el ejercicio de la autonomía reproductiva se compone del ejercicio de otras autonomías, como la económica o la autonomía sobre el propio cuerpo, frente al proyecto de vida, o frente a la relación de pareja. Es decir, tomar decisiones autónomas frente a la reproducción o la anticoncepción implica desmarcarse de las relaciones de poder que regulan los cuerpos, la gestación, la maternidad y los procesos de toma de decisiones, para que no haya coerción, violencia, prejuicio, estigmatización.

Que la decisión frente a la maternidad y paternidad sea una decisión autónoma, responsable, libre, consensuada, entendida en toda su dimensión, (...) La autonomía está absolutamente asociada a la capacidad de decidir sin coerción, sin coacción, sin violencia, sin prejuicio, sin estigmatización (Entrevista 7).

Así se puede notar una complejización en la comprensión de la autonomía en anticoncepción que va desde el acceso a la información hasta la toma de decisión con base en un proyecto de vida y una apuesta política:

Implica varias cosas: 1 información completa y veraz de lo que es la anticoncepción. 2 tener conciencia de que son derechos individuales, 3 saber que la anticoncepción es un medio y es un derecho inalienable conexo con otros derechos, el derecho a la salud o el derecho a la vida. Entonces ese es el ejercicio autónomo de la anticoncepción, va más allá del mero hecho del uso de anticoncepción y el mero hecho de saber qué es un derecho. Es el ejercicio consciente de ese derecho. Se puede ejercer sexualidad con la pareja sea cual sea la orientación y por lo mismo, se puede negociar el uso del medio pero no del derecho. (Entrevista 5).

Sin embargo, la prioridad contemporánea puesta en la elección, ubica a las mujeres en una posición contradictoria en la que a la vez que son sujetos que eligen, son sujetos que debido a las relaciones de poder existentes, experimentan condiciones que impiden que puedan asumir una opción libre en las decisiones relativas a la sexualidad (Granzow, 2007). Específicamente, las normas de género en un sistema de referencia patriarcal, que establece diferencias jerárquicas entre las personas en función de su sexo, dificultan la vivencia autónoma de la sexualidad y la reproducción (Vargas-Trujillo, 2007). El poder de diversos agentes sociales (como representantes de iglesias, formadores de opinión, autoridades locales, medios de comunicación) para intervenir, legislar, condicionar y regular, limitan que las mujeres tomen decisiones de forma

soberana.

4.2 Barreras para la autonomía en anticoncepción

Durante las entrevistas realizadas con expertos, ellos identificaron barreras para el ejercicio de autonomía que al analizarlas refieren ejercicios de poder que dan cuenta de las asimetrías en las que los sujetos buscan proteger sus derechos y manifestar sus proyectos de vida. En buena medida son relaciones de poder que se configuran en el marco del sistema patriarcal y condicionan la toma de decisiones autónomas, no obstante, también incluyen barreras administrativas e institucionales.

4.2.1 Norma Social

La organización social de las relaciones de género, las diferencias culturales y generacionales, y las variaciones individuales del sentido que se le atribuye a los hechos reproductivos, modelan el comportamiento reproductivo y anticonceptivo de hombres y mujeres, así como las representaciones y prácticas con respecto a la maternidad, la paternidad y la anticoncepción. Particularmente, es importante reconocer la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino que se ha hecho a partir del discurso heteronormativo, ya que constituye uno de los marcos de referencia más relevantes para entender los procesos de socialización en contextos colombianos.

Varios de los entrevistados refirieron “la norma social”, “la cultura”, “los tabús”, como barreras para la toma de decisiones autónomas frente a la anticoncepción. Mencionaron como ejemplos el temor de los padres al inicio de las relaciones sexuales de los jóvenes, y la presión de éstos para asumir roles que se ajusten a las normas de género prevalecientes en su cultura.

Sí, es el origen, el estrato social, el lugar en donde vivo, lo que manejo en mi pequeño grupo social, mi familia, hay barreras propias de la familia, las culturales, la religión a veces niega el acceso a la anticoncepción como cosa de fe, al disfrute de la sexualidad, una cultura en donde los mitos y tabúes de la sexualidad lo impiden, te incrementan las barreras (Entrevista 5).

Las corrientes feministas han denominado heteronormatividad al régimen social, político y económico que ha presentado la heterosexualidad como el único modelo válido de relación sexoafectiva y de parentesco, supuestamente permitiendo el funcionamiento

de la sociedad, al organizarla como un sistema dicotómico y jerarquizado en el que los seres humanos se distribuyen en dos categorías: hombre y mujer (Wittig, 2006). Con este binarismo que apela a las disposiciones anatómicas “naturales” reproductivas, se han ordenado los roles sociales dentro de normas masculinas o femeninas, y se ha construido una homologación de las mujeres al papel de madres. Así, el sistema binario de la diferencia sexual, al tiempo que regula la producción de sujetos e identidades sexuados, administra los cuerpos a través de la ficción de la heterosexualidad reproductiva. Con esto, llega a percibirse como norma que la estabilidad y coherencia social se asegura plasmando en la figura de las mujeres la maternidad, y colocándolas en cierta posición respecto a la realidad social, como “buenas” o “malas” madres (Moreno, 2015). Cabe mencionar que este régimen se ha vivido a través de culturas patriarcales en las que las prácticas sexuales se experimentan como un ejercicio de poder y de dominio, que naturaliza la “responsabilidad femenina” y la “ineptitud masculina” frente a los hechos reproductivos (Mara Viveros & Facundo, 2012).

En tales marcos de referencia se desenvuelven y transforman las relaciones sociales con las que se establecen normas, formas de comportamiento, prácticas, costumbres y actitudes sociales y psicológicas para el ser femenino y el ser masculino. Por lo tanto, el cambio de la histórica organización jerárquica de los roles de género involucra el resquebrajamiento de imaginarios sobre la “función social” de mujeres y hombres, y el anclaje de tal función en un núcleo simbólico vinculado a la reproducción. Ese cambio también se traduce en la creación de otras formas de habitar los espacios denominados público y privado, y ejercer dominio y autoridad por parte de hombres y mujeres en cada uno, realizando indistintamente roles femeninos y masculinos independientemente de las identidades y estereotipos de género.

Pese a que en diferentes grados se vienen generando cambios sociales en los territorios que hagan posible la autonomía para la anticoncepción, aún persisten fuertes valores y prácticas que proscriben las que se consideran conductas reprobables. Las siguientes citas de entrevistas refieren que aunque se han hecho cuestionamientos a la autoridad patriarcal y a la maternidad como valor supremo de la feminidad, ciertos valores tradicionales en los territorios continúan operando como barreras.

Si bien se ha avanzado un montón en anticonceptivos y se entregan anticonceptivos, se median desde el ejercicio de moralidad. Los jóvenes o las personas que inician su vida sexual por ejemplo en el campo son como, si tú vas a una Iglesia y todos te conocen, tú no vas a una consulta de anticoncepción porque la enfermera te conoce y la enfermera dice “tú estás yendo por condones” y todo el mundo se entera que tienes vida sexual activa y eso no puede pasar porque eso es pecado. (Entrevista 10)

Están los servicios disponibles pero en un municipio chiquitico en donde todo mundo sabe quién entra y quién sale del servicio, la gente no va a buscar un servicio de anticoncepción, lo hace cuando ya están enfrentando a un embarazo, cuando ya se han enfrentado al primer susto, pero no para prevenir. (Entrevista 4).

4.2.1.1 Temor de los padres

Según el informe sobre determinantes sociales del embarazo en adolescentes, los padres ejercen “una fuerte presión para que sus hijos asuman roles que se ajusten a la normas de género prevaletentes en su cultura que protegen la reputación de sus hijos y familias del “perjuicio” que producirían conductas no convencionales” (Profamilia, 2018: 16). Así mismo, los entrevistados señalaron repetidamente como una barrera para la autonomía, el temor y la desconfianza de los padres al inicio de las relaciones sexuales de los jóvenes:

Una gran barrera a veces son los padres de los menores de edad que se niegan a pensar que su niño vaya a tener relaciones y hacen una negación y la falta de pronto de confianza desde los jóvenes ante los papás, un muchacho joven no tiene los recursos para pagar una consulta, ni comprar anticonceptivos entonces si no le dicen al papá o alguien mayor que les ayude, no pueden acceder. (Entrevista 2).

Todavía hay patrones de los padres como el de inicio de la sexualidad solo por el temor de los padres a que sus hijos no tienen un vínculo afectivo, eso es tenaz. (Entrevista 5).

4.2.1.2 Feminización de la reproducción y valoraciones de la virilidad

Vinculado a la relación de poder y subordinación determinada por el género, los hombres han podido asumir una despreocupación manifiesta y generalizada sobre la anticoncepción. De acuerdo con Viveros y Facundo (2012), tanto el aborto como la anticoncepción han sido considerados asuntos de mujeres, dejando en la sombra el papel que desempeñan los hombres en estos procesos y el efecto de las desigualdades de género en esta decisión y en esta experiencia.

En un estudio cualitativo sobre perspectivas frente al aborto realizado en Colombia, por ejemplo se analizó las iniciativas en el ámbito contraceptivo y reproductivo siguen siendo generalmente parte de las preocupaciones femeninas y sólo a través de

los distintos espacios y momentos de la convivencia conyugal comienzan a formar parte de las consideraciones masculinas (M Viveros, Gomez, & Otero, 1998). Se analizó que dos elementos relacionados con la indolencia masculina frente a los eventos reproductivos son la escasa participación de los hombres en la anticoncepción y su exterioridad en relación con la asunción de un proyecto paterno. De modo que la percepción de los hombres frente a la paternidad a menudo oscila como una oportunidad de demostrar ante los demás la capacidad viril de engendrar hijos, y la ocasión de expresar públicamente la adhesión al modelo del hombre responsable, capaz de proveer el sustento familiar.

La valoración de la virilidad condiciona los comportamientos reproductivos y anticonceptivos tanto de los hombres como de las mujeres pues por una parte fortalece el imaginario de que la actividad sexual es una de las condiciones necesarias para una relación de pareja, y por otra parte, desempodera a las mujeres que desean negociar la sexualidad y la anticoncepción abiertamente y de manera premeditada.

Si la variante social dice que las mujeres no deben planear su actividad sexual, que la actividad sexual debe ser espontánea, que la actividad sexual planeada es aburrida y que el hombre que sabe que la mujer que planea su actividad sexual es porque es muy recorrida entonces no, pues [eso va a generar] que la va querer para un ratito, para nada más, los estándares sociales (Entrevista 4).

La posibilidad de hablar de estos temas en pareja y de negociar el uso del condón, la capacidad del adolescente para tomar decisiones, los roles que están establecidos en la mujer, qué puede hacer y que no puede hacer en una relación de pareja y, qué puede hacer un hombre, la relación con la familia y el grado de comunicación que hay en la familia, la supervisión que hay, la posibilidad de hablar de estos temas abiertamente y la posibilidad de conseguir apoyo, ya sea por proyección o instrumental que me lleven a mí a un servicio (Entrevista 5).

4.2.1.3 Desconocimiento del propio cuerpo y del otro

Vargas-Trujillo (2007, p. 68) plantea que la forma en la que tradicionalmente se ha hecho la socialización sexual, esto es, a partir de la reducción de la sexualidad a la genitalidad y la diferenciación sexual binaria y jerárquica, se ha impedido que haya una aproximación a la anatomía del cuerpo que permita reconocer el cuerpo como instrumento para la relación consigo mismo y con los demás, que le permite a cada persona disfrutar de la vida y ser feliz. Así, el desconocimiento o la falta de información que hombres y mujeres pueden tener respecto a la reproducción o la anticoncepción está

tan asociado al tabú entorno a la sexualidad que persiste, como a las carencias en cuanto a educación sexual. El tabú se manifiesta en que el tema no se aborde de manera espontánea, sin culpas, vergüenzas o temores y que exista desconocimiento sobre el propio cuerpo. Según la ENDS 2015, de las mujeres entrevistadas solo el 29.2 por ciento reconocieron que el período fértil ocurre entre dos períodos menstruales del ciclo ovulatorio de la mujer, y entre las mujeres usuarias del ritmo como método anticonceptivo, solo el 56.2 por ciento de respondieron correctamente. Por su parte, el 22 por ciento de todos los hombres respondió correctamente, y entre los que usan este método el porcentaje fue de 37.1 por ciento (Profamilia, 2015). Algunas entrevistadas también refirieron haber percibido desde su experiencia profesional, tanto en hombres como mujeres, el desconocimiento del ciclo menstrual, y la falta de relación con el cuerpo.

[Los hombres] no conocen los temas sobre los tiempos del periodo de las mujeres, entonces pues controlar un embarazo no deseado no hace parte de sus responsabilidades. Y muchos mitos sobre el uso del condón. (...) No se les pasa por la cabeza la relación entre el uso del condón y las ITS, y el VIH. Hay un pequeño % de hombres de los que entrevistamos que tuvieran claridad frente a eso, que, si son hombres de ciudades y de estratos altos, pero no te voy a decir que son la mayoría de los hombres de ciudades y de estratos altos (...) Esto no es un tema de acceso a educación, es un tema cultural muy complicado. Tabú total (Entrevista 1).

La falta de entendimiento de los procesos biológicos yo creo que es lo principal que limita esa autonomía. No recuerdo en qué grupo focal estábamos hablando de la menstruación como tal y me preguntaban en qué momento puedo quedar embarazada, o hablando del conocimiento del periodo fértil, "¿si yo tengo relaciones un día antes de que me llegue la menstruación puedo quedar embarazada?" (Entrevista 9).

4.2.2 Asimetrías en la relación de pareja

La autonomización de la sexualidad en relación a su función reproductiva y el reconocimiento del rol de la sexualidad en la construcción del sujeto, han sucedido en el marco de transformaciones demográficas, sociales y culturales que han estado también asociadas a la búsqueda de relaciones de pareja más igualitarias (Carmona, 2011). El interés en disminuir las asimetrías de poder en las relaciones de pareja hace parte de la búsqueda de relaciones basadas en igualdad sexual y emocional entre los sujetos, donde haya negociación de los intereses individuales. En estas transformaciones, impulsadas por ideales de libre elección y negociación interindividual, la anticoncepción constituye un elemento en juego importante.

Los discursos de igualdad, democratización y de reciprocidad en relación a la sexualidad en una pareja, al desafiar las nociones en las que la sexualidad está principalmente asociada a la procreación, también movilizan la idea de que la sexualidad debe ser mutuamente satisfactoria. Se le ha llamado “doble estándar de moral sexual” a la tendencia cultural a pensar las sexualidades femenina y masculina como diferentes en esencia, según lo cual se valida la búsqueda de experiencias y parejas en los hombres, y el recato, la pasividad y la negación de sus deseos sexuales en las mujeres. El doble estándar de moral sexual hace parte del modelo sociocultural que se ha llamado “masculinidad hegemónica”⁴, y que ha contribuido a que las relaciones entre los géneros sean inequitativas, jerarquizadas y restrictivas de la autonomía de las mujeres.

Si bien ha habido transformaciones en las desigualdades de género que han contribuido a la apropiación de discursos más igualitarios en relación a la sexualidad y a relaciones de pareja, diversas prácticas, discursos y subjetividades de género coexisten con concepciones más conservadoras, variando según los contextos socioeconómicos y culturales. En discusiones internacionales se ha dicho que en los sectores más altos, supuestamente, con un mayor nivel de individualización social, se observa más autonomía y mayor posibilidad de negociación en las formas de vivenciar la sexualidad (Carmona, 2011). No obstante, la ENDS 2015 indicó que para Colombia, el contexto sociocultural según regiones puede ser más determinante que el nivel de ingresos para comprender las dinámicas de autonomía según género.

La ENDS 2015 (Profamilia, 2015), al indagar en la participación de las mujeres y los hombres en la toma de decisiones importantes en sus hogares, aportó datos relevantes sobre la vivencia de la autonomía en el país. Por una parte, las preguntas realizadas permitieron ver que, según el tipo de decisión, las mujeres tienen mayor o menor grado de autonomía. Las mujeres reportaron que en las decisiones sobre la salud eran más autónomas (36.4% de las mujeres), y que el tema de las relaciones sexuales es en el que las decisiones se consultan más con la pareja (37% de las mujeres). Por

⁴ La masculinidad entendida como proceso social y subjetivo sobre las múltiples formas de ser hombre, y la masculinidad hegemónica como aquella en la que se destaca como característico de lo masculino, entre otras cosas, el rol de proveedor, la autoridad y la virilidad entendida en términos de potencia sexual, capacidad penetrativa y acceso a distintas mujeres.

otro lado, la encuesta indicó que solamente la participación de las mujeres es sistemáticamente inferior cuando pertenecen al quintil más bajo de riqueza, pero en términos territoriales, es significativo que en Bogotá es donde las mujeres reportan mayor frecuencia de participación en comparación con el resto de regiones en todos los tipos de necesidades.

Por subregiones se identificó un patrón territorial más o menos claro en relación con la participación de las mujeres en las decisiones acerca de su salud: las mayores frecuencias se observan en las grandes ciudades, mientras que hay menor participación en subregiones de las costas Atlántica y Pacífica. En términos generales, en la región Atlántica, es donde las mujeres reportan menor frecuencia de participación en todos los tipos de decisión. Y la menor autonomía (las decisiones tomadas solo por el esposo), fue más frecuente en departamentos de la región Atlántica y de la Orinoquía y Amazonía.

Adicionalmente, otro aspecto que condiciona asimetrías de poder en las relaciones de pareja es la diferencia de edad de la mujer con la pareja padre del hijo e hija. De acuerdo con la ENDS 2015 la asimetría se refleja en la negociación en pareja sobre temas de sexualidad, toma de decisiones, planes de vida, como también aspectos de desigualdad de género: a mayor la edad del hombre con respecto a la edad de la mujer, mayor la asimetría de poder desfavorable a la mujer y mayor la desigualdad de género (Profamilia, 2015). Así, al analizar el embarazo en adolescentes, la encuesta señala que el 4.6% de las adolescentes madres era por lo menos 20 años menor que la pareja padre de la hija o el hijo al momento del nacimiento del hijo e hija; el 19.5% era por lo menos 10 años menor; y el 44.6% era por lo menos 6 años menor.

Así mismo, en las entrevistas realizadas con expertos se resaltó que, según su experiencia, la decisión frente al método de anticoncepción la mujer todavía la hace en función del hombre. Algunos de ellos expresaron que persisten representaciones y prácticas que reflejan el doble estándar de la moral sexual, caracterizada por una concepción de la sexualidad masculina como ilimitada, que contrario a la femenina, no requiere de control; así como representaciones sobre la maternidad y paternidad que condicionan las dinámicas de las relaciones de pareja.

Todavía vemos en nuestras abuelas [que cuentan] "qué bueno, mi esposo no me dejaba", que el hospital le decía "no le vamos a hacer la ligadura de trompas hasta que no tengamos la firma de su esposo". Esto teóricamente no debería ocurrir, pero vemos mujeres que están unidas -no necesariamente casadas- pero viven en convivencia con una pareja, que sea su pareja el que le de permiso de utilizar algún método (Entrevista 2).

Hay todavía un grupo de mujeres que infortunadamente tienen un nivel educativo menor, o menor ingreso económico y a veces son víctimas de violencia psicológica por parte de sus parejas porque más o menos darle un hijo es una forma de sellar la continuidad de la relación. Entonces había mujeres con tres hijos que solicitaban ligadura de trompas y su relación se acababa y al iniciar una nueva buscaban con afán revertir la ligadura (Entrevista 6).

Según la percepción de algunos, las mujeres en un contexto tradicionalmente patriarcal no han sido formadas para negociar, por lo cual resultan "pidiendo permiso", en lugar de hacer ejercicio de derechos. Al respecto, cabe mencionar un estudio cualitativo realizado en Chile, en el que mediante entrevistas semiestructuradas con hombres y mujeres se indagó sobre la "negociación sexual" en la pareja, registrándose que, en general, si bien las mujeres sienten que pueden expresar más libremente que antes sus necesidades y sus deseos, los entrevistados conversan muy poco acerca de las condiciones de su sexualidad con sus parejas. Se refirió que en las experiencias de negociación existen diferencias relacionadas con las condiciones materiales que contextualizan la relación, tales como las responsabilidades asignadas a las labores domésticas y al cuidado de los hijos, al nivel de involucramiento en el trabajo remunerado, a la contribución económica al ingreso familiar. Finalmente en el estudio se afirma que la cantidad de hijos y el momento propicio para los embarazos son los únicos temas que los entrevistados conversan en pareja (Carmona, 2011).

4.2.3 Profesionales de la salud

Varios de los entrevistados señalaron que los posicionamientos ideológicos y las representaciones de género de los profesionales de la salud pueden operar como barreras para la práctica de autonomía en anticoncepción. En palabras de Carme Valls-Llobet (2009: 16), "la historia de la Medicina no escapa de los sesgos patriarcales de las otras ciencias". Cobra importancia recordar, como lo hace la citada autora, que el primer modelo de estudio de la medicina planteaba que las enfermedades no tienen sexo y se suponía que al estudiar a los hombres ya se estaba estudiando a las mujeres, menos en el embarazo y el parto. No obstante, a partir de los años 70 y 80, cuando se comenzó a

plantear que los problemas de la salud eran fundamentalmente sociales, también comenzó a señalarse que la salud de las mujeres dependía de problemas sociales y culturales, incluidas la discriminación y la violencia que sufrían. Entonces, poner de manifiesto la existencia de diferencias en el modo de enfermar entre hombres y mujeres, permitió visibilizar la desigualdad que subyacía en los estereotipos de género con los que se había excluido o sesgado la atención sanitaria en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de las mujeres, o que sus síntomas fueran confundidos, minimizados o no bien diagnosticados (Valls-Llobet, 2009).

Es importante tener en cuenta que las inequidades de género en el proceso salud-enfermedad no solo se manifiestan en la presencia de enfermedades o eventos negativos como la violencia (doméstica, sexual, etc.), sino que también los significados sociales atribuidos al ser hombre y ser mujer determinan diferentes posibilidades de acceso a los recursos de atención sanitaria (Draghi, 2010). Así, las diferencias e inequidades de género en el campo de la salud se manifiestan tanto en los roles asignados a hombres y mujeres en las responsabilidades de cuidado, prevención y recuperación de la salud, como en las formas como se han establecido los sistemas de salud privilegiando o invisibilizando la prevención y atención de unas y otras condiciones. Por ejemplo, los roles de género tradicionales establecen que las mujeres son cuidadoras de la salud familiar, brindando atención a la salud de los hijos e hijas antes que la propia. En cuanto a los programas y servicios de salud que atienden a las mujeres, se enfatizan los factores biomédicos relacionados con su ciclo reproductivo, privilegiando y naturalizando el rol reproductivo y materno asignado a la mujer.

Estas representaciones fueron relatadas en las entrevistas cuando los expertos hacían observaciones críticas respecto de los profesionales de la salud que hacen la oferta de anticoncepción en función de la maternidad sin demostrar apropiación de los discursos de derechos y de género:

Sigue habiendo ginecólogos y urólogos que le dicen a las mujeres y los hombres que si no tiene más de 30 años no pueden hacerse el pomey o la vasectomía, pero la ley colombiana no es la que lo evita; la ley colombiana desde el 2010 -1214 de 2010- permite la vasectomía y el pomey en mayores de 18 años. Hay un desconocimiento de la norma, pero dado por la misma cultura, por la creencia de que los hombres y las mujeres nacimos para ser padres y madres, entonces si tú no has cumplido con ese deber sagrado

no puedes hacerte una cirugía de esterilización definitiva, aun siendo mayor de edad, y aún tengas esto por ley consagrado, pero en la creencia del profesional de la salud que no ha estado en contacto con el tema de derechos, todavía le pesa más la cultura. Todavía falta hacer más difusión de estos temas de derecho y de género en los profesionales de la salud; en las universidades todavía no está permeado (Entrevista 3).

La gran mayoría de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva están centrados en la maternidad, ya sean para tenerla o no tenerla, pero cuando estás embarazada y no es un embarazo deseado es todo ese vínculo del rol femenino y la maternidad, eso es absolutamente permanente en la cabeza de las mujeres y está absolutamente inserto en los cerebros de los prestadores de servicios, y romper eso también es una tarea estructural-cultural (Entrevista 1).

De modo que la atención ofrecida por los profesionales de la salud puede restringir la experiencia de autonomía ya que está mediada por representaciones de género donde la maternidad aún constituye un valor social supremo:

La atención de anticoncepción es en función de la maternidad, no en función del proyecto de vida...Que parte del proyecto de vida es la maternidad, es otra cosa, pero te dicen: "si no quiere quedar embarazada, tómese esto", pero no preguntan sobre el proyecto de vida: las proyecciones sobre los estudios o las proyecciones de pareja. No es esta idea holística que tú dices, que pasa por mis condiciones de vida ¿qué quiero tener yo? ¿qué tengo? ¿dónde vivo? y si estoy en capacidad de apalancar la vida que tengo con o sin hijos (Entrevista 1).

Adicionalmente, los expertos plantearon que dadas las parcialidades e ideologías de los profesionales, es válido preguntarse en un consultorio quién toma la decisión:

El acierto de la Política es decir que las mujeres tienen el derecho a decidir, que eso es lo que les cuesta mucho a los profesionales. Yo te estoy hablando de la clínica que es lo que he visto. Dicen, "mira, yo te aconsejo que esta es la mejor". Oye no, espérate un momento, está toda esta oferta y la mujer decide, la mujer tiene el derecho a decidir en la neutralidad (...) La cuestión es que quienes operan el modelo lo frenan por sus actitudes. (...) Como profesionales no hacen asesorías, yo los he escuchado decir "aquí todas planifican con tal, yo prefiero que planifiquen con tal". ¿Qué pasa con el DIU? Se promueve desde la evidencia, desde la clínica, la inserción del DIU, pero dicen "no, es que eso es abortivo, nosotros no lo podemos poner, yo no sé poner el DIU y me da miedo" (...) Hay un miedo profundo [de parte de los profesionales] y ese es el método más costo efectivo, es el método de excelencia por política nacional. No es que yo le esté haciendo propaganda al DIU es que es de los más costo efectivos porque si tú no tienes para tu inyección mensual el DIU te dura de 8 a 10 años si vas juiciosa a los controles anualmente para que no se vaya a desubicar. No se sale, sino que se desubica del útero. Entonces lo profesionales no saben eso y estigmatizan un poco lo métodos. Entonces dan a su conveniencia.

(...) En la Guajira, por ejemplo, en Fonseca tenían 3.500 preservativos en la bodega de los cuales no entregaban ninguno. Y uno preguntaba, por qué no entregaron los preservativos, "ah no doctora es que eso aquí no se usa". ¿Cómo así que eso aquí no se usa? ¿cómo estamos de Sífilis aquí? Las enfermedades que ya se habían erradicado, como la sífilis congénita, que ya no existía, ha reemergido y es todo un tema de infecciones de transmisión sexual. Cómo así que no entregaron ni un solo preservativo

de los 3.500 que llegaron si se supone que por cada consulta de planificación se le dan 15 preservativos a cada mujer y cada hombre que llega. "Doctora es que esos son muchos preservativos y eso es promover que los muchachos tengan mucho sexo y eso no se puede hacer porque es que la religión...", y aparece el evangélico y tal iglesia, es todo un tema coercitivo de la relación sexual especialmente para las mujeres jóvenes. Entonces, no hay preservativos, no hay anticonceptivos entonces lo más seguro es un embarazo y si esta mujer no quiere tener un embarazo hay un aborto inseguro porque tampoco te dan acceso a la IVE a pesar de que está en la Política. Hay municipios donde hay un hospital, pero todos se declaran objetores de conciencia cuando eso no puede pasar. No hay acceso a la IVE. Entra todo un ejercicio de mediar las moralidades que en los territorios se exacerban y es como decir "lo mejor que puedes hacer es tener a tu bebé y si no lo quieres hacer lo damos en adopción" (Entrevista 10).

Por otra parte, los entrevistados también destacaron el rol de las farmacéuticas en la práctica de autonomía frente a la anticoncepción pues debido a su poder económico y político, desplegado mediante estrategias de mercadeo, logran restringir la oferta de métodos y la toma de decisión de las personas.

Estamos atados sí o sí al esquema de las farmacéuticas, entonces a la venta de "este tiene menos hormonas y le hace menos daño" esas elecciones que finalmente son a ciegas, porque se las dice a uno un médico que recibe incentivos de un laboratorio. Son decisiones que dependen de la estrategia de mercadeo que tenga el laboratorio que vende el método anticonceptivo (Entrevista 1).

Esto es algo que ni tu ni yo vamos a resolver porque está dentro de la mafia de las farmacias y farmaceutas porque quienes promueven los métodos tienen también su casado con lo público. Entonces hay varias marcas, pero al final en Colombia solo hay dos marcas potentes (Entrevista 10).

Otra observación relevante fue la percepción de que la autonomía de las mujeres está condicionada por las capacidades y experticia de quienes directa o indirectamente acompañan el proceso de toma de decisión frente a la anticoncepción. Por una parte, se mencionó que algunos profesionales no tienen suficiente conocimiento sobre los métodos actualmente disponibles, o no están capacitados para brindar asesorías con una comunicación efectiva que permita que las mujeres comprendan las opciones disponibles y los efectos secundarios de cada una. Por otra parte, se criticó que en las consultas de anticoncepción no se promociona ni entrega el método de anticoncepción de emergencia.

Yo sí creo que muchas veces toman las decisiones los médicos, la enfermera, el señor de la farmacia, por uno y eso es gravísimo. Porque a veces, al señor de la farmacia llega el visitador médico y le dice "esto es buenísimo" y el señor vuelve y repite la misma pendejada sin saber que la otra lo que en realidad necesita es algo que no tenga tantas hormonas (Entrevista 1).

No sólo los que la EPS le da o los que el médico le diga que están disponibles, o los que el médico sepa poner -porque a veces los médicos no saben poner el implante, entonces sólo le ofrece la pastilla o la inyección-; que el servicio esté mucho más en sintonía con los cambios de comportamiento sexual. Influye el ginecólogo, entonces él está permeado por la industria, y te receta el que no está en el POS (Entrevista 3).

Las mujeres que tienen la posibilidad de comprar la anticoncepción de emergencia, porque como no tiene a nivel público -de las EPS, IPS, del sistema de salud- no hay tanta promoción de la anticoncepción de emergencia, se hace más a nivel privado y de farmacia, pero no te la entregan. No te entregan, ni promocionan el método de anticoncepción de emergencia en tu consulta de anticoncepción, a pesar de que está escrito (Entrevista 3).

Específicamente el lenguaje se mencionó como otra de las barreras de las que los profesionales de la salud son responsables, por un lado, porque puede ser un lenguaje experto que la población no conoce y con esto se cierra la posibilidad de preguntar, dialogar, y que haya toma de decisiones informadas. Por otro lado, es un lenguaje con el que se reproduce el ejercicio de poder clásico de la medicina que ejerce una mirada externa sobre el propio cuerpo sin potenciar el autoconocimiento y la comprensión de los procesos biológicos.

Otra de las grandes barreras es la desinformación de la que hablábamos antes en términos del conocimiento de mi cuerpo, del conocimiento de los métodos...Qué implica usar este método u otro, y eso también tiene que ver con otra barrera que es poderle preguntar al médico. Este señor o señora está tomando decisión sobre mi cuerpo ¿por qué yo tengo miedo a preguntarle también? como si hablara dios también, "no le pregunto porque este es el que sabe" y la que yo sí sé soy yo, yo llevo cargando este cuerpo 40 años (Entrevista 1).

Por lo regular cuando se pone el DIU hay hemorragias severas, como el primer mes, y se descontrola un poco el periodo, aumentan las hemorragias y puede doler un poco pero no hace parte del efecto causal, después se regula y los profesionales no saben eso ¿y qué es lo más práctico? Los yadeles para las chicas, y eso es lo que solicitan, "es que yo quiero barritas". ¿Pero sabes que las barritas pueden tatata? No, nunca me dijeron eso, no tenía ni idea. Pero ya a los 4 años de haber iniciado se suben de peso un montón por el exceso de hormonas, claramente se descontrolan todos los ciclos, hay amenorrea, en la mayoría de niñas menores de 20 años se bajan de peso enormemente, emocionalmente es una cosa impresionante, hay temas de histeria, de rabia, de depresiones muy fuertes y todos van asociados con las plaquitas, pero nadie le dice eso a las chicas pero ellas terminan mamadas, luego de cuatro años de una vida muy descontroladas emocionalmente y hormonalmente (Entrevista 10).

4.2.4 Barreras institucionales

A nivel institucional y administrativo también se identificaron barreras para la autonomía que, así como están relacionadas con la forma en que está estructurado el sistema de salud, tienen que ver con valoraciones culturales sobre la sexualidad que

dificultan que la autonomía en anticoncepción se aborde en sectores diferentes al de salud, para así implementar a cabalidad la Política Nacional.

4.2.4.1 Falta de interés institucional en el tema

La importancia otorgada a la anticoncepción en ámbitos públicos y comunitarios externos al sector salud es escasa, explicándose a partir de un entramado de valoraciones culturales e intereses ideológicos, políticos y económicos en el cual se formulan e implementan las políticas públicas.

Si a un solo sector le asignamos los recursos pues difícilmente los otros sectores se ven obligados a participar activamente. Pero si tenemos una comprensión integral del fenómeno y sabemos que a salud le compete arreglar ciertas partes de ese problema, unos determinantes particulares, que al Bienestar Familiar otros determinantes, educación otros, a cada quien le damos recursos para atender con su obligación... si hacemos un análisis global de la situación a cada uno le vamos a dar recursos para atender con su obligación (Entrevista 4).

Yo en algún momento vi estrategias del ministerio sobre salud sexual y había unas cartillas para jóvenes impresionantes pero las barreras que tienen a nivel local son muy grandes. Por ejemplo, en Girardot yo traté de hablar con una Universidad, que tiene algo que se llama como la unidad amigable, que el objetivo es la disminución del embarazo, maternidad y paternidad temprana. Hablé con ellos, me dijeron, aquí vinieron del Ministerio, nos capacitaron y dijeron un montón de cosas que podíamos aplicar, pero por ejemplo en los colegios muy religiosos no quieren que nosotros demos cosas de sexualidad porque eso es promover la sexualidad entre las niñas. Entonces hay muchas cosas que están puestas sobre el papel, pero no se articulan con las instituciones para que sean receptores de este tipo de acuerdos, leyes, decretos, demás. (Entrevista 9).

4.2.4.2 Falencias del Sector Salud

Ahora bien, dentro del sector salud la falta de interés en el tema de anticoncepción se evidencia en el desabastecimiento de métodos anticonceptivos que ocurre en los territorios y en los itinerarios administrativos que deben realizar las personas para acceder a los métodos mediante la atención del sistema de salud. Dos de las entrevistadas hicieron énfasis en que son pocos municipios los que pueden cumplir con el proceso completo que abarca la asesoría, la elección y la administración del método anticonceptivo. De modo que, aunque se han hecho esfuerzos por disminuir los costos de los métodos anticonceptivos y asegurar su gratuidad dentro del sistema de salud, el acceso efectivo a éstos sigue estando obstaculizado.

Las mujeres que están en el campo, en las zonas más apartadas de Colombia, por ejemplo, en los 25 espacios de capacitación y reincorporación, qué pasa allí, las mujeres

tienen una oferta de un método, la inyección, solo hay una inyección mensual o una inyección trimestral, eso para quienes logran acceder al servicio porque por contratación y facturación hay toda una fragmentación del sistema que es la mayor dificultad que tiene el sistema de salud y es que por ejemplo en Buenos Aires, Cauca la mujer va a su cita de planificación familiar, la atiende la enfermera, le dice los métodos hormonales que existen, está la inyección mensual, las hormonas pasan y hacen esto, tatatata... Esto cuando puedes acceder a la asesoría porque regularmente no se hace la asesoría. Están los implantes, te duran tantos años, no les avisan a las mujeres que hay amenorrea. Está el DIU, pero el DIU no se oferta porque se tiene la moral y la creencia para los profesionales que es abortivo entonces no se oferta. Hay dos tipos de DIU que supuestamente la EPS cubre, pero la T de cobre no se oferta porque es el método más barato, una T de cobre vale 2 dólares y te dura de 5 a 8 años si vas a tus controles regulares y si la inserción fue adecuada. Resulta que las mujeres dicen “listo, me gusta esta”, pero dicen “tenemos un problema y es que la IPS, que es el hospital público, en este caso las ESEs no la podemos administrar porque la EPS no tiene contratada la administración de los métodos con nosotros, entonces ponen a la mujer a ir a la EPS a conseguir una autorización para conseguir su inyección o sus pastillas. Estas mujeres tienen que ir a la EPS, pedir una autorización y la EPS tiene el contrato con una droguería entonces van hasta la farmacia y ahí les administran su método, en el Puesto de Salud o en la ESE. Entonces es un itinerario de burocracias que lo que hace es que las mujeres no puedan acceder a sus métodos (Entrevista 10).

Para mí sigue siendo prioritario que el gobierno venga a entregar al menos los métodos anticonceptivos que son más costosos, pero que tienen mejor adherencia al uso, y que tienen mejor evidencia disponible de que funcionan para poblaciones más vulnerables, como las y los adolescentes. Porque la EPS tiene todas las barreras de acceso para los métodos, por ejemplo: una EPS en Cartagena que tiene el acceso a métodos anticonceptivos de larga duración, sólo entrega el implante subdérmico, no entrega el DIU con levonorgestrel que es otro de los que se puede entregar y que también tiene buen impacto. Pero en Santa Rosa de Osos no entregan ninguno porque no hay quién lo ponga y al gerente del hospital de allá le parece muy costoso entregar el método anticonceptivo. Ese implante que vale 165.000 pesos en condiciones normales, para colocarlo en Santa Rosa de Osos, la EPS lo paga en 280.000 o en 350.000 pesos porque tiene que llevar la mujer de Santa Rosa de Osos a Cartagena para que le pongan el implante, entonces deja de ser gratuito. (...) Cuando tú tienes que pagar un medio de transporte que te vale más que ir a recibir el servicio, y cuando la EPS no lo provee y lo deja a cargo del usuario, entonces ¿qué crees que va a suceder? (Entrevista 3).

Adicionalmente, reconocieron como un indicador de la poca relevancia dada a la anticoncepción en las instituciones prestadoras de salud, el hecho de tratarla como una “cita de segunda”, y no darle importancia al seguimiento del uso que las personas hacen de los métodos anticonceptivos.

En las EPS si una mujer llama a pedir una cita debe esperar al 1 de cada mes para atenderla y cuando es de anticoncepción hay que darla ya porque la mujer puede quedar embarazada esperando el 1 del mes (...) Son muy pocas las organizaciones que facilitan el acceso al método anticonceptivo, infortunadamente en las EPS e IPS la anticoncepción es escasa. No se deberían poner barreras para agendar citas, [es necesario] que la anticoncepción no sea una consulta de segunda, que el programa sea tan importante como el del hipertenso, el diabético, y que no sea la agendita del miércoles para ese consultorio del rincón (Entrevista 6).

Si tú les das la información a las mujeres de todos los métodos y de los efectos secundarios adversos de estos métodos, las mujeres pueden tomar una elección. Pero las mujeres no están eligiendo, eso es un decir de la política, ellas se están acomodando a lo que el servicio les da y lo que pueden tener. Lo que está disponible. Entonces adherencias no hay, un mes consiguen una inyección y al otro ya no. No hay seguimientos de estas mujeres que por ejemplo en las jornadas recibieron la inyección, pero no sabemos si el siguiente mes pueden acceder a la inyección. No hay seguimientos porque también es incontrolable. (Entrevista 10).

Con todo esto, es posible ver que las mencionadas falencias administrativas del sistema de salud reproducen que la anticoncepción se viva como acceso a un servicio de salud en el que media lo burocrático y lo económico, más no como ejercicio de un derecho. Por esto, si los profesionales de la salud no son capacitados para llevar a la práctica el discurso de los derechos sexuales y derechos reproductivos, continuarán contribuyendo a la medicalización de la anticoncepción.

Yo creo que hay unos mínimos y es que los profesionales se capaciten, que el Ministerio capacite a todos los profesionales. Hay una alta rotación de profesionales en todos los municipios de Colombia. Hoy está tal persona, pero ya mañana o dentro de dos meses ya no está y llega una nueva que no tiene ni idea, entonces lo que una avanzó en el tema, toca a los dos meses volver a reiniciar. Hay muchos vacíos porque hay muchos profesionales que llevan mucho tiempo, o rurales, que hasta ahora están iniciando, y no tienen esa capacitación (...) Es muy particular porque son enfermeras y médicos con miedo de hacer procedimientos en anticoncepción, entonces, ¿qué es lo más fácil? Poner una inyección (Entrevista 10).

Finalmente, sortear los retos logísticos y administrativos para asegurar las condiciones para la autonomía frente a la anticoncepción puede plantear contradicciones como la que relató una entrevistada haciendo referencia a la aplicación del lineamiento sobre la promoción de anticoncepción post evento obstétrico:

Hace poco estuve en una misión en Puerto Inírida y a todas las mujeres que tenían sus hijos, yo les pregunté si estaban planificando y me respondieron que sí, "claro, todas tenemos el yadel". Yo les pregunté que quién se los puso y dijeron que el hospital se los puso. Todas tenían el mismo método, y yo me pregunto ¿te asesoraron? ¿te dijeron que ese era el único que existía? (...) esas sí son políticas de regulación de la fecundidad, y está perfecto, pero dónde queda la elección de las mujeres si son mujeres que no hablan la misma lengua, que tienen otras visiones de vida (Entrevista 10).

Ahora, es fundamental señalar que las barreras que los entrevistados refirieron y que acabo de sintetizar, están condicionadas por los determinantes sociales de la salud que ellos mismos identificaron: la pobreza, la educación. De acuerdo con el informe sobre determinantes del embarazo, la maternidad y la paternidad en la adolescencia, la permanencia en la escuela es el principal factor protector del embarazo adolescente, a

nivel de determinantes intermedios y estructurales (Profamilia, 2018). Y en general se mencionó que así como el embarazo en adolescentes puede ser explicado en un 80% a partir de la pobreza y el área de residencia (zonas rurales), la principal estrategia que se debe implementar para la prevención son las iniciativas educativas como el Programa para Educación Sexual y la Construcción de Ciudadanía, ya que contribuyen a promover cambios favorables para la equidad de género, construcción de relaciones igualitarias y transformación de los estereotipos de género. Esto tiene relación con observaciones de los expertos, que señalaban que para que haya autonomía debe haber procesos educativos integrales que permitan desarrollar procesos reflexivos que generen conocimiento y apropiación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Las mujeres con menor nivel educativo tienen menos oportunidades de leer y comprender información sobre los efectos secundarios y entenderlos, entonces eso hace que ellas se sientan inseguras y estén más expuestas a todos los preconceptos y los prejuicios que haya sobre eso. (...) Tenemos que hablar de determinantes sociales, entonces el primer determinante social es el estructural: la pobreza, la falta de oportunidades, educación, las barreras geográficas. Las barreras geográficas son muy importantes para acceder a métodos y servicios de Salud Sexual y Reproductiva para muchas de las mujeres y para hombres (Entrevista 8).

4.3 Retos

4.3.1 Educación Integral para la vivencia de sexualidad responsable

La mayoría de los entrevistados señaló que el principal reto para que haya autonomía reproductiva es que se realicen transformaciones en los procesos de socialización con los que aprendemos desde la infancia a relacionarnos con la sexualidad. En primera medida, para superar la reducción de la sexualidad a la genitalidad, y en segunda medida, para comprender que la vivencia de la sexualidad es intrínseca a la manera en que nos proyectamos hacia la vida como sujetos y construimos nuestras relaciones sociales. Esto permitirá transformar las maneras en que nos relacionamos con nuestro propio cuerpo, nuestra identidad, nuestros roles sociales y nuestra forma de relacionarnos con los otros.

En particular dos entrevistadas enfatizaron en que debe haber transformaciones en la educación que permitan que exista educación integral desde la infancia para que nos formemos como sujetos autónomos, lo cual quiere decir, sujetos que reconocen su

identidad y desde ese lugar de auto-reconocimiento toman decisiones que les ayudan a alcanzar las metas que se han propuesto, contribuyendo a su bienestar y sin afectar a otros. En ese sentido, la práctica de anticoncepción es tan solo una manifestación de la autonomía con la que se vive el resto del proyecto de vida, es tan solo un medio para garantizar que la vida se orienta de acuerdo con las convicciones propias.

En este momento la vivencia autónoma de la sexualidad no se da porque la vivencia autónoma de la sexualidad significa conocer, tomar decisiones con base en ese conocimiento y con base en criterios personales y ser consciente de las implicaciones que tiene esa decisión para mí y para mi pareja, para todos, incluyendo la sociedad (...) ese ejercicio de la autonomía pasa por unos conocimientos pero también por tener una actitud frente a mi cuidado, el cuidado del otro y el cuidado de la sociedad en general, y también el desarrollo de una serie de habilidades. Hay unas que son de orden individual, hay otras que son de orden interpersonal y otras de orden contextual. Pero lo individual tiene que ver con tu identidad y con ¿Quién eres tú? ¿Cómo te defines? Lo último es la anticoncepción que es un recurso de protección. Tiene que haberse dado todo lo anterior para que yo esté consciente de que no quiero un embarazo, de que además lo hablamos y que no vamos a embarazarnos, entonces vamos a buscar un método (Entrevista 4).

Como lo narró la entrevistada, las condiciones que requiere la vivencia autónoma de la sexualidad involucran una ruptura en la comprensión que tradicionalmente se ha tenido de la sexualidad. La Política de 2014 apunta hacia ese propósito de concebir la sexualidad como una dimensión vital con la que nos configuramos como sujetos pero donde la actividad sexual es tan solo un elemento.

Entonces [se habla sobre] la educación de la sexualidad para evitar embarazos, la educación sexual para evitar la interrupción voluntaria del embarazo, para evitar las infecciones. ¡No! la educación de la sexualidad [debe ser] para promover el bienestar de mujeres y hombres o relaciones más equitativas. Entonces la [barrera] fundamental es la conceptual y lo muestra la encuesta nacional de demografía y salud. Solamente el 25 por ciento que participó en la encuesta de hombres y mujeres definen la sexualidad como una dimensión de la identidad, todos los demás la siguen definiendo como actividad sexual. Eso hace que yo no quiera hablar en preescolar del tema. Que solamente piense en actividad sexual lo que se hace en la cama (Entrevista 4).

En este sentido, formar individuos que tomen decisiones autónomas supone ampliar la población objetivo de la Política, pues si bien actualmente ésta dice estar orientada hacia todos los sujetos, en su implementación se ha focalizado en los adolescentes, y en palabras de la entrevistada, “el adolescente es el resultado de lo que ya pasó en la primera infancia y en la niñez” (entrevista 4). Por lo cual, pese a que la apuesta en los adolescentes es generar cambios generacionales, la aproximación que se logra con ellos se restringe a temas directamente relacionados con la actividad sexual,

como son la anticoncepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual. Además, otro entrevistado refería que lograr la educación integral de la sexualidad desde el preescolar permitiría resultados como la prevención de violencia en menores de edad: “un niño de la primera infancia que ha sido educado sobre su cuerpo y el manejo de su cuerpo, las partes privada o individuales, el espacio corporal, quien es mi soporte para que mi cuerpo sea cuidado, corre menos riesgo de ser víctima de abuso sexual y de ahí para arriba” (entrevista 5). Esto significa que los tomadores de decisiones, que involucran ya no solo quienes formulan la política sino quienes la implementan en los diferentes niveles sociales y comunitarios, deben tener claridad y coherencia conceptual.

Eso no se da de la noche a la mañana porque me pongan a mí todos los días a ver videos. El desarrollo de la autonomía comienza el día que nace el bebé, con todo lo que va haciendo y por eso los papás deben estar involucrados en el proceso, la familia como van creando condiciones para que el niño poco a poco vaya tomando sus propias decisiones hasta que el adulto haya desarrollado esas capacidades. Es un trabajo continuo de largo plazo, sistemático de la familia del contexto escolar de la comunidad y del Estado. Es, como te digo, un cambio cultural que pasa por un trabajo desde las familias, desde la escuela, continuado, coherente (Entrevista 4).

El reto de la educación integral para una vivencia autónoma de la sexualidad, significa entonces, en palabras de una de las expertas, un cambio de cosmovisión. Lo cual involucra decisiones y acciones en todos los ámbitos de lo público y lo privado para facilitar un entorno en el que los sujetos podamos reflexionar y tomar decisiones acordes.

[Actualmente] la educación sexual está centrada en el uso de métodos anticonceptivos y no en la construcción de un proyecto de vida. Es una tarea de los colegios, (...) es un tema de socialización, perdón que lo ponga así tan práctico, pero los chinos se enseñan a montar en patineta, ninguno le dice al otro dónde comprar un condón, a menos que sea una cosa que hacen a escondidas y no con la tranquilidad que lo haría un skater para enseñar cosas (...) eso tiene que empezar a permear la vida cotidiana. No puede ser un asunto que las mujeres se preguntan cada vez que no les llega la menstruación, o los hombres en algunas de sus relaciones sexuales. No puede estar vinculada a un momento específico, ni puede estar vinculado únicamente a la reproducción. En esa medida, debería ser parte de la educación vital de la gente (Entrevista 1).

Hay que cambiar la cosmovisión sobre la sexualidad, el cuerpo y la responsabilidad en la reproducción (...) Es una tarea de muy largo plazo y no es una tarea del sistema de salud (...). El sistema de salud tiene que resolver entregar los métodos anticonceptivos; pero no cómo se usan, cuándo se usan, quién decide, cómo decide, eso no es una tarea sola del ministerio (Entrevista 1).

En este sentido, los retos que se derivan implican asuntos como la desfeminización de la reproducción y la anticoncepción, para lograr que la decisión sobre el lugar de la reproducción en el proyecto de vida concierna a todas las personas a lo

largo de su curso vital. Que si bien contribuye al empoderamiento de la mujer, representa bienestar tanto para hombres como mujeres en la medida que se construye una sociedad más responsable, con relaciones equitativas que permiten que cada sujeto se plantee un proyecto de vida. En este sentido, incluso la adherencia a cierto método anticonceptivo se puede entender como resultado de una educación sexual completa.

Yo creo que eso se lograría si se entiende todo el contexto y si en el nivel operativo se entiende que la anticoncepción es un medio para garantizar un fin superior que es la autonomía, la seguridad de las mujeres, el ejercicio de libertades individuales, etc. La transformación cultural. Ese es el énfasis que hay que darle a la pastilla antes que un acto mecánico de tomarme una pastilla para no quedar embarazada (Entrevista 7).

La autonomía también tiene que ver con otros términos de autonomías. Autonomía frente a mi relación de pareja, o no; frente a cómo ejerzo mi sexualidad; frente a mi autonomía económica; la autonomía de decisión sobre mi cuerpo, y cómo negocio eso con mi pareja, si es una pareja con la que se puede hablar ¡buenísimo! y si no, cómo lo hago; y la autonomía frente a mi proyecto de vida. Entonces no es sólo la autonomía en términos de "qué escojo yo, si me pongo un DIU o si me tomo jazmín" sino frente al ejercicio de las otras autonomías. La autonomía frente a métodos anticonceptivos es para mí, una decisión de vida estructural...Tal vez nadie lo piensa, pero es tal vez, una de las decisiones más importantes que uno tiene que tomar en la vida, tanto hombres como mujeres (...). Esa es una de las cosas que uno si quiere tomar decisiones en la vida, tómese esa (Entrevista 1).

4.3.2 Creación de posibilidades para hablar sobre sexualidad

Así mismo, el correlato de una educación integral de la sexualidad a lo largo del ciclo vital, es la ruptura de tabúes que impiden que se hable y explore abiertamente del tema. Los entrevistados cuya experiencia ha sido principalmente en la atención en salud sexual y reproductiva mencionaron que la comunicación verbal y no verbal, sin culpas, sinvergüenzas, sin temores, constituye un reto importante.

Todavía sigue habiendo ese tabú y no debería darles pena. Yo les digo a mis pacientes que eso es tan normal como tener gastritis. Aunque siento que ha cambiado porque la gente ha entendido que la salud sexual es parte de la salud general, es parte de la vida (...) Pienso que lo principal es promover el autocuidado y dejar de un lado la culpa, y en el caso de los menores de edad, trabajar con los padres para que cambien la actitud (Entrevista 2).

Al respecto, una estrategia que según algunos entrevistados ha sido efectiva en lograr una comunicación más abierta sobre la sexualidad, ha sido la que involucra el uso de tecnologías de la información y los conocimientos sobre comunicación en salud. Así, el reto consistiría en ampliar el alcance de plataformas virtuales que sean culturalmente adecuadas, según las diferentes poblaciones y contextos, que permitan plantear

preguntas con base en la experiencia propia sobre la vivencia de la sexualidad. Estas plataformas además de ofrecer información de calidad basada en fuentes certificadas y evidencia científica, permiten el anonimato y la inmediatez para la resolución de dudas.

Con la alcaldía se desarrolló SEXPERTO. Ahí se une la Secretaría de Salud y financia la primera fase de este programa, pero están unidas 6 o 7 secretarías de la alcaldía: salud, educación, integración, cultura, desarrollo económico, hábitat y seguridad. Lo que he visto es que es una estrategia que ha sido intersectorial (...) han puesto diferentes recursos para su publicidad (...) en radio, en tv salió en Francisco el matemático, en estaciones de buses. (...) negociaron con Educación para que SEXPERTO no sea una página prohibida, sino que los estudiantes puedan acceder a esta desde el colegio; que los psicorientadores o los profesores que están encargados de los temas de sexualidad o anticoncepción lo utilicen dentro de sus clases, y también integración social ha hecho unas ferias de la sexualidad: eventos grandes en colegios donde hacen algo que le llame la atención a los jóvenes: un concierto, llevan a alguien interesante que hable y promocionan SEXPERTO. También han hecho eventos que se llaman "SEXPERTO en vivo" y van expertos de la secretaría y responden preguntas respecto a la Salud Sexual y Reproductiva (Entrevista 11).

4.3.3 Comprensión de los derechos sexuales y derechos reproductivos

Todos los entrevistados apuntaron a que es insoslayable crear mecanismos para que cada sujeto se apropie de la noción de ser portador y protector de derechos, tantos de los propios como de los demás. La construcción de relaciones equitativas, al igual que el ejercicio de autonomía depende de entender qué es un derecho sexual y reproductivo, cómo se goza de ellos, y en qué medida son vulnerados. En este sentido, la práctica de anticoncepción, como un elemento dentro de la autonomía reproductiva y del ejercicio de derechos, ha de ser asumido como una forma de posicionarse frente a la sociedad. En palabras de una de las expertas que participó en la formulación de la Política:

Nosotros nos inscribimos dentro de todo un plan de prevención y atención en embarazo no deseado porque finalmente tenemos un problema muy grande en Colombia, más del 50% de los niños colombianos son no deseados, ¿Qué se espera de una comunidad donde no quieren ni esperan, ni planean a sus generaciones? Ese es un problema social estructural fuerte entonces nuestra apuesta es esa, que los embarazos dejen de ser no planeados o no deseados. (...) queremos y esperamos que la decisión frente a la maternidad y paternidad sea una decisión autónoma, responsable, libre, consensuada, entendida en toda su dimensión. (Entrevista 3).

Cobra relevancia entonces reconocer que los derechos sexuales y reproductivos hacen parte de un andamiaje normativo que se compone de más derechos y apuestas políticas para lograr convivencias democráticas y experiencias de ciudadanía, donde el

disfrute y el placer de la sexualidad, así como la opción de no tener hijos, se experimenten y reclamen como derechos.

La autonomía no es hacer lo que a mí se me da la gana. Es en el marco de la ley, en el marco de los derechos, cómo voy a cumplir. Yo tengo la capacidad de tomar mis decisiones pero en el marco de eso sin que afecte a los demás, y cuando no cumplo la ley estoy afectando a otros, estoy vulnerando a esas niñas, niños y a esos hombres y a esas mujeres (...) en todo lo que implica ser hombres y mujeres (Entrevista 4).

Así mismo, cuatro entrevistados relataron que la aprehensión de lo que significa practicar la anticoncepción como un ejercicio de derechos supone una desmedicalización de la misma. Lo cual va más allá de que entre los proveedores del servicio de salud se posicione el lenguaje de derechos en lugar del de “acceso a servicios”, pues no puede ser una mera interpretación biomédica de los derechos. Es decir, que practicar la anticoncepción, sea cual sea la decisión en la que se materialice, se experimente como un acto político y una apuesta vital, producto de una reflexión consciente. Y no, por el contrario, como resultado de un ejercicio de poder mediado por un saber experto, o una coerción por preceptos culturales.

Es fundamental el reconocimiento de porqué esto es un derecho o si no pasa lo de siempre, muchas mujeres se ponen el yadel y al menor síntoma se lo quitan sin entender el riesgo de quitárselo sin tener la debida preparación. Debe haber un ejercicio largo de preparación, educación, entrenamiento, información para saber qué ocurre si retiras algo que te ayuda a mantener tu derecho y autonomía (...) esta educación tiene que llevarse a otros escenarios como el familiar y el comunitario (Entrevista 7).

Yo creo que esa es la tarea más complicada, es que yo creo que medicalizamos tremendamente... Es un error, y entiendo por qué sucedió: de no tener nada de métodos a poder darse la pelea y meterlos dentro del sistema...Es una gran ganancia que estén dentro del POS — con todas las dificultades que haya para el acceso — es sin duda un avance. No obstante, lo medicalizamos tanto que las decisiones las toma un médico; que las decisiones dependen del acceso al sistema, no son decisiones tuyas. O sea, tú piensas que quieres un método, pero ejecuta tú, tu decisión. Se volvió un tema de un tercero que habilita o posibilita tu ejercicio de ese derecho (Entrevista 1).

Por último, se señaló que el posicionamiento del discurso de derechos es fundamental, de modo que se nombre así a los diferentes actos que pueden estar involucrados en el gozo de derechos sexuales y reproductivos. A continuación un ejemplo:

A pesar de las dificultades que tiene la implementación de la sentencia C-355 y si bien la prestación de los servicios de aborto es muy compleja, creo que el debate si está puesto en términos de derechos. Hay mucho trabajo por hacer en la prestación de los servicios, tanto es así que la derecha pelea porque no se le llame derecho — a la interrupción

voluntaria del embarazo —. En ese sentido, esa agenda no práctica, pero más discursiva de los derechos si ha trascendido (Entrevista 1).

4.3.4 Fortalecimiento institucional para abordar temas de sexualidad

La implementación de la apuesta por la autonomía supone que los profesionales de la salud y demás tomadores de decisión relevantes, logren la apropiación del proyecto político de los derechos sexuales y reproductivos. Esta sería la primera condición para alcanzar un fortalecimiento institucional donde se respete el ejercicio de derechos de todas las personas, sin que por ejemplo, como lo mencionaba una entrevistada, “el operador vea conveniente el plan de beneficios [la oferta de métodos anticonceptivos] y coaccione la decisión de las usuarias” (Entrevista 7). Cabe señalar que este reto está transversal a las estrategias planteadas por la Política para su implementación, y que se mencionaron en la sección *3.5 Estrategias de la Política de 2014 enfocadas en anticoncepción* (p. 53).

¿Cuál es el problema de la política pública de 2014?: ¿cómo materializas eso? Tú llegas a los municipios, les explicas a la gente conceptualmente cómo está concebida la política y la entiende perfectamente porque se enfrentan a eso todos los días: llega una persona trans con hemorroides, pero el vínculo que hacen inmediatamente es que ella es una persona trans que tiene relaciones sexuales anales y que las relaciones sexuales anales son malas, y que además de todo eso ahora es mujer, y no sé si decirle “él o ella”. Entonces ¿cómo haces tú con todo tu bagaje cultural para asumir ese reto en prestación de servicios y hacerlo en función de derechos? El reto es hacer el “clic” del cambio de cosmovisión frente a cómo me percibo yo y qué quiero yo (Entrevista 1).

Adicionalmente, a lo largo de la Política de 2014, al igual que en las entrevistas realizadas, el fortalecimiento institucional aparece como la estrategia fundamental para materializar la apuesta, pero entendida desde la lógica de las sinergias entre sectores e instituciones. En este orden de ideas, se mencionó que para disminuir las demandas insatisfechas en los distintos ámbitos que conciernen la vivencia de la sexualidad, hay que hacer alianzas con las organizaciones sociales, con el sector salud, educativo, justicia y cultura, entre otros, dando a conocer la Política, “si no conoces la política no conoces la carta de navegación que quiere el país” (Entrevista 7).

En temas de derechos sexuales y salud reproductiva el sector salud es la puerta de salida no de entrada, por ejemplo, el sector cultura que tiene grandes responsabilidades en esto, no lo ha asimilado (...) esto es un tema interinstitucional, intersectorial e interseccional. La inter-institucionalidad no se ha dado porque requiere voluntad política, dinamismo y entendimiento (...) Hace poco nosotros tocamos la puerta del ministerio de vivienda haciéndoles conocer el tema. Las condiciones habitacionales de los colombianos pueden

ser un factor de riesgo para embarazos no deseados, los temas de hacinamiento se asocian a las violencias sexuales, la forma en como los espacios están distribuidos en la arquitectura (Entrevista 7).

4.3.5 Diseño de aproximaciones pertinentes para contextos rurales

La observación más crítica que recibió la Política en las entrevistas fue considerarla “una política para la ciudad y los profesionales de ciudad” (Entrevista 10). En dos entrevistas se señaló que “la política está muy urbanizada” y su principal reto es implementarla en los contextos rurales donde se experimentan las mayores desigualdades sociales y donde los “talleres de educación sexual” no son suficientes porque se requiere adelantar más acciones para transformar las barreras que impiden el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

¿Qué haces con Putumayo, Amazonas, Chocó? No vas a bajar ese porcentaje en 5 años, es muy difícil. Está la brecha generada por un país como el nuestro, centralizado, Bogotá-dependiente... tenemos que hacer investigación operativa, no es tanto teórica sino para ayudar al mejoramiento de los servicios, de la atención, saber cuáles son las barreras de acceso que hoy en día hacen que las mujeres sigan teniendo dificultades para acceder a un método (Entrevista 7).

Teniendo en cuenta esto, la Política se puede apalancar con la agenda global de los ODS que motiva a los gobiernos a destinar recursos para la salud sexual y reproductiva. No obstante, las aproximaciones que se hagan para satisfacer las necesidades de los diversos contextos rurales y marginales y generar transformaciones culturales, requieren de un diseño pertinente.

Yo creo que el Ministerio y los ejecutores de la política ya han hecho bastante, lo que hay que hacer es traducir la Política a lo que hay en los territorios y especialmente lo que hay en las diversidades de los territorios. Que son municipios nivel 6 que tienen un hospital de primer nivel. ¿Hasta qué punto un hospital de primer nivel puede ofrecer anticoncepción? Y es vital porque anticoncepción es atención primaria en salud y desde ahí puede hacer toda la oferta. Entonces es cómo desde el territorio se va traduciendo la política y no desde arriba, de quienes hacen las normas y las políticas, se aterriza al territorio (...) Desde los trabajos comunitarios y de organizaciones de base es lo que se espera: traducir la política desde las mujeres, y también desde los profesionales que están en territorio con los insumos y con las barreras que se encuentran en el territorio. Desde lo que hay disponible y puede ser disponible (Entrevista 10).

Algunos de los entrevistados señalaron que en las aproximaciones diferenciales a los contextos rurales el lenguaje desempeña un rol importante, lo cual para ellos implica que al involucrar el lenguaje de derechos, sea amigable, sencillo, y permita reivindicar el papel del goce y el disfrute, sin que haya juicios o coerciones. Que al tiempo que

reconozca las dinámicas culturales del lugar, permita que se fomenten las reflexiones necesarias para que haya toma de decisiones autónomas. Por ejemplo, se mencionó que con el cambio demográfico del país, donde para el 2010 eran más los matrimonios que las uniones consensuadas, y para el 2015 se invirtió la proporción, es preciso plantear los diálogos reconociendo que es legítimo que la actividad sexual no ocurra dentro de una relación formal.

Todavía existe mucho tabú en zonas rurales, zonas marginadas, en la Costa, las y los adolescentes han cambiado mucho su comportamiento sexual, tienen monogamias sucesivas, tienen varias parejas, entonces si tú no estás en sintonía con eso y si tu consejería no está en el marco de los derechos hay menos posibilidad de que las personas se acerquen a pedir los métodos anticonceptivos (Entrevista 3).

Hay que hacer movilización social, con la educación se llega a cierto fragmento de la población entonces la pregunta es cómo llegar a ese fragmento que sigue por fuera, hay que generar estrategias, trabajo con comunidades de base, fortalecer la capacidad asociativa de las organizaciones, mientras el estado siga trabajando desarticulado, mientras las EPS e IPS den anticonceptivos sin contexto, sin un marco de referencia, va a pasar lo de siempre, la mujer lo usa mal, no entiende el hecho que es usar un anticonceptivo en el ejercicio de autonomía reproductiva y lo ve con un uso mecánico de cuidado (Entrevista 7).

4.3.6 Posibilidades epistemológicas para repensar la sexualidad

Relacionado con el anterior reto, se puede enunciar también la apertura hacia distintas posibilidades epistemológicas para repensar la sexualidad, como algo inherente a las aproximaciones diferenciales. La mayoría de los entrevistados apuntaron que el trabajo con población indígena es el principal asunto en mora que tiene el Estado en materia de salud sexual y reproductiva. Señalaron que no se ha construido un modelo de atención diferenciado que logre dialogar con las comunidades sin que éstas perciban las acciones relacionadas con la reproducción como amenaza de supervivencia a su tradición y su comunidad.

No hemos logrado un modelo de atención diferenciado para población indígena, porque cuando uno va mirar dónde está el vacío más grande, vemos que está en la población indígena ¿dónde son los niveles más alto de enfermedad? en la población indígena, ¿dónde están los niveles más alto de embarazo adolescente? en la población indígena, porque culturalmente para ellos es lo normal, es sano, saludable e ideal, lo que corresponde a su modelo cultural. Ya no se hace nada para ellos sin ellos. Y si vamos a hacer atención a población afro, entonces con afro; si es con población indígena, llamamos a indígenas. Estamos intentando hacerlo de una manera más justa y acorde a sus necesidades (Entrevista 8).

Sin embargo, la apertura epistemológica también concierne a comprender cómo la relación con el cuerpo está siendo resignificada y explorada. Por ejemplo, el autoconocimiento del cuerpo como herramienta esencial para la autogestión de la salud y la experiencia de soberanía. En el caso de las mujeres, el conocimiento del ciclo menstrual a partir del reconocimiento de la manifestación de cada fase en el propio cuerpo, constituye un elemento para la toma informada de decisiones sobre la anticoncepción y el reconocimiento de los efectos en el cuerpo con el uso de cada método.

Es de conocerse a uno mismo: sus ciclos, los cambios hormonales, te da más hambre.... Pasa por la relación por mi pareja, pero la gente no entiende eso, porque la sexualidad está atada a los términos de la reproducción...Lo tienes que saber no solo para no embarazarte. Lo tienes que saber para entenderte (Entrevista 1).

4.3.7 Apropiación del enfoque de género

Si bien la visibilización de las desigualdades de género y las violencias a las que históricamente han estado expuestas las mujeres por su género, han dado forma al objetivo de mirar la sexualidad como un ejercicio de autonomía en las mujeres, hoy en día se ha establecido que el enfoque de género significa también observar las particularidades de la experiencia del ser hombre. Algunos de los entrevistados se refirieron a las brechas de conocimiento que han resultado del énfasis en la mujer en los temas reproductivos y contraceptivos, así como en la necesidad de desarrollar acciones específicas tanto para hombres como para mujeres que permitan transformar los estereotipos de género y las relaciones de género. En particular se mencionó que fomentar el diálogo con los hombres sobre temas de sexualidad y reproducción requiere acercamientos en escenarios informales donde ellos se sientan más cómodos.

Hemos generado una brecha entre el conocimiento de las habilidades que tienen las mujeres y las que tienen los hombres. Lo que hemos es incrementado, muy probablemente, este escalamiento de la violencia entre estas dos personas que no se pueden comunicar, que no pueden negociar (...) No estamos hablando del señor estrato 0, todos los hombres necesitan hacer reflexiones sobre su propia identidad y ese proceso que generamos con las mujeres empezar a hacerlo en los hombres. (...) necesitamos estrategias para que no perciban en la mujer empoderada una amenaza, y para que desarrollen unas competencias que les permitan interactuar con unas mujeres empoderadas, relacionarse con ellas y establecer relaciones positivas, significativas, unas relaciones horizontales, no asimétricas, como las que estaban acostumbrados a establecer y entonces ahí sí poder como iguales definir qué quieren hacer con su vida. (Entrevista 4).

4.3.8 Noción de Cuidado

Finalmente, se señaló que es importante promover una noción de cuidado que más que a la prevención de eventos aluda a una actitud frente a la relación consigo mismo, con el otro y con la sociedad. Esto corresponde tanto a mujeres como a hombres, pero se destacó que con ellos, por sus actitudes de despreocupación con la anticoncepción, es una tarea perentoria. El no uso del preservativo se mencionó en múltiples ocasiones como un indicador de falta de conocimiento sobre los riesgos de infección por transmisión sexual, pero sobretodo como falta de consciencia sobre el respeto y el cuidado del otro.

Decidan lo que decidan deben cuidarse así tengan relaciones estables o no, eso no es de culpa sino de cuidar el cuerpo, cuide su cuerpo como una mamá cuida a su bebé, el autocuidado es algo que falta reforzar, estar pendientes de con quién va a estar y observar, mirar [el cuerpo del otro] es algo muy normal y hablar con cuidado y mucho respeto, pero si usted ve algo fuera de lo normal no se puede quedar callado. Porque no se trata de culpa, se trata de responsabilidad y eso es individual, no se trata de “Me prendieron” sino se trata de responsabilidad (Entrevista 2).

[En los hombres] hay todo un tema moral del condón que supuestamente quita la virilidad y muchos mitos sobre el uso del condón: no hay un sólo departamento de este país donde un hombre no piense que no se siente lo mismo con o sin condón, y que la eyaculación por fuera es la solución a todos los problemas. No se les pasa por la cabeza la relación entre el uso del condón y las ITS, y el VIH. (...) se ve mucho desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos, no conocen los tipos de anticonceptivos ni sus funcionamientos — un implante subdérmico es de un extraterrestre —.(...)Ese tema de la carga de reproducción en las mujeres, fue muy duro para mí (...) Y ellos con un desprendimiento total de que tienen responsabilidad frente al embarazo y frente al aborto, no se les ocurre que son parte de eso. (Entrevista 1).

Por último, la noción de cuidado que se esbozó en algunas entrevistas, puesto que involucra la relación con el propio cuerpo, con otros sujetos y con el entorno, está en sintonía con la categoría de autonomía que propone Maturana, en tanto capacidad de construir la propia vida y responder por ella, en el marco de la convivencia: “es “saberse a sí mismo” y “estar en el sí mismo”, con plena consciencia del respeto por los otros y por el ambiente, sin los cuales no es posible el sí mismo” (Maturana, 2002). Varios de los expertos apuntaron a que el reto es generar reflexiones sobre la vivencia de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción como la forma de orientar la propia vida con consciencia de la relación que sostenemos con los otros.

Conclusiones

El propósito de esta investigación ha sido analizar la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014 en la medida que su encuadre en el enfoque de derechos constituye un ejercicio de la política pública por posicionar en un ángulo distinto la sexualidad y la reproducción, en tanto fenómenos sociales sobre los cuales intervenir. La particularidad de la apuesta de ésta política radica en su pretensión de ruptura paradigmática y transformación sociocultural, que no solo busca mejorar las condiciones de autonomía y salud de las mujeres, sino el bienestar de todas las personas en cuanto a la vivencia de su relación con su cuerpo, su identidad, su relación con otros, su proyecto de vida y opción de reproducción. La política trasciende el campo biomédico y de la salud y hace un llamado para que la sexualidad, en tanto condición humana, sea reconocida por los diferentes campos de la vida pública como lugar para el ejercicio de derechos y goce de ciudadanía. Pese a que pareciera ser que los derechos sexuales y los derechos reproductivos irrumpen con fuerza en la escena nacional a partir de la Política de 2014, su trayectoria ha sido moldeada por la manera en que la sexualidad y la reproducción habían sido abordadas históricamente por actores públicos y privados, nacionales e internacionales. En esa medida, los retos que actualmente enfrenta constituyen continuidades de condiciones socioculturales que históricamente han constreñido la vivencia de la sexualidad y la reproducción en los contextos colombianos.

La mirada antropológica y la propuesta teórica planteada en el primer capítulo, permitieron partir de la premisa que la política social varía históricamente con las relaciones de fuerza entre los diferentes actores, y poner la atención en cómo se han construido las problemáticas y propuestas de intervención relacionadas con la reproducción. Con el segundo capítulo se pudo observar la trayectoria histórica en la que se gestó el proceso de construcción de la Política de 2014 y dimensionar su distancia respecto del discurso de demografía y control de la reproducción que históricamente ha subyacido en las políticas reproductivas. Fue fundamental reconocer que, si bien la reproducción se convirtió en objeto de políticas desde las décadas de 1950 y 1960, cuando la población y el crecimiento demográfico se plantearon como problema mundial,

en Colombia el estado no fue el actor principal en ponerse al frente de la intervención de este problema. Así, se encontró que una de las particularidades en la construcción de políticas reproductivas en el contexto colombiano fue su ausencia hasta comienzos del nuevo milenio, cuando por el impulso de agendas globales el estado tuvo que asumir la labor, para lo cual convocó a quienes desde las iniciativas del sector privado tenían el bagaje sobre la realidad de las necesidades en salud sexual y reproductiva. Con este contexto, se entiende que la racionalidad que atraviesa la Política de 2014 ha emergido en la correlación de fuerzas entre agentes de diversos ámbitos, atendiendo a una trayectoria histórica en la que las políticas y programas relacionados con reproducción y contracepción habían sido impulsados principalmente por el sector privado, con financiación privada, de origen internacional en buena medida, y siguiendo cierta alineación con discursos internacionales.

Además, en el segundo capítulo se intentó dar cuenta de cómo las prácticas gubernamentales se elaboran y desenvuelven históricamente en relación con los que se construyen como problemas sociales. Si bien el problema de la población y su reproducción comenzó conceptualizándose desde la noción de explosión demográfica y la necesidad estatal de hacer control natal para hacer posible el desarrollo; la planificación familiar se apalancó al tiempo en el ejercicio médico y los movimientos de mujeres mediante la aplicación de discursos y tecnologías tanto para la superación de la pobreza y el subdesarrollo, como para la reivindicación de la autonomía femenina sobre el propio cuerpo. Cobrando relevancia política, la atención materna e infantil devino objetivo en las agendas de gobierno, así como indicador de desarrollo en el escenario internacional. Posteriormente, con el fortalecimiento de los discursos de salud pública con los objetivos de la agenda global, los resultados en salud sexual y reproductiva se convirtieron en indicadores de inequidad con los cuales los países comparan sus resultados económicos y sociales y señalan las prioridades para focalizar recursos y programas. Ahora, con el enfoque de derechos y la apuesta por la autogestión de la salud y del bienestar, los derechos sexuales y reproductivos se enuncian como constitutivos de la ciudadanía, pues en la medida que se hacen efectivos, hay autodeterminación sexual y reproductiva y por ende ejercicio de ciudadanía. Finalmente, con el paradigma de la autonomía donde se destaca la libre elección y el proceso de toma de decisiones,

se evalúa ya no el nivel de responsabilidad de los estados con sus poblaciones, sino la responsabilidad de los individuos para transformar las condiciones que les permitan gozar y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

En el tercer capítulo se muestra cómo la Política de 2014 hace parte de la tendencia de la política social contemporánea por estructurarse a partir del enfoque de derechos humanos, el modelo de determinantes sociales de la salud y los enfoques diferencial, de género y de ciclo de vida, lo cual refleja giros epistemológicos no solo asociados a la visión holística de la sexualidad, sino también a las apuestas de ciudadanía contemporáneas, las formas de ejercer poder y atender demandas sociales. Así como la Constitución de 1991 significó un giro político con el que se abrió la ventana para plantear las discusiones sobre la sexualidad y la reproducción desde ángulos distintos, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos posiciona la sexualidad y la reproducción dentro del discurso y la práctica de los derechos humanos con la intención de reconocerlas separadamente como lugares para la autonomía personal. En este sentido la Política propone transformaciones socioculturales respecto de la vivencia de la sexualidad y la reproducción que incluyen la transformación de relaciones de poder y marcos culturales coercitivos, expresados en los estereotipos y las desigualdades de género, así como en las demás condiciones que coartan y violentan la relación con el propio cuerpo, la identidad y el proyecto de vida.

En ese contexto se comprende la centralidad de la práctica de anticoncepción como lugar de materialización de la vivencia de la autonomía sexual y reproductiva. No tratándose ya únicamente de planificación familiar, sino de un ejercicio de autonomía que implica no solo el acceso a anticonceptivos, sino decisión libre e informada, en la que nos reconocemos responsables del bienestar propio y de los otros. Con esto, la Política de 2014 encarna un discurso propio de la política contemporánea que apela al autocuidado, donde la planificación familiar ya no es presentada como un mecanismo para el desarrollo, sino que la anticoncepción se manifiesta como un medio para ejercer derechos, vivenciar la autonomía e indicar el desarrollo de un país. Además, la experiencia de los expertos evidenció que estamos presenciando un tránsito hacia una comprensión más compleja de lo que significa la práctica autónoma de la anticoncepción,

en la cual el autoconocimiento adquiere un lugar central. Es decir, adicionalmente a que haya acceso a métodos anticonceptivos eficaces y seguros, que estén disponibles en términos geográficos, administrativos y económicos, al igual que acceso a información comprensible sobre los métodos disponibles, su funcionamiento y efectos; la autonomía implica que haya toma de decisión activa, libre e informada con base en el autoconocimiento del propio cuerpo y del proyecto de vida.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo ambiciosa que puede ser la Política, los expertos que han tenido experiencia en su formulación e implementación reconocieron que en la cotidianidad las personas experimentan barreras para la vivencia de la autonomía. En todas las entrevistas se refirió que, debido a las relaciones de poder existentes, las personas experimentan condiciones que impiden que puedan asumir una opción libre en las decisiones relativas a la sexualidad. Se destacaron como barreras las normas de género en un sistema de referencia patriarcal y el ejercicio de poder de agentes sociales que incluyen la familia, las instituciones educativas, los prestadores de servicios de salud y la iglesia. Los entrevistados apuntaron que son barreras que requieren de transformaciones socioculturales que abarcan la deconstrucción de los estereotipos de género, las asimetrías de poder en las relaciones de pareja, la modificación de prácticas médicas e institucionales, y la transformación de las representaciones de la sexualidad que actualmente hay en los diferentes ámbitos.

Adicionalmente, se insistió en que el sistema educativo tiene el reto de formar individuos autónomos para que puedan ejercer todos sus derechos y convivir armónicamente en comunidad, escuchándose a sí mismos para tomar sus propias decisiones según sus criterios personales. Se destacó que se requiere educación integral para la sexualidad que permita que cada persona a lo largo del curso de la vida, libre y voluntariamente, disfrute su sexualidad a través de un proceso activo y consciente de cuestionamiento y reflexión personal. Especialmente se señaló que debe hacer parte de esa educación, la reflexión crítica sobre las normas de género que establecen diferencias jerárquicas entre las personas en función de su sexo y que actualmente determinan que las mujeres deben ser dóciles, pacientes, dependientes, pasivas sexualmente y respetuosas de la autoridad masculina (Vargas-Trujillo, 2007, p. 92).

En este sentido, para generar un cambio real en las relaciones de género y en las prácticas y negociaciones anticonceptivas, es preciso construir relaciones de género simétricas que permitan superar violencias, desigualdades y discriminaciones. Para ello, reconocer los roles masculinos y femeninos que hasta ahora han sido tradicionales y han caracterizado experiencias frente a la sexualidad y la reproducción, configurando más o menos posibilidades para el goce, el disfrute y la autonomía, o la violencia, la discriminación y el abuso para unos y otras. Siguiendo a Judith Butler (2007), el cuerpo es el escenario en el que tienen lugar la construcción, reproducción, expresión, transformación y disputa de los géneros y de la diferencia sexual, pero también todos los otros sistemas normativos y prácticas de gobierno. Por esto, hay que habitarlo con reflexión crítica y consciencia de ejercicio de derechos para que se fortalezca la autonomía. De esta manera se podría lograr que la decisión sobre el lugar de la reproducción en el proyecto de vida concierna a todas las personas a lo largo de su curso vital y deje ser vista como una preocupación femenina y medicalizada.

Por otra parte, los expertos destacaron que los retos para la práctica autónoma de anticoncepción en términos de brechas territoriales a nivel nacional, se derivan de las falencias administrativas del sistema de salud. Si bien la Política está estructurada con el enfoque diferencial, esto supone esfuerzos innovadores para desarrollar estrategias que reconozcan lo que sucede en cada territorio. Según los expertos, las mencionadas falencias reproducen que la anticoncepción se viva como acceso a un servicio de salud en el que media lo burocrático y lo económico, más no como ejercicio de un derecho. La capacitación de los profesionales, así como el fortalecimiento institucional para el trabajo intersectorial y el compromiso con los derechos sexuales y reproductivos, han sido destacados como retos tanto en el documento de la Política como en las entrevistas.

Por último, así como la Política de 2014 es un dispositivo para el cumplimiento de compromisos internacionales en salud pública y derechos humanos, que se acoge a las agendas y los discursos contemporáneos, es una política pública que reconoce lo que es perentorio en el territorio nacional: transformaciones socioculturales que conduzcan a la vivencia de la autonomía sexual y reproductiva donde haya libre y activa construcción de sujetos sexuados con proyectos vitales. Esto, si bien contribuye al empoderamiento

de la mujer, representa bienestar tanto para hombres como mujeres en la medida que se construye una sociedad más responsable, con relaciones equitativas que permiten que cada sujeto se plantee un proyecto de vida. En ese contexto se comprende la centralidad de la práctica de anticoncepción como lugar de materialización de la autonomía, al igual que la importancia de fomentar prácticas de autoconocimiento y autocuidado que permitan la soberanía sobre el cuerpo. Por esto, las nociones de cuidado y autonomía relacional parecen pertinentes para comprender el alcance de esta apuesta. Por una parte, de acuerdo con los planteamientos de Leonardo Boff (2002), asumir el cuidado como una práctica para el sostenimiento de la vida, permite una visión holística de responsabilidad y cuidado de sí mismo, del otro y del entorno. Siguiendo a Boff, solo a partir del cuidado se puede asumir una ética con la cual sean posibles otras formas de ser y hacer más respetuosas de la dignidad, lo cual supone que aplicar esta ética a la vivencia de la sexualidad, podría conducir a que, por medio del autocuidado, cuidado de mí, cuidado del otro y cuidado de la sociedad, reconociendo que en las prácticas y relaciones cotidianas se sostiene y se valora la vida, la autonomía, la equidad. Así mismo, el concepto de autonomía relacional planteado por Humberto Maturana (2002), como la capacidad de construir la propia vida y responder por ella en el marco de la convivencia, aporta al entendimiento de la autonomía sexual y autonomía reproductiva como ejercicios de ciudadanía pues el autor plantea que a partir de “saberse a sí mismo” y “estar en el sí mismo”, con plena conciencia del respeto por los otros y por el ambiente, sin los cuales no es posible el sí mismo, se procura el sostenimiento de la vida y la responsabilidad de sí mismo, con los otros y con el entorno.

Así las cosas, la apuesta es por hacer posible un relacionamiento con la sexualidad que no esté atravesado por el miedo, sea a un embarazo no deseado, una enfermedad, al prejuicio social o al estigma; y crear las condiciones para que haya un disfrute de la sexualidad que nos permita nuestra construcción como sujetos libres, reflexivos, autónomos y que cuidan la vida. Donde en lugar de ser sujetos de ejercicios de poder legitimados por saberes expertos y códigos morales ajenos, que evalúan nuestros cuerpos y comportamientos, se promueva el autoconocimiento del cuerpo, del sentir y del proyecto vital, al tiempo que un reconocimiento del otro como sujeto autónomo que piensa, siente, desea y sueña, y hace parte de una comunidad compartida

donde se goza de bienestar, equidad y oportunidades. Con esto, la sexualidad y la reproducción serán verdaderamente los lugares políticos y afectivos donde la vida se cuida y recrea libre y decididamente.

Referencias

- Abadía-Barrera, C. & Melo-Moreno, M. (2014). Repensar la salud desde una Academia crítica y comprometida. Vida, acumulación y emancipación. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 13(27), 41-57.
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial: Ética de lo humano-Compasión por la tierra*. Madrid: Trotta.
- Brigeiro, M. (coord), Melo, M. A., Rivera, C., & Rodríguez, M. (2010). *La investigación sobre sexualidad en Colombia (1990-2004): balance bibliográfico*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM).
- Carmona, M. (2011). ¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual. *Estudios Feministas*, 19(3), 801–821.
- Chávez, A. M. M. (2014). Contexto social del debate sobre el control natal en Colombia en las décadas de 1960 y 1970: política, medicina y sociedad. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(4), 1467–1473. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000400011>
- Cunill, N. (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista Del CLAD Reforma y Democracia*, 46, 41–72. <https://doi.org/10.1016/j.nahs.2016.03.002>
- de Sena, A. (2014). *Las Políticas hechas cuerpo y lo social devenido emoción: lecturas sociológicas de las políticas sociales*. (A. de Sena, Ed.). Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- De Zordo, S. (2012). Programming the body, planning reproduction, governing life: The “(ir-) rationality” of family planning and the embodiment of social inequalities in Salvador da Bahia (Brazil). *Anthropology and Medicine*, 19(2), 207–223. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675049>
- Draghi, M. P. (2010). Los métodos anticonceptivos en las representaciones y prácticas

- de las y los profesionales de servicios públicos de salud. In *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*. La Plata: Memoria Académica. Retrieved from http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5631/ev.5631.pdf
- Estévez, A., & Esper, S. (2009). Revisitando el modelo secuencial de políticas públicas. *Revista Del Instituto AFIP*, 5.
- Fassin, D. (2008). *El hacer de la Salud Pública* (2 edición). Paris: Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Fassin, D. (2005) Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes. *Porto Alegre-RS*, 56(2), 201-226.
- Fassin, D. (2009). Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*, 26(5), 44–60.
- Figueroa-Perea, J. G. (2016). Algunas reflexiones metodológicas al abordar experiencias reproductivas de los varones desde las políticas públicas. *Masculinities and Social Change*, 5(2), 134-155.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder*. [3ª. Ed.]. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2000a) *Defender la Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2000b). *Historia de la sexualidad - La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006) Clase del 1º de febrero de 1978. En: *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp 107 – 138
- Foucault, M. (2007) *Nacimiento de la biopolítica: curso en el College de France: 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2011). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2016). *Sexualidad y política; escritos y entrevistas 1978-1984*. (H. Pons, Trad.) Buenos Aires: Cuenco de plata.
- Ginsburg, F., & Rapp, R. (1991). The politics of reproduction. *Annu Rev Anthropol*, 20, 311–343. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>

- Ginsburg, F., & Rapp, R. (1995). *Conceiving the New World Order*. Berkeley: University of California Press.
- Gómez, C. (2009). *La política pública como proceso dialógico: el caso de la despenalización del aborto en Colombia. 1975 – 2006*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Granzow, K. (2007). De-constructing “choice”: The social imperative and women’s use of the birth control pill. *Culture, Health and Sexuality*, 9(1), 43–54. <https://doi.org/10.1080/13691050600963948>
- Hernández, A., Rodríguez, J., Cubillos, A., Santacruz, M. A., Ven der Werf, L., Vega, R., & García, A. (2017). *Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materno neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu. Evidencias y propuestas de intervención*. Bogotá: UNFPA, OPS, UNICEF, PMA, Pontificia Universidad Javeriana.
- Hernández, L., & Sánchez, E. Y. (2011). El construccionismo social y la antropología de la sexualidad. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(3), 155–172.
- Lobo, I., Gutiérrez, R., & Sanabria, R. (2006). Profamilia: planificar para sobrevivir. *Social Enterprise Knowledge Network SKS*, (78), 1–23.
- Maturana, H. (2002). *Transformación en la convivencia*. Santiago de Chile: OCEANO - Dolmen Ediciones S.A.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7506-8566-5.50016-9>
- Morales, C. (2010a). *Jóvenes Sexualidad y Política. Salud sexual y reproductiva en Colombia (1992-2005)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Programa Interfacultades de Doctorado en Salud Pública.
- Morales, C. (2010b). Lo político de las políticas de salud sexual y reproductiva para jóvenes en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(19), 69–89. Retrieved from

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=58771219&lang=es&site=ehost-live>

Moreno, H. (2015). La sexualidad reproductiva como paradigma epistemológico. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(6), 24–45.

Murillo, A. M. (2015). *Sexualidad de papel y cinta: Revisión de la política pública de salud sexual y reproductiva caso Colombia (2003), documento de trabajo caso BOgotá (2004-2007) y el CONPES 147 (2012)*. Pontificia Universidad Javeriana.

Naciones Unidas. (n.d.). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Retrieved November 12, 2018, from <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

Naciones Unidas. (1996). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo 1994. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing. Retrieved from http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_S.pdf

Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: Observación General 14, 53 Naciones Unidas § (2000). Ginebra. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Noguera, C. (2012). Imágenes de la mujer en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Colombia, 2003-2006. *La Manzana de La Discordia*, 7(1), 73–79.

Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa Calpe.

Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 - Tomo 1: Componente Demográfico, 427. <https://doi.org/10.1108/14717794200000012>

Profamilia. (2018). *Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia*. <https://doi.org/10.1002/psp.472>

Profamilia, Elementa, CEPEI, & IPPF. (2016). Uniendo esfuerzos, prioridades y actores: la alineación de la Agenda 2030, el Consenso de Montevideo y la normativa nacional

en derechos sexuales y reproductivos en el desarrollo sostenible. El caso colombiano.

Rodríguez, C. (2015). Del cuerpo social al cuerpo femenino callejero: una mirada de las políticas sociales en Bogotá. *Papel Político*, 20(1), 187-211.

Rodríguez-Vargas, F. A., & Molina-Berrio, D. P. (2015). Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva elaboradas entre el 2003 y el 2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28), 10–29. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps18-28.ecid>

Rose, Nikolas. (1996). El gobierno de las democracias liberales avanzadas: del liberalismo al neoliberalismo. *Archipiélago*, 29, pp. 25-40.

Rose, Nikolas & Novas, Carlos. (2003). Biological Citizenship. En Aihwa Ong and Stephen Collier, eds., *Global Anthropology*. London: Blackwell

Roth, A.-N. (2006). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.

Sabatier, P. (1998). An Advocacy Coalition Framework of policy change and the role policy-oriented learning therein. *Policy Science*, 21.

Sanabria, E. (2010). From *Sub* - to *Super* -Citizenship: Sex Hormones and the Body Politic in Brazil. *Ethnos*, 75(4), 377–401.
<https://doi.org/10.1080/00141844.2010.544393>

Sanabria, E. (2014). “The same thing in a different box”: Similarity and difference in pharmaceutical sex hormone consumption and marketing. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(4), 537–555. <https://doi.org/10.1111/maq.12123>

Serrano, J. F., Pinilla, M. Y., Martínez, M. J., & Ruíz, F. A. (2010). *Panorama sobre derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM). Retrieved from http://www.derechos-sexuales.org/publique/media/Panorama_dsr_Colombia.pdf

- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública : reflexiones s obre la “formulación” de las políticas. *Antípoda*, (10), 21–49.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20150085%202)
- Stern, C., & Figueroa, J. G. (2001). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México.
- Torres, M. y González, P. (2009) Antecedentes teóricos y empíricos del uso de métodos de planificación familiar. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Militar Nueva Granada*, 17(2), 171-182
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Vargas-Trujillo, E. (2007). *Sexualidad... mucho más que sexo*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Viveros, M., & Facundo, Á. (2012). El lugar de las masculinidades en la decisión del aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 12, 135–163.
- Viveros, M., Gomez, F., & Otero, E. (1998). Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre. *Cad Saúde Pública*, 14, 97–103. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500019>
- Wacquant, L. (2012). Three steps to a historical anthropology of actually existing neoliberalism. *Social Anthropology*, 20(1), 66–79.
- Wittig, M. (2006). "La categoría de sexo" y "El pensamiento heterosexual". En: *El Pensamiento Heterosexual y otros ensayos*. Editorial Egales. Madrid.
- Wylie, A. (2003). Why Standpoint Matters. In R. Figueroa & S. Harding (Eds.), *Science and Other Cultures. Issues in Philosophies of Science and Technology* (pp. 26–48). New York: Psychology Press.
- World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.

Anexos

1. Carta de aval de Comité de ética de investigaciones de Profamilia
2. Guía de preguntas para entrevista con expertos
3. Tabla de expertos entrevistados
4. Principales aportes del Consenso de Montevideo a la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos de América Latina
5. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de la OMS

Bogotá, 30 de agosto de 2018

Señora
María Alejandra Rubio
Bogotá

Asunto: Aprobación proyecto de investigación: “Representaciones y prácticas en torno a la anticoncepción: Entre las vivencias de un grupo de mujeres y hombres en Bogotá según ciclo de vida y condiciones socioeconómicas, y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”

Estimada María Alejandra:

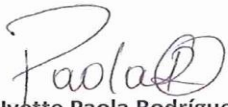
Habiendo recibido el protocolo en mención el Comité de Ética en Investigación de Profamilia (CEIP), nos permitimos informarle que:

1. Nos parece un estudio relevante y pertinente en el campo de la salud pública en nuestro medio.
2. Ha sido aprobado en la sesión extraordinaria del día 30 de agosto de 2018, registrado en el acta N° 59.
3. Cualquier modificación al protocolo deberá informar previamente al CEIP para su análisis y aprobación.
4. Hacia la mitad del estudio le solicitamos enviar a este comité un informe de avance, así mismo un informe de cierre al finalizar la investigación.
5. En el consentimiento informado incluir datos de contacto tanto del investigador principal (responsable de la investigación) como del Comité de Ética de Investigación de Profamilia CEIP, por si algún participante desea comunicarse (estos son: correo electrónico: ceip@profamilia.org.co y teléfono en Bogotá 3390900 Ext. 1141 o 640).

Estaremos atentos a resolver cualquier inquietud que se presente a través de nuestro correo electrónico ceip@profamilia.org.co.

Estamos copiando esta comunicación a las instancias correspondientes de Profamilia para la realización del proyecto.

Atentamente,



Ivette Paola Rodríguez
Miembro y Secretaria Técnica CEIP
Comité de Ética en Investigación de Profamilia CEIP

Copia a: Jorge Rojo. Gerente de Salud
Fabian Herrera. Gerente Regional Centro
Marisol Pachón. Directora Médica Bogotá

Guía de entrevista semiestructurada a expertos en política pública sobre derechos sexuales y derechos reproductivos

A. INFORMACIÓN GENERAL Y PRESENTACIÓN

Nombre(s) y Apellido(s)

Profesión y ocupación

Experiencia en el campo de la salud sexual y salud reproductiva o de los derechos sexuales y derechos reproductivos

¿Cómo llegó a trabajar en este campo?

Si pudiera elegir dos programas o proyectos del campo de la salud sexual y salud reproductiva o de los derechos sexuales y derechos reproductivos, en los que haya participado, para contarme por qué lo han marcado, ya sea porque hayan sido exitosos o errados, o porque le hayan gustado y los haya disfrutado, de cuáles me hablaría y qué diría sobre éstos.

B. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

1. ¿Qué rol ha tenido o ha jugado el tema de la anticoncepción en la agenda de los derechos sexuales y derechos reproductivos?

2. Cómo define usted ¿qué es usar anticonceptivos de manera autónoma?

3. Si pudiera agrupar en tres grandes grupos las barreras para que la anticoncepción se practique de manera autónoma ¿Cómo clasificaría las barreras de mayor relevancia en Colombia?

4. ¿Ha existido algún programa que se enfoque en la anticoncepción?

5. Pensando en la Política de 2003 y la Política de 2014, ¿usted piensa que ha habido cambios en los programas de intervención y promoción de la anticoncepción?

¿Cómo operaban esos programas? ¿Por territorios, grupos de población?
¿Cuáles eran sus propósitos o alcances?

6. De esos programas, si usted pudiera elegir dos, ¿cuáles fueron los problemas y los aciertos que tuvieron?

¿Cuáles fueron las principales dificultades para su implementación y de su efectividad para lograr resultados?

¿Cuáles han sido los aciertos y logros?

7. ¿Qué vacíos o retos observa usted que contienen los programas y acciones de promoción de la anticoncepción en el país?

¿Qué retos tienen los programas de anticoncepción en Colombia respecto a las diferentes poblaciones según género?

¿Qué retos tienen los programas de anticoncepción en Colombia respecto a las diferentes poblaciones según ciclo de vida?

¿Qué retos tienen los programas de anticoncepción en Colombia respecto a las diferentes poblaciones según nivel socioeconómico?

C. Anticoncepción y Conocimiento del cuerpo

8. ¿Usted, en su vida, ha usado métodos anticonceptivos? ¿Por qué cree que eligió esos métodos?

9. Ahora, teniendo en cuenta su experiencia profesional, ¿qué patrones ha notado en las personas con respecto a lo que influye en la elección del método anticonceptivo?

Expertos Entrevistados

Institución en la que ha desempeñado labores relacionadas con Salud Sexual y Reproductiva o Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	Mujeres	Hombres
Ministerio de Salud	2	
Secretaría Distrital de Salud	1	
Organizaciones no gubernamentales	1	
Organismos internacionales	1	
Profamilia	3	2
Academia	1	

Principales aportes del Consenso de Montevideo a la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos de América Latina

Tomado de: Profamilia, Elementa, CEPEI, & IPPF, 2016, p.28.



Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud de la OMS

Tomado de: A. Hernández et al., 2017, p. 27, basado en Solar e Irwin, 2017

