



**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).**

Requisito parcial para optar al título de

**MAESTRÍA EN ESTUDIOS CULTURALES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
2015**

**ANA MILENA MURILLO MORENO
Candidata a Magíster en Estudios Culturales**

**MARTA CABRERA Ph.D
Tutora.**

Yo, Ana Milena Murillo Moreno, declaro que este trabajo de grado, elaborado como requisito parcial para obtener el título de Maestría en Estudios Culturales en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana, es de mi entera autoría; excepto en donde se indique lo contrario. Este documento no ha sido sometido para su calificación en ninguna otra institución académica.

ANA MILENA MURILLO MORENO.

JULIO DE 2015

AGRADECIMIENTOS.

A la vida, siempre.

A mi familia por el apoyo durante este largo y complejo camino.

A mi tutora, Marta, por convertir mis vasos de agua en océanos navegables.

A Lucy Watemberg, Mary Luz Mejía, Adriana Sánchez, Nancy Johanna De Asas y Camila

*Esguerra Muelle quienes amablemente compartieron sus saberes y experiencias para
enriquecer con ellos este trabajo.*

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
INDICE DE IMAGENES	6
ÍNDICE DE SIGLAS.	7
RESUMEN	8
SUMMARY	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO UNO: CONTEXTO GENERAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. CASO COLOMBIA (2003) Y BOGOTÁ (S.F.).....	16
1. ¿QUÉ ES UNA POLÍTICA PÚBLICA?	16
1.1 LA POLÍTICA PÚBLICA Y SUS CICLOS.	19
1.2 LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (2003).	21
1.3 DOCUMENTO DE TRABAJO, POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA (S.F.) EN EL CASO DE BOGOTÁ.	28
1.4 CONPES SOCIAL 147 DE 2012. LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y LA PROMOCIÓN DE PROYECTOS DE VIDA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EDADES ENTRE 6 Y 19 AÑOS. ...	34
2. UNOS LAS HACEN. OTRAS LAS VIVEN.	38
2.1 LOS ACTORES DE LA POLÍTICA Y LAS NOCIONES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA Y BOGOTÁ.	49
2.2. ¿QUIÉNES SON L@S SUJETOS DE LA POLÍTICA?	58
2.2.1 MUJERES IN/VISIBLES.	63
2.2.2 SON SUJETOS QUE ESTÁN EN CONDICIONES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD.	65
2.2.3 PROYECTOS DE VIDA Y EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD Y LA CIUDADANÍA.	68
2.2.4 SON SUJETOS NO EMPODERADOS.	70
2.3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y ¿EMBARAZADAS?	71
2.3.1 ADOLESCENCIA Y EMBARAZO.	75
2.3.2 MITOS DE LAS Y LOS ADOLESCENTES SOBRE EL SEXO.	86
2.4 HOMBRES (IN)VISIBLES: EL ROL DE LOS HOMBRES EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.	89

CAPITULO TRES: SEXUALIDAD DE CINTA Y PAPEL - DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS A LOS COMERCIALES Y CARTILLAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	93
3. OTRAS LECTURAS DE LA SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	94
3.1. SEXUALIDADES DE TINTA.	95
3.2 SEXUALIDADES EN CINTA.	115
CONCLUSIONES	124
BIBLIOGRAFÍA	131

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Cuadro comparativo sobre el enfoque y los principios de la PNSSR 2003.	24
Tabla 2: Cuadro del documento de trabajo distrital en salud sexual y reproductiva. Sexualidad sin indiferencia.	30
Tabla 3: cuadro comparativo con los principios y enfoques del Conpes 147 de 2012.	35
Tabla 4: actores de la política	55

ÍNDICE DE IMAGENES

Gráfico 1: Modelo del ciclo de la política pública	20
Imagen 1: Elementos de la sexualidad	103
Imagen 2: Componentes de la sexualidad	104
Imagen 3: Ejemplo de matriz pedagógica diligenciada.	106
Imagen 4: Cuestionario para padres y madres	109
Imagen 5: Matriz proyecto de vida.	113

ÍNDICE DE SIGLAS.

- PNSSR: Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- PDSSR: Política Distrital de Salud Sexual y Reproductiva
- CCU: Cáncer de Cuello Uterino
- DDHH: Derechos Humanos.
- DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos.
- SSR: Salud Sexual y Reproductiva.
- UNFPA: Fondo de población de las Naciones Unidas.
- PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- MINSALUD: Ministerio de la Salud y Protección Social.
- ITS: Infecciones de Trasmisión Sexual.
- EPS: Entidad Promotora de Salud.
- VPH: Virus del Papiloma Humano.
- ACD: Análisis Crítico de Discurso.
- PAHO: Pan American Health Organization.
- OIM: Organización Internacional para las Migraciones.
- PAIS: Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social.
- ARS: Aseguradora de Riesgos en Salud.
- IPS: Institución Prestadora de Salud.
- DNP: Departamento Nacional de Planeación.
- CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social.
- S.F.: Sin fecha.
- PPSSR: Políticas Públicas en Salud Sexual y Reproductiva.
- MINTIC: Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- LGBTI: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Intersexuales.
- IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- ONU: Organización de Naciones Unidas.
- ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

RESUMEN

Este trabajo aborda desde el análisis crítico del discurso la política pública en salud sexual y reproductiva formulada en Colombia (2003) y el documento de trabajo en el caso de Bogotá (2004-2007), algunas guías y cartillas relacionadas con educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía y varios comerciales de televisión que tratan aspectos relacionados con la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva en el país. Desde la perspectiva de los Estudios Culturales articula los conceptos de sexualidad, embarazo adolescente, política pública, salud sexual y salud reproductiva para establecer cuál es la representación de las mujeres en los documentos y comerciales mencionados y en particular, en el embarazo adolescente. El trabajo evidencia que las políticas en salud sexual y reproductivas formuladas por el país y Bogotá articulan distintos enfoques de sexualidad, salud reproductiva y salud sexual para abordar desde el escenario de los momentos, algunos aspectos que afectan más a las mujeres que a los hombres; de esta manera proponen estrategias de intervención que buscan reducir los factores de riesgo en los momentos identificados. Así mismo, se logró establecer que en los documentos y en los comerciales los públicos a quienes se dirigen son mayoritariamente mujeres quienes además están en unas condiciones particulares (sociales, económicas educativas, culturales) que las hacen beneficiarias de la política y que en el caso de los hombres, la vinculación es bastante reducida y puntual en casos como violencias, infecciones de transmisión sexual y paternidad responsable.

Palabras clave: política pública, salud sexual, salud reproductiva, sexualidad, embarazo adolescente, representación.

SUMMARY

This research focuses on the critical discourse analysis of public policies in sexual and reproductive health made in Colombia (2003) and working document in the case of Bogota (2004-2007.), some guides and brochures related to sex education and citizenship building and several television commercials that address aspects related to sexuality, sexual health and reproductive health. From a Cultural Studies perspective, it articulates the concepts of sexuality, teenage pregnancy, public policy, sexual and reproductive health to establish the representation of women in the aforementioned documents and commercials, and more particularly, on adolescent pregnancy. The work evidences that policies on sexual and reproductive health made by the country and Bogota articulate different approaches to sexuality, reproductive health and sexual health to address from the scene of the moment, some aspects that affect women more than men; thus they propose intervention strategies that seek to reduce the risk factors identified in the moments. Also, it was established that the public to whom these documents and commercials are addressed to are mostly women under particular (social, educational, economic, cultural) conditions which make them benefit from the policy and that in the case of men, the linkage is quite limited and punctual in cases such as violence, sexually transmitted infections and responsible parenthood.

Keywords: public policy, sexual health, reproductive health, sexuality, teen pregnancy, representation.

INTRODUCCIÓN.

“Al igual que la raza, el sexo es una formación <<imaginaria>> de las que producen realidad, incluyendo los cuerpos, que son percibidos como anteriores a toda construcción. La <<mujer>> sólo existe como esta clase de ser imaginario, mientras que las mujeres son el producto de una relación social de apropiación, naturalizada como sexo. Una feminista es alguien que lucha por las mujeres en tanto que clase y por la desaparición de esa clase. La lucha clave busca la destrucción del sistema social de la heterosexualidad, porque el <<sexo>> es la categoría política naturalizada en la que se basa la sociedad heterosexual”.
(Haraway: 1995: 233).

Durante la década de los noventa, con la llegada de César Gaviria al Palacio de Nariño (1990-1994), la nueva Constitución Nacional en 1991, la creación en 1990 de la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia, actualmente la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer; las luchas de los movimientos sociales de mujeres colombianas que evidenciaron las necesidades y los problemas de las mujeres en el país; la participación de Colombia en las Conferencias Mundiales convocadas por las Naciones Unidas entre 1994 y 1995 en las cuales se suscribieron acuerdos; la promoción e inclusión del enfoque de género en las variables y estadísticas de los registros oficiales a través del apoyo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD; así como las crecientes encuestas de demografía y salud realizadas por entidades como Profamilia en las que se evidenciaba la tasa de natalidad y las edades en las cuales las mujeres estaban teniendo su primer embarazo, entre otros, son algunos de los hechos que ayudaron a consolidar la formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2003 por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la administración de Juan Luis Londoño de la Cuesta¹, y en convenio con el Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA. Esto se dio

¹ Diego Palacio Betancourt tomó posesión de la cartera en 2003 en reemplazo de Juan Luis Londoño de la Cuesta quien murió en el mismo año como consecuencia de un accidente de aviación mientras cumplía con sus funciones de Ministro de Salud.

durante el primer mandato de Álvaro Uribe Vélez (2002-2006) en la presidencia de Colombia.

Esta alianza decantó en lo que por trece años (2003-2013) fue la ruta para la atención y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a nivel nacional, así como la atención en seis líneas estratégicas que se implementaron, entre ellas el embarazo adolescente. En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en convenio con Profamilia, el UNFPA y la Organización Internacional para las Migraciones -OIM.

En el caso de Bogotá, la Política Distrital de Salud Sexual y Reproductiva, se venía trabajando durante la administración del alcalde Luis Eduardo Garzón, un candidato que llegó al Palacio Liévano entre 2004-2007 de la mano del partido de izquierda Polo Democrático. El alcalde Garzón hizo mucho énfasis en su gestión en la cuestión social de la ciudad, de ahí que su plan de desarrollo se llamara *Bogotá sin Indiferencia: un compromiso social contra la exclusión y la pobreza*, del cual se desprende el documento de trabajo “Política Pública sexualidad sin indiferencia”, el cual no se consolidó como política pública, como sí lo es la PNSSR, sino que quedó como un documento de trabajo que, para el caso del trabajo de grado, da pistas para identificar los aspectos centrales asociados con salud sexual y reproductiva y embarazo adolescente, que es el interés del trabajo.

Teniendo en cuenta que el periodo es entre 1990 - 2012, es importante señalar que durante ese tiempo se formuló la Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva del 2003 y el documento de trabajo para el caso de Bogotá “Política Pública sexualidad sin indiferencia” entre 2004 - 2007, y el Conpes 147 de 2012 sobre embarazo adolescente. Con estos tres documentos centrales se hace la revisión de política pública en salud sexual y reproductiva en el trabajo de grado, sumado a las entrevistas a las expertas que han participado en los procesos de formulación de la PNSSR o tienen experiencia en temas relacionados, así como las cartillas de construcción de ciudadanía y sexualidad, y los comerciales que hacen parte de las campañas “Sin condón ni pío” (1994) del Ministerio de Salud, “sexualidad con sentido” (2011) del UNFPA y el comercial de la Procuraduría General de la Nación (2012). Por su puesto, el país cuenta con un marco normativo más amplio que busca garantizar los

derechos sexuales y reproductivos y el acceso a la salud sexual y reproductiva a las mujeres antes del 2003 y posterior a esta fecha, como se verá en el desarrollo del trabajo.

Por lo tanto, esta investigación tiene como propósito indagar las representaciones de las mujeres en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, particularmente en algunas guías y cartillas sobre sexualidad y construcción de ciudadanía, así como en varios comerciales que abordan temas de sexualidad, reproducción y salud sexual; y más puntualmente, se revisa la representación del embarazo adolescente.

Las políticas públicas se expresan en documentos que se consultan para hacer una evaluación en términos de impactos y resultados, para posteriormente y dado el caso, actualizar la respectiva política para las nuevas dinámicas y condiciones sociopolíticas que permitan avanzar en la meta fijada. Sin embargo, me interesa revisar, más que los efectos post implementación, lo que producen los documentos sobre el tema particular que abordan. Es decir, en este trabajo se evidencian los enfoques, las nociones y las narrativas empleadas por las políticas públicas cuando se refieren a salud sexual, salud reproductiva, sexualidad y embarazo adolescente.

Es a partir de estas nociones de sexualidad, salud sexual, etc., que los formuladores de política pública interpretan un fenómeno determinado desde sus creencias personales, profesionales, políticas e institucionales, mostrando así un modo particular de aproximarse a una situación. A través de esas nociones es posible evidenciar qué es lo que estos actores y, en general, el país y la ciudad de Bogotá entienden por salud sexual, salud reproductiva y embarazo adolescente y de qué modo esa comprensión permea los comportamientos de mujeres y hombres relacionados con la sexualidad y proponen modelos de sujetos en donde la sexualidad y los comportamientos asociados a ella, sean acordes a lo deseado.

Entonces, la pregunta orientadora es: ¿Cómo se representa la sexualidad de las mujeres en las políticas de salud sexual y reproductiva en Colombia? Dejo la pregunta abierta a las mujeres en general, porque como se verá en la investigación, ‘las mujeres’ son caracterizadas, priorizadas y visibilizadas de maneras distintas que obedecen a estrategias de abordaje, pero también al desconocimiento e invisibilización de otras mujeres, no sólo en la formulación, es

decir, en el documento escrito, sino también en las guías y comerciales de televisión. En esa medida, el objetivo general es, como he dicho, analizar en los discursos de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional y distrital las representaciones que se hacen sobre la sexualidad de las mujeres. Tanto de la pregunta como del objetivo general se desprenden tres objetivos específicos; en el primer objetivo específico quiero identificar las representaciones de las mujeres en la política nacional y distrital en salud sexual y reproductiva; es decir, quienes son esas mujeres y qué condiciones o características tienen a la luz de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva. El segundo objetivo específico plantea analizar los discursos sobre la sexualidad de las adolescentes embarazadas en el marco de las políticas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional y distrital. O sea, una vez identificadas las nociones de sexualidad en ‘las mujeres’ me centraré en los discursos sobre las adolescentes y la relación que establecen con su sexualidad. El tercer objetivo específico busca evidenciar nociones de sexualidad y salud sexual asociadas con las mujeres en los comerciales de televisión. Es de resaltarse que las tres campañas analizadas aquí presentan distintos enfoques y mensajes para referirse a la sexualidad y la relación que tienen las mujeres, adolescentes, hombres y jóvenes.

Al considerar la sexualidad un asunto de política pública, es decir, que hace necesario conformar equipos especializados con actores gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad civil para analizar y priorizar las acciones que conduzcan a la disminución de las estadísticas, a la mejora en la calidad de vida de la población y a la equiparación de oportunidades, entre otros, implica, más allá de la inversión de recursos humanos y financieros, un interés político manifiesto para que la sexualidad haga parte de la agenda pública y política nacional. Por eso, creo que considerar la normativización (formulación de normas y políticas) de la sexualidad a través de políticas en salud sexual y reproductiva, si bien garantiza aspectos necesarios (reclamados, por ejemplo, por organizaciones de mujeres), también se puede comprender desde los roles tradicionales de género, donde ellas desempeñan un papel fundamental en el ciclo reproductivo social; por ende, la regulación es importante de cara, por ejemplo, al control de población (natalidad y morbilidad), de embarazos, infecciones de transmisión sexual, prácticas sexuales, etc.

En términos conceptuales, entiendo por política pública la articulación entre distintas entidades, actores sociales, particulares y gubernamentales que identifican un problema al cual le asignan recursos financieros y humanos para abordarlo a través de estrategias, planificación y seguimiento, las cuales se implementan en los territorios y con diferentes poblaciones focalizadas (Roth: 2002, Velásquez: 2009, Muller: 2002). A través de la comprensión del concepto de política pública, es posible dimensionar el alcance de los documentos analizados a la luz del objetivo general de la tesis, discusión que se dará en el capítulo I.

En cuanto al concepto de representación, Stuart Hall plantea que éste es “una parte esencial del proceso mediante el cual se produce el sentido y se intercambia entre los miembros de una cultura. Pero implica el uso del lenguaje, de los signos y las imágenes que están en lugar de las cosas, o las representan” (Hall, 2010:447). Siguiendo a Hall, la representación de la sexualidad de las mujeres en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva implica la existencia de un lenguaje (el lenguaje técnico utilizado en las políticas públicas), de signos (relacionados con los seis eventos de la política pública y los conceptos asociados a ellos, como sexualidad responsable, embarazo en adolescente, etc.) y de imágenes (sexualidad, embarazo, adolescente, derechos sexuales, salud sexual, etc.). Más adelante, Hall señala que

el vínculo entre los conceptos y el lenguaje es lo que nos capacita para referirnos bien sea al mundo “real” de los objetos, gente o eventos, o bien sea incluso a los mundos imaginarios de los objetos, gente y eventos ficticios. De modo que hay implicados dos procesos, dos sistemas de representación. Primero, está el “sistema” mediante el cual toda suerte de objetos, gente y eventos se correlacionan con un conjunto de conceptos o representaciones mentales que llevamos en nuestra cabeza. Sin esas representaciones mentales no podríamos de ningún modo interpretar el mundo (...) El lenguaje es, por tanto, el segundo sistema de representación involucrado en el proceso global de construir sentido. Nuestro mapa conceptual compartido debe ser traducido a un lenguaje común, de tal modo que podemos correlacionar nuestros conceptos e ideas con ciertas palabras escritas, sonidos producidos o imágenes visuales (Hall, 2010: 448).

Esos dos sistemas de representación (el que llevamos en nuestra cabeza y el mapa conceptual compartido) configuran lo que se entenderá en este trabajo por representación, teniendo en cuenta que aquello que ‘llevamos en nuestra cabeza’ son ideas y nociones relacionadas con la sexualidad de las mujeres y del embarazo adolescente y que por mapa conceptual

compartido se entenderá el lenguaje técnico que se utiliza en la política pública para denominar o nombrar las cosas (hechos, fenómenos, conceptos, situaciones, etc.).

En términos formales, este documento está organizado de la siguiente manera: el capítulo uno presenta un contexto general de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva y del Conpes 147 de 2012, es decir, propone una discusión en torno al concepto de política pública, el ciclo de la política (que permitirá comprender de qué manera se formula una política), y sus fases, para adentrarse en cada uno de los documentos seleccionados para explicar los enfoques, los lineamientos y las estrategias que proponen para abordar la salud sexual y reproductiva en el país. De esta manera daría alcance al primer objetivo específico del trabajo.

En el segundo capítulo se analizan tanto los documentos de política pública como las entrevistas realizadas a mujeres que han trabajado el tema de salud sexual y reproductiva para identificar, entre otras cosas, qué actores participaron y cuáles no en la formulación, quiénes son los sujetos a los que se dirige la política, cómo se aborda el embarazo adolescente y cuál es la relación entre hombres (género masculino) y políticas en salud sexual y reproductiva, para así dar alcance al segundo objetivo específico propuesto.

Finalmente, el capítulo tres analiza los contenidos de las cartillas, guías y comerciales relacionados con salud sexual, reproducción y educación en sexualidad y construcción de ciudadanía y revela las nociones y representaciones de la salud sexual y reproductiva, la familia y la sexualidad que operan en ellos, con lo cual se incorpora el tercer objetivo específico. Por último, las conclusiones del trabajo dan cuenta de los principales hallazgos.

Para el abordaje de los documentos se acudió al análisis crítico del discurso, que se interesa por la relación entre lenguaje y poder, al ser “un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia (...) el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos y ocasionalmente combatidos por los textos y el habla en el contexto social y político” (Van Dijk: 1999:23). Es decir, estudia el lenguaje como práctica social para establecer las relaciones entre lenguaje y poder, donde la particularidad

son los discursos institucionales, políticos, mediáticos, entre otros, en los cuales se pueden establecer relaciones de lucha y de conflicto, o sea, relaciones de poder, construcciones de subjetividades, sujetos, representaciones, etc. El ACD analiza estructuras y relaciones de poder, así como formas o modos de resistencia, ya que los efectos de los discursos no son naturales o dados, sino construcciones socioculturales atravesadas por distintos ejes (Wodak, 2003).

En particular, se recurrió al texto de Siegfried Jäger, (2003) “Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos”, ya que permite dos niveles de análisis, uno estructural del contenido en el cual se hace una caracterización de los medios y los temas generales (en el caso de la prensa) y un análisis orientado hacia el lenguaje en el que se analiza lo que el autor denomina el contexto, la superficie textual y los instrumentos retóricos. Hay que establecer que Jäger utiliza este método en artículos de prensa, pero, para interés del trabajo, se tomaron como referencias las estrategias de argumentación, el simbolismo colectivo, el tipo de vocabulario y estilo utilizado para el análisis de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

Así mismo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a funcionarias públicas y expertas en temas de política pública en salud sexual y reproductiva durante 2013, quienes expusieron, desde su experiencia profesional y laboral, sus ideas frente a dos grandes temas, las políticas públicas en salud sexual y reproductiva y el embarazo adolescente. Se seleccionó la entrevista semiestructurada porque permitía un diálogo abierto con las entrevistadas para que dieran matices a sus respuestas y al mismo tiempo profundizaran aspectos que no quedaban claros en el momento. Y de otro lado, obtendría respuestas directas a las preguntas orientadoras preparadas para la entrevista. En total, fueron cinco entrevistas semiestructuradas hechas a las siguientes personas: Mary Luz Mejía (UNFPA), Lucy Watemberg (del UNFPA); Nancy Johanna de Asas (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá), Adriana Sánchez (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá) y Camila Esguerra Muelle (antropóloga, Magíster en Género, etnicidad y diversidad, docente universitaria, investigadora y consultora de políticas públicas. Ha contribuido con la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas de Bogotá y de Valle del Cauca y con la política de mujer y equidad de género de Bogotá.).

CAPÍTULO UNO: CONTEXTO GENERAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. CASO COLOMBIA (2003) Y BOGOTÁ (s.f).

1. ¿Qué es una política pública?

Quisiera abrir la discusión señalando la dificultad que representa definir qué es una política pública, intentando develar al mismo tiempo, el porqué de esta investigación y la fascinación que me producen las políticas públicas como objetos de análisis no desde una perspectiva de “analista de política pública”, sino desde la perspectiva de los Estudios Culturales. Lo que pretendo es crear un marco común desde el cual establecer qué entiendo por política pública para los fines de este documento. En ese sentido, abordaré la pregunta ¿qué es una política pública?, apoyándome en autores como André Noë Roth (2002), Raúl Velásquez (2009) y Pierre Muller (2002).

Roth plantea en “Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación” (2002) la dificultad en definir política pública debido a la complejidad de la palabra *política* en español:

Para definir el objeto o el concepto de política pública es tradicional partir de la dificultad semántica que existe en español con el término *política*. Es preciso señalar por lo menos tres acepciones que se encuentran cobijadas por la misma palabra y que el idioma inglés sí distingue. Primero, la política concebida como el ámbito del gobierno de las sociedades humanas, *polity* en inglés. Segundo, la *política* como la actividad de organización y lucha por el control del poder, *politics* en inglés. Y finalmente, la *política* como la designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas *policy* en inglés (Roth, 2002: 25).

Así, se entiende por política (*policy*) la designación entre los propósitos de las autoridades públicas con los programas, es decir que sería la articulación entre las autoridades públicas (instituciones, gobiernos, ciudadanías) y los programas que éstas formulan, por ejemplo, políticas públicas medioambientales, económicas, sociales, culturales, etc. Para este autor, la política pública es:

un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria y problemática (Roth, 2002: 27).

La política pública incluiría objetivos, medios, instituciones y organizaciones que buscan orientar las acciones que los actores han identificado como problemáticas. Pero, aunque la definición de Roth es bastante amplia y centra su atención los aspectos antes señalados, Velásquez (2009) indica que la política pública va más allá de los objetivos y de las estrategias para la resolución de problemáticas identificadas por varios actores institucionales, ya que es

Un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener (Velásquez, 2009:156).

En la definición de Velásquez entran en consideración otros elementos, como los instrumentos con los cuales se formula y ejecuta la política pública, la incorporación eventual de actores particulares, los cuales, y dependiendo de la política, se convierten en expertos, el tema de prevención ligada a la solución de una situación en particular y por último, el ambiente en el cual se da la política que, a mi modo de ver, remite más a los contextos situacionales que se relacionan con el problema focalizado por los actores y al contexto político (ambiente político) que hay en torno a la situación.

Por su parte, Muller (2002) define la política pública como:

Un proceso de mediación social, en la medida en que el objeto de cada política pública es tomar a su cargo los desajustes que pueden ocurrir entre un sector y otros sectores, o aun entre un sector y la sociedad global (Muller: 2002: 48). Hay política pública cuando una autoridad local o nacional intenta, a través de un programa de acción coordinado, modificar el ámbito cultural, social o económico de actores sociales, considerados en general dentro de una lógica sectorial (Muller, 2002: 50)

Para Muller (2002), la política pública implica una mediación social que debe tener en cuenta los desajustes (desacuerdos) entre los sectores y actores, y que se considera como tal en el momento en que las autoridades, modifiquen el ámbito que se tenga en cuenta en la política mediante programas. Como último elemento está lo sectorial, ausente en las otras dos

nociones y que me parece importante destacar ya que muchas de las políticas públicas lo incluyen (salud, educación, cultura, etc.) para formular políticas encaminadas a “resolver” o “disminuir” una determinada situación problema que concierne a ese sector, pero que requiere de la cooperación de otros sectores y/o actores distintos tanto para la formulación como la implementación.

Por su parte, Meni y Thoenig afirman que “una política pública se presenta bajo la forma de un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o un espacio geográfico”; la cual debe: i) estar constituida por medidas concretas, ii) comprende decisiones o formas de asignación de recursos, iii) se inscribe en un marco general de acción lo que permite distinguirla de medidas aisladas; iv) tiene un público cuya situación se afecta por la política y finalmente, v) define metas u objetivo en función de normas y valores (en Muller 2009:67).

Si bien cada una de las nociones aquí presentadas incorpora nuevos elementos a la discusión, mi interés, más que consolidar una única postura frente al tema, es mostrar las posibilidades en la definición de la noción de política pública. En consecuencia, entenderé por política pública la articulación entre distintas entidades, actores sociales, particulares y gubernamentales, que identifican un problema al cual le asignan recursos financieros y humanos para disminuirlo o solucionarlo a través de estrategias, planificación y seguimiento. Estas acciones, que se implementan en los territorios y con diferentes poblaciones focalizadas, tienen impactos en los comportamientos, actitudes y prácticas de quienes son objeto de la política pública (públicos o individuos). Así mismo, la política pública marca las orientaciones generales y estructurales para la resolución de las problemáticas sociales identificadas en los distintos medios y sectores.

Estos documentos, avalados por los ministerios, entidades no gubernamentales, la sociedad civil (no) organizada, los sectores privados, la academia, los analistas, las organizaciones sociales, formuladores de política, los expertos y expertas, contienen las concepciones, representaciones, imaginarios, creencias, posiciones políticas e ideológicas y en algunos casos, religiosas, que el Estado (a través de sus funcionarios, entidades territoriales y nacionales, los expertos y los organismos internacionales de cooperación que intervienen en estos procesos), tiene sobre determinada situación. Es decir, la lectura que hacen de un problema se refleja en el documento de política pública, el cual es una instantánea de lo que

el Estado colombiano cree respecto de dicho tema, independientemente de cuál sea, y que posteriormente es implementada durante la vigencia de la política pública.

En este punto quisiera señalar algunos aspectos sobre la política pública en general que considero relevantes: i) la capacidad que tiene para identificar un problema a partir de una “radiografía situacional” que le permite leer los contextos, las poblaciones vinculadas y las acciones necesarias para intervenir el problema; ii) la habilidad de vincular a las ‘poblaciones vulnerables’ y seccionarlas por enfoques, edades, sexo, orientación sexual, identidades de género, ciclos de vida, regiones, territorios, niveles educativos, zonas urbanas o rurales, raza, etnia, prácticas culturales y muchas características que particularizan y especializan excesivamente la política - eso sin contar con enfoques y principios como diversidad, equidad, territorialidad, multiculturalidad, etc. iii) la falta de proyección, es decir, la política pública va a un ritmo y con unas dinámicas distintas a las poblaciones, territorios y culturas. A mi modo de ver, la política pública se queda congelada en el tiempo y se torna ajena frente a una situación dinámica e inconstante que requiere de estrategias más flexibles, por ejemplo, en el caso de la PNSSR (2003), que fue reformulada después de once años.² Esto también se relaciona con los procesos y ritmos institucionales y las dinámicas con las cuales las entidades funcionan. Es decir, los procesos se inscriben en la planeación de cada entidad por el tiempo determinado.

1.1 La política pública y sus ciclos.

El llamado “ciclo de las políticas públicas” es, según Roth, la “descomposición de la política pública en una serie de etapas o de secuencias lógicas” (2002:49), que facilitan la lectura y análisis de la política. Estas etapas no necesariamente son lineales y no todas se cumplen a cabalidad. Para Jones (citado en Roth 2009), hay cinco fases en el desarrollo de una política pública: 1) la identificación del problema, 2) la formulación de soluciones, 3) la toma de

² La nueva política pública fue elaborada y publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social en asociación con Profamilia, UNFPA y OIM en 2014 (este documento no fue tenido en cuenta en el corpus de la tesis pues no estaba publicado en el momento del levantamiento de la información (2012)). El documento se llama “Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos”, y representa un cambio significativo en la manera como se comprende la salud sexual y la salud reproductiva en el país. Allí, por ejemplo, se incluyen a las personas con discapacidad, se amplía el marco conceptual, las estrategias y los mecanismos de monitoreo y seguimiento, así como la financiación y las responsabilidades de las entidades, entre otras novedades.

decisión, 4) la implementación y 5) la evaluación de la política pública. Estas fases se convierten en muchos casos en los instrumentos que utilizan los formuladores y analistas de política pública para la formulación y análisis de las mismas, una especie de regla.

Gráfico 1. Modelo ciclo de la política pública.



FUENTE: Elaboración propia con base en Roth (2009).

Veamos lo anterior con un ejemplo. Si tomo como punto de partida el tema del embarazo adolescente, atomizado en diversas acciones, planes y programas, notamos que hay muchos mecanismos e instrumentos que las entidades y organismos están utilizando para abordarlo. En ese sentido, encontramos artículos de prensa, investigaciones, mediciones, y cifras de natalidad donde se ha calificado de problema público la situación de embarazo adolescente, el cual se ha ido incluyendo en la agenda pública nacional. Es en este momento cuando se podría hablar de “identificación del problema” que sería, en este caso, que personas entre los 14-19 están quedando embarazadas. En la segunda fase se buscarían mecanismos que ayuden a controlar, disminuir o solucionar la problemática ya que se ha insertado en la agenda pública. En la tercera fase, las instituciones, entidades y demás actores se reúnen para evaluar las alternativas para la resolución del problema, que siguiendo con el ejemplo, puede ser la

disminución del porcentaje de adolescentes que quedan embarazadas anualmente. En el cuarto momento se ejecutan las acciones y estrategias que se propusieron, y es ahí cuando las entidades líderes de los procesos las ponen en marcha. Finalmente, la quinta fase corresponde al momento en el que las entidades evalúan los resultados de las estrategias dependiendo de los tiempos asignados para su ejecución. Estos resultados van a medir no sólo la efectividad en la consecución de los objetivos programados, sino que pueden ser insumos para la re-formulación de una nueva política pública que aborde otros escenarios posibles.

Según Roth, (2002) existen tres ventajas en el uso de este modelo para la formulación y el análisis a las políticas públicas: 1) permite la focalización de los procesos más que sobre las instituciones; 2) desagregar la política en procesos facilita más su análisis y 3) la orientación que propone el modelo sobre los estudios concretos. Por su parte, Muller (2009) señala que uno de los problemas radica en el orden de las fases y en las fases mismas, ya que el orden puede ser invertido, alterado e incluso se pueden omitir fases, ya que en la práctica las cosas no se dan siempre de la misma manera. Sin embargo, y considerando que este modelo es funcional para los intereses de este trabajo, diré que se ajusta al análisis de los documentos de política pública que tendré en cuenta en el siguiente aparte de este capítulo, cuando me centraré en la exposición de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

1.2 La política pública nacional en Salud Sexual y Reproductiva (2003).

Colombia formuló en 2003 la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva-PNSSR a través del Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, con proyección a cuatro años (2003-2007)³. Las líneas de acción que aborda esta política

³ La PNSSR fue formulada por un equipo del Fondo de Población de Naciones Unidas y del Ministerio de la Protección Social usando como referencia bibliografía académica resultados de investigaciones publicadas por el Fondo, censos nacionales realizados por Profamilia desde 1990, leyes y normas nacionales como la Constitución y documentos publicados por entidades nacionales, distritales e internacionales.

son: (i) maternidad segura⁴, (ii) planificación familiar⁵, (iii) salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes⁶, (iv) cáncer de cuello uterino⁷, (v) ITS, VIH/Sida⁸, y (vi) violencia doméstica y sexual⁹. Estos son los temas prioritarios en campañas, acciones y planes donde se interviene principalmente a las mujeres en determinados ciclos vitales¹⁰. Así mismo, la política se apoya en la definición de salud sexual y reproductiva-SSR de la Organización Mundial de la Salud- OMS.

En segundo lugar están los principios orientadores de la política: 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. Se reconocen los derechos sexuales y reproductivos como universales los cuales deben ser garantizados por el Estado¹¹; por equidad se hace referencia a la corrección de “las inequidades derivadas de las desigualdades en las relaciones entre los sexos, asociadas

⁴ Las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a (PNSSR, 2003).

⁵ Tiene como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar (PNSSR, 2003).

⁶ La SSR de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción (PNSSR, 2003).

⁷ Acciones orientadas a la promoción de factores protectores y a la reducción de factores de riesgo, el fomento del autocuidado mediante la realización de citología cervicovaginal (CCV) desde el inicio de la vida sexual, la detección temprana de este tipo de cáncer en servicios de salud mediante CCV en condiciones de calidad, la continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento y el estricto seguimiento al mismo (PNSSR, 2003).

⁸ El trabajo comprende acciones dirigidas no sólo a las poblaciones vulnerables sino a toda la población en su conjunto, relacionadas con la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, el acceso de la población a la detección y el tratamiento adecuado de las ITS y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública (PNSSR, 2003:20).

⁹ Acciones orientadas a garantizar la atención integral a las víctimas de violencia doméstica y sexual, con sistemas adecuados de asesoría y referencia. Así mismo, se deben implementar mecanismos de vigilancia en salud pública de la violencia doméstica y sexual (SIVIF), que permitan tener información estadística completa y confiable que sirva para orientar las acciones del Estado, incluyendo la identificación de estrategias de prevención y detección temprana y la promoción de los factores protectores contra la violencia doméstica y sexual (PNSSR, 2003).

¹⁰ En la actualidad, la alianza Ministerio de la Salud y Protección Social y UNFPA está implementando una nueva estrategia orientada a jóvenes (mujeres y hombres) de todo el territorio nacional que se llama *Generación + (más)* en la que se invita a los y las jóvenes a través de distintas estrategias comunicativas (comerciales de tv, página web, redes sociales, serie de tv *Revelados* en la que se abordan distintos temas relacionados con la sexualidad y la salud sexual y reproductiva) promoción de proyectos para los jóvenes, entre otras. Esta gran campaña busca promover entre otras, la sexualidad responsable, o sea, prevención de la maternidad y paternidad tempranas. Para mayor información sobre este programa, consultar: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/generacion-mas.aspx>

¹¹ Implica el reconocimiento de su carácter de universales, intransferibles e inalienables y la obligación del Estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio.

principalmente con la mayor carga que enfrentan las mujeres en la división sexual tradicional de las tareas sociales, la baja participación de los hombres y la precariedad de las habilidades de negociación de ambos sexos en los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción” (MINSALUD-UNFPA: 2003:21); salud es un ‘servicio público [y] se hace alusión a la calidad en la prestación de los servicios y en la incorporación de la perspectiva de género para la toma consciente de las decisiones’, las intervenciones focalizadas, por su parte, priorizan a las personas que tienen menores niveles de escolaridad, desplazamiento, jóvenes y población en condiciones de pobreza para que mediante su atención se contribuya a la equidad y justicia social (MINSALUD-UNFPA: 2003:23).

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible decir que el Estado ha establecido una serie de parámetros que le permite ir dividiendo y separando a quienes son más ‘vulnerables’ o están en mayor riesgo de quienes no corresponden con estas representaciones de sus condiciones. Creo que si el fin de la política pública es buscar un bien común, la PNSSR adopta este principio a la perfección, porque busca que los seis eventos referenciados mejoren las condiciones de las mujeres focalizadas desde la política.

Sin embargo, no deja de sorprender cómo el argumento de la universalización pierde peso cuando se explican los principios de la política a partir de la representación de unos seres humanos, más precisamente mujeres, que estarían en esas condiciones de riesgo y vulnerabilidad, además de las alusiones a las regiones, territorios, condiciones sociales y culturales que son relativamente fáciles de ubicar en lo que Hall (2010) llamó sistemas de representación. Me explico. Si la política busca generar condiciones de paridad en las relaciones entre hombres y mujeres, empoderar a estas últimas, mejorar los servicios públicos de salud, e intervenir en quienes que tengan ciertas características, no se está hablando de un universo completo y homogéneo de sujetos que están en esta situación, sino que se está haciendo referencia a unos sujetos particulares, con unas condiciones de existencia distintas del ‘universo’ que los hacen ubicables en esa ‘zona de intervención focalizada’ que finalmente se traduce en programas de acción e intervención social.

Así que en principio, estos sujetos no son todos – están en condiciones económicas y sociales desfavorables, en contextos de desigualdad social, no tienen servicios de salud garantizados,

y presentan bajos niveles de escolaridad. A mi modo de ver, estos sujetos, creados a partir de las condiciones reales de existencia, tienen un género particular y unas condiciones específicas: se trata de mujeres pobres, rurales y urbanas, y es hacia quienes estaría orientada la política.

Finalmente, están las metas que se busca cumplir una vez se implementen los planes, programas y proyectos derivados de la PNSSR (2003), los cuales, en su gran mayoría, apuntan a la disminución o prevención de los factores indicados anteriormente. Para el caso de la maternidad segura, se busca reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable; en el caso de la planificación familiar, se busca aumentar el uso correcto de los métodos anticonceptivos en la población masculina (principalmente) y reducir la demanda de planificación familiar principalmente de mujeres en edad fértil. Así mismo, se busca reducir en un 26% el embarazo adolescente y dejar la tasa de fecundidad en 14%. Con respecto al cáncer de cuello uterino, se quiere mejorar la cobertura para su detección temprana mediante la citología cervico-vaginal en el 90% de la población objeto, así como disminuir la mortalidad por esta causa¹². En cuanto al VIH y las ITS, se busca mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%, reducir la sífilis congénita en los recién nacidos a menos del 0.5% de cada 1000 nacimientos y eliminar la hepatitis B en recién nacidos. Finalmente, se busca incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores (MINSALUD, UNFPA: 2003).

Tabla 1. Cuadro comparativo sobre el enfoque y los principios de la PNSSR 2003.

Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (2003).		
Enfoque	Principio	Lineamientos o ejes estratégicos.
Constitución Nacional, Artículo 2.	Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.	Maternidad segura.

¹² Hace unos años se promovió una campaña televisiva (spot y comerciales) en la que se invitaba a las mujeres a practicarse la citología para prevenir el cáncer de cuello uterino o detectarlo a tiempo. La campaña al parecer tuvo mucho impacto, pues las mujeres acudían a hacerse la citología, pero no estaban reclamando los resultados, de forma que se debió insistir no sólo en el examen, sino en reclamar los resultados. El comercial, protagonizado por la ex reina Paula Andrea Betancur, está disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=TLCCAeV8Aqk>

	Equidad.	Planificación familiar.
	Empoderamiento	Salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes.
	Intervención focalizada.	Cáncer de cuello uterino.
	Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.	Salud como servicio público prestado con criterios de calidad.
Violencia doméstica y sexual.		

Fuente: elaboración propia con base en el documento citado.

La Constitución Política es uno de los enfoques de la política, y “define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado” (MINSALUD, UNFPA: 2002: 12). Finalmente, los derechos sexuales y reproductivos-DSR son considerados derechos humanos ya que buscan garantizar mejores condiciones que contribuyan con el desarrollo de las personas y les permita decisiones autónomas y libres:

Los DSR son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida (por ejemplo, poner en riesgo la vida de las mujeres por embarazo u otros aspectos relacionados con la procreación); a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación⁸ (por ejemplo, igualdad independientemente del sexo, la edad, la orientación sexual, la etnia o cualquier otro factor); a la integridad personal (por ejemplo, a tener una vida sexual y reproductiva libre de acoso, coerción o violencia), entre otros (MINSALUD, UNFPA: 2003: 13).

Por su parte, los principios adoptados por la política recalcan la necesidad de que los DSR, al ser equiparados con Derechos Humanos, sean reconocidos universalmente y sean de obligatorio cumplimiento por parte del Estado para que las personas tengan libertad en su ejercicio, así como las garantías necesarias para el goce efectivo de los mismos: “la concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos implica el reconocimiento de su carácter de universales, intransferibles e inalienables y la obligación del Estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 21).

En cuanto al principio de equidad, se busca que los sectores vulnerables que han sido excluidos e invisibilizados tengan mejores y más oportunidades de acceso a los servicios y al goce de sus derechos con las garantías que brinda el Estado para tal fin. En esa medida, la equiparación de las oportunidades les posibilitará más alternativas para mejorar su calidad de vida y tendrán menos factores de riesgo asociados que los pongan en condiciones de vulnerabilidad en materia de salud sexual y reproductiva, sobre todo, en cuanto a inequidades de género como las derivadas de las “desigualdades en las relaciones entre los sexos, asociadas principalmente con la mayor carga que enfrentan las mujeres en la división sexual tradicional de las tareas sociales, la baja participación de los hombres y la precariedad de las habilidades de negociación de ambos sexos en los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 21).

El empoderamiento se comprende en dos niveles: por un lado, con el fortalecimiento de las relaciones entre mujeres y hombres para que ellas puedan tomar decisiones autónomas y en condición de igualdad ya que, como reconoce la política, “el empoderamiento de las mujeres y la consecuente mejora en su situación económica, social y cultural, son elementos indispensables para el desarrollo” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 22). De otro lado, el empoderamiento relacionado con la exigibilidad por parte de las mujeres en el cumplimiento, acceso y goce efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos hace necesario el desarrollo de “mecanismos para dotar a las/os usuarios de los servicios de salud de las herramientas necesarias para exigir y hacer cumplir sus derechos y para asumir la responsabilidad individual y social frente al cuidado de la salud” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 22). A través de la intervención focalizada, las acciones priorizadas son dirigidas “a las personas con menores niveles de escolaridad, las desplazadas, los jóvenes y, en general, la población en condiciones de pobreza” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 22).

Me llama la atención que el principio de ‘intervención focalizada’ se encuentre allí y no, por ejemplo, en la metodología, ya que a través de ésta se realizan “las acciones para desarrollar la política de SSR con base en criterios de focalización que contribuyan a la equidad y a la justicia social” (MINSALUD, UNFPA: 2003:22). Esto puede tener dos lecturas: por una parte, desde el punto de vista de la política pública no se puede vincular a todos los grupos

poblacionales con todas las dinámicas particulares al mismo tiempo, por lo que se debe priorizar un sector que se encuentre en condiciones particulares, lo cual explicaría la ‘intervención focalizada’; pero la otra lectura es que esa intervención no es solamente la caracterización y atención de la población vulnerable, sino que además se intervendrá directamente sobre ésta a través de los programas de atención en donde se caracterizan a las personas, sus familias y se elabora un diagnóstico situacional (que incluye situación educativa, económica y social) para posteriormente diseñar en conjunto estrategias que les permitan a las personas y/o familias superar o atender la situación o problemática particular.

Finalmente, y de acuerdo con el Decreto 2309 de 2002, la salud debe ser un servicio prestado con criterios de calidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. En ese mismo sentido, la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva- SSR debe considerar

elementos tales como la confidencialidad, la formación adecuada del recurso humano, no sólo en los aspectos médicos, técnicos, de seguridad, de sistemas de referencia y contrarreferencia y normativos sino en habilidades de comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género y condiciones que les permitan a los usuarios y usuarias la toma de decisiones informadas (MINSALUD, UNFPA: 2003: 22).

Sumado a lo anterior, los servicios de SSR deben tener en cuenta los contextos socioculturales, la edad, el sexo, las necesidades y particularidades de la población al momento de prestar la atención solicitada y/o requerida, o que exija la adecuación del servicio por una condición particular (MINSALUD, UNFPA, 2003).

En el caso de los lineamientos de la PNSSR, éstos corresponden a los seis eventos priorizados y requieren de unas medidas particulares para su atención y desarrollo. Estos momentos son, como se evidenciará a lo largo del trabajo, determinantes de gran incidencia en las mujeres, incluyendo desde su calidad de vida hasta la construcción y desarrollo de sus proyectos de vida.

1.3 Documento de trabajo, política pública en salud sexual y reproductiva: sexualidad sin indiferencia (s.f.) en el caso de Bogotá.

El documento de Bogotá no se llegó a consolidar como una política pública en el mismo nivel y sentido que el nacional, ya que su formulación no se completó y la ciudad comenzó a operar con el modelo que se había propuesto desde la nación. En ese sentido, es importante anotar, que si bien no es posible considerarlo como una política pública distrital terminado y en operación, sí es un documento de trabajo que permite evidenciar el horizonte que, desde la administración del entonces alcalde Luis Eduardo Garzón (2004 - 2007), se le estaba dando a la salud sexual y reproductiva de l@s capitalin@s.

Bogotá es una ciudad que crece, se dinamiza, y donde llegan cientos de personas desde distintas regiones del país y del exterior. Es una ciudad que se ha transformado en los últimos 20 años, ha tenido liderazgos de mujeres en altos cargos de decisión a nivel distrital (Fuentes, 2009), y ha formulado varias políticas públicas poblacionales – una ciudad en la que viven mujeres cabeza de familia, personas con discapacidad, hombres, adultos mayores, personas con sexualidades diversas, jóvenes, trabajadores, población afrodescendiente, indígenas, niños y niñas. Una ciudad que crece a pesar de las problemáticas que viene cargando desde décadas atrás, y de otras que han surgido, como es el caso del embarazo en adolescentes, que cada vez adquiere más importancia debido a la explosión de normas y políticas, así como el reconocimiento de derechos, investigaciones, estudios, etc., que han ido focalizando a una población que se diluía en los mapas sociales por encontrarse en escenarios que no facilitaban su ubicación, seguimiento y caracterización.

El documento de trabajo “Sexualidad sin Indiferencia” fue elaborado durante la administración del alcalde Luis Eduardo Garzón (2004-2007), cuyo plan de desarrollo “Bogotá sin indiferencia: un compromiso social contra la exclusión y la pobreza”¹³ propuso

¹³ “Nuestro objetivo es contribuir con decisión para que Bogotá comience una nueva era de solidaridad y esperanza, en el marco de un desarrollo equilibrado y sostenible entre lo social y lo económico. Una ciudad de oportunidades, integrada a la región y al mundo, productiva, competitiva, generadora de confianza para los inversionistas y creadora de riqueza colectiva. Una nueva era en la que superemos la indiferencia y tengamos la certeza de que hemos sido capaces de generar condiciones sostenibles para erradicar el flagelo del hambre. Una era en la que se privilegien los derechos de los niños y las niñas, y los jóvenes cuenten con las condiciones

construir una ciudad en la que todas y todos contribuyeran para construir una Bogotá moderna y humana. En este marco social, presentó un documento en el que se reflejan las ideas y planes que se propusieron en materia de salud sexual y reproductiva. Dicho documento difiere en estructura¹⁴ de la Política Nacional (2003), ya que no se completó como el documento de política distrital en salud sexual y reproductiva, ni tampoco se implementó en la ciudad; sin embargo da pistas sobre la construcción de un modelo de intervención y un marco de comprensión para la salud sexual y reproductiva de Bogotá que propone algunos escenarios distintos a la PNSSR, aunque conserva la cuestión de los “episodios” de intervención.

En este sentido, el distrito ha venido operando con la PNSSR del 2003,¹⁵ según relata Adriana Sánchez, funcionaria de la secretaría de Salud del Distrito en entrevista realizada en 2013:

Nosotros veníamos funcionando y hemos venido funcionando con la PNSSR que lleva más de 12 años de estar trabajando con ella. Ten en cuenta que la política nacional de salud sexual y reproductiva estaba formulada con un horizonte de cinco años, no más, y esa política continuó, sí, entonces como que ya está afuera de los cinco años para lo que fue creada, no se le ha hecho ningún tipo de ajuste, evaluación, ni nada de estas cosas, y pues ha pasado el tiempo y ya llevamos prácticamente 12 años con ella. Acá nosotros desde el nivel distrital hemos visto la necesidad de hacer una construcción porque las cosas en el tiempo cambian, ¿sí? las necesidades también cambian y los enfoques también van cambiando (Sánchez, 2013).

para construir un futuro de bienestar y esperanza, al igual que las mujeres, por cuyos derechos trabajaremos sin descanso” (Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación, Plan acuerdo 119 2004: 13). Disponible en: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ciudadania/PlanesDesarrollo/BogotaSinIndiferencia/2004_2008_BogotaSinIndiferencia_a_Plan_Acuerdo119_2004.pdf Consultado el 30/03/2015 (30/03/2015)

¹⁴ Las secciones del documento distrital son: Introducción, la no indiferencia a la sexualidad, enfoques de la política, ejes de la política, metas y conclusión.

¹⁵ Debido a esto, la política quedó como un documento de trabajo, a pesar que la página web de la secretaría la referencia. Si bien esto supuso un tropiezo en la investigación, decidí continuar con el documento ya que se había divulgado, reúne los criterios de selección del corpus del trabajo, y brinda otras perspectivas frente al tema. El documento no tiene fecha de elaboración, por lo que no me es posible afirmar que data de 2007, así que lo referencio como documento sin fecha (s.f). El nuevo documento de política pública consiste en el informe final que presenta los lineamientos para la construcción de la política de sexualidad de Bogotá, el cual fue elaborado en convenio con la Universidad Nacional, el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá durante la administración del alcalde Gustavo Petro. Este documento, elaborado en 2012, se dio a conocer cuando ya se había recopilado el corpus de este trabajo. Ese documento, elemento de análisis importante para futuros desarrollos, está disponible en: <https://www.saludcapital.gov.co/PoliticasyenFormulacinPOLITICA%20DISTRITAL%20DE%20SEXUALIDAD.pdf> (22/06/2014).

Retomando a Sánchez, ya se evidenciaba la necesidad de que se formulara una política pública actualizada respecto a las dinámicas y requerimientos de las mujeres y hombres, no sólo para el distrito, sino para el país y que respondiera a las dinámicas actuales y no sólo a los seis episodios en los que se centra.

Ahora bien, en la Tabla 2 se presentan los enfoques, principios y líneas estratégicas del documento de trabajo llamado “Política Distrital: sexualidad sin indiferencia”.

Tabla 2. Cuadro del documento de trabajo “política distrital de salud sexual y reproductiva: Sexualidad sin Indiferencia”.

Política Distrital Sexualidad sin indiferencia (s.f.).		
Enfoque	Principio	Lineamientos o ejes estratégicos.
Autonomía.	Sexualidad humana (procreativa, erótica, comunicativa)	Educación para la sexualidad y la vida.
Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.		
Salud sexual y derecho a la salud.		Proteger la sexualidad para promover la calidad de vida y la salud.
Cuerpo.		
Género.		
Participación masculina.		Cero tolerancia con la mortalidad materna y perinatal.
Opciones sexuales.		

FUENTE: elaboración propia con base en el documento citado

Los enfoques en este caso tienen en cuenta aspectos como las opciones sexuales, el cuerpo, la participación masculina, el género y conserva algunas de las que propone la PNSSR como el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y el derecho a la salud.

Gracias a la autonomía, las decisiones que toman los sujetos serán libres y consecuentes con sus deseos y necesidades con pleno “ejercicio de la libertad en relación con las decisiones que los sujetos toman en el marco de sus deseos y necesidades, al tiempo que en el plano colectivo se refiere a las posibilidades que tienen los grupos de tomar parte activa en las

decisiones que afectan a todos, lo que se define en la esfera de lo público” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 6).

Por su parte, los DSR, como se ha mencionado, deben ser abordados como Derechos Humanos, para que las personas accedan y gocen de sus derechos de manera libre, autónoma y correspondiente a sus necesidades sin ser objeto de exclusión, victimización, rechazo y discriminación ya que a través de ellos se “garantizan la libre decisión sobre la forma como se expresa la sexualidad en las esferas procreativa, erótica y comunicacional” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 6).

La salud sexual busca que las personas conozcan sus cuerpos, tomen decisiones sobre su sexualidad y escojan las maneras de relacionarse libremente, además que “tengan condiciones para tener una vida sexual segura, satisfactoria y placentera, no necesariamente ligada a la procreación” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 6). El derecho a la salud, por su parte, implica servicios médicos de calidad que cubran las necesidades de la población y les permita conocerse, escoger y relacionarse con otras personas, teniendo en cuenta “la educación y asesoría sexual, servicios de regulación de la fecundidad, ginecológicos y obstétricos, así como para una adecuada prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual, de la violencia y abuso sexual, de otras enfermedades infecciosas, cáncer y demás patologías que afectan el ejercicio pleno de una sexualidad sana” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 6).

Así como es importante el conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos y de los servicios a los que tiene derecho y las maneras que prefiera para relacionarse con los otros para tener una sexualidad sana, es preciso que las personas conozcan sus propios cuerpos no sólo a nivel biológico y reproductivo, sino en todas las dimensiones que lo complejizan como “un sistema de símbolos, como una construcción social de poder y conocimiento en la sociedad, o como un efecto del discurso social” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 6).

El principio de género hace referencia a las diferencias entre hombres y mujeres que se han aprendido en los procesos de socialización, en esa medida, la política lo entiende como el “conjunto de rasgos adquiridos en el proceso de socialización, que diferencian a hombres y

mujeres en una sociedad. Son las responsabilidades sociales, pautas de comportamiento, valores, gustos, temores, actividades, expectativas, etc., que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 7).

Con respecto a la participación masculina como enfoque, éste hace mención a las situaciones que enfrentan los hombres y que son invisibilizadas o poco conocidas por factores como la falta de información, denuncia ante agresiones, tabúes, etc., en ese sentido, se busca que a través del documento distrital “las inequidades los padecimientos de género y el sufrimiento de las consecuencias negativas del machismo son diferentes para los hombres” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 7) sean atendidas desde la política y mediante distintas estrategias esas situaciones disminuyan para que las consecuencias negativas del machismo que recaen en los hombres, les permitan tener una mejor relación con su salud sexual y salud reproductiva.

Para terminar, están las opciones sexuales como uno de los enfoques nuevos y distintos a la PNSSR, que tiene que ver con el modo en que cada quien desea y escoge vivir su sexualidad y la relación que establece con los otros y otras. Este principio no es del todo claro en la PDSSR porque no explica qué se entiende por opciones sexuales, sino que se concentra en otros aspectos no asociados con la opción sexual:

Las *opciones sexuales* no hacen a las personas ni buenas ni malas y debe ser contemplada desde la tolerancia, entendiendo esta como un proceso activo que implica reconocer, aceptar y valorar al otro o a la otra y conlleva el respeto por la libertad como punto de partida de cualquier forma de vínculo o de relación de poder. No existe *una* sexualidad porque esta es únicamente un imaginario social que como tal no es uno, sino propio de cada espacio, tiempo, lugar, sociedad, cultura y persona. Hay particularidad en la vivencia que cada un@ tiene de la homosexualidad, la heterosexualidad, la lesbianidad o la bisexualidad y la condición de transgéneros (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 7).

Más que una clara explicación o contextualización de lo que se entiende por opción sexual en el marco de la política de salud sexual y reproductiva, el documento parece vincular conceptos, imaginarios y estereotipos de género que generan confusiones. Habría que señalar, por ejemplo, el uso de expresiones del ‘sentido común’ como “las opciones sexuales no hacen a las personas buenas ni malas” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 7), poniendo como precedente la idea de binarismo moral, para lo cual requiere aclarar que no es ni bueno ni

malo tener una sexualidad “diversa”, o cuando señala que hay particularidades en la vivencia de “la homosexualidad, la heterosexualidad, la lesbianidad o la bisexualidad y la condición de transtérminos” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 7), evidenciando claras confusiones en el uso de los conceptos. Pese a lo anterior, se destaca la iniciativa de tener en cuenta las necesidades particulares de las personas LGBTI en la formulación de una política de salud sexual y reproductiva así no se propongan acciones particulares en términos de acceso a servicios de salud, de salud sexual y salud reproductiva. Y de otro lado, el distrito mostró grandes avances luego de la formulación de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas-LGBT- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital¹⁶.

El principio relacionado en del documento “política distrital de salud sexual y reproductiva: sexualidad sin Indiferencia” se refiere a la sexualidad humana y sus componentes procreativo, erótico y comunicativo. El primero remite a la reproducción y todo lo asociado a ella, cuidados prenatales, embarazo, parto, métodos de planificación, acceso a información, educación y servicios, etc.; el erótico se relaciona con el afecto, las necesidades psicosexuales, la intimidad, la sexualidad, etc.; y el comunicativo implica la interacción con otros/as, así como expresiones de amor, deseo, contacto, de pensamientos, emociones, acciones y deseos (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.).

Los ejes estratégicos de la PDSSR son: 1) la educación para la sexualidad y la vida donde se promuevan transformaciones en los estereotipos e imaginarios relacionados con el ejercicio de la sexualidad haciendo de la sexualidad una responsabilidad del Estado y un derecho de las personas a través de una educación que tenga en cuenta los tres componentes (erótico, procreativo y comunicativo); 2) proteger la sexualidad para promover la calidad de vida y la salud relacionada con la prestación de los servicios de salud y la atención integral en salud sexual y reproductiva; y 3) cero tolerancia con la mortalidad materna y perinatal que busca a través de diferentes estrategias promoción de la calidad de vida para que se pueda

16 De acuerdo con el informe “Balances y perspectivas” se explica cuál fue el proceso que se llevó a cabo para la formulación de dicha política y se explica de manera conceptual las identidades de género, la orientación sexual y la perspectiva de género. Aspectos que son relevantes para la comprensión y construcción de una política en salud sexual y reproductiva.

identificar dónde, cómo y qué mujeres son las que mueren, para orientar las acciones dentro de un marco de universalidad y equidad, y de acción efectiva sobre los determinantes sociales y culturales de la mortalidad materna y perinatal, identificando e interviniendo los grupos sociales más vulnerables en cada territorio social, a través de acciones transectoriales (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f: 10).

Teniendo en cuenta los enfoques del documento “política distrital de salud sexual y reproductiva: sexualidad sin Indiferencia” (autonomía, derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y derecho a la salud, cuerpo, género y participación masculina) y las referencias, por ejemplo, al concepto de cuerpo, género y DSR, me llama la atención la apuesta por la inclusión de sexualidades diversas reconociendo, en primer lugar, su existencia y de otro lado, la importancia de su inclusión en la política pensando en sus necesidades y condiciones particulares relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva, así como los derechos sexuales y reproductivos.

Los ejes y las metas establecidas abordan las siguientes problemáticas: 1) educación para la sexualidad y la vida, con la que se busca promover la transformación de patrones, estereotipos e imaginarios para el pleno ejercicio de la sexualidad como dimensión humana, con la meta de disminuir los nacimientos en jóvenes de 15-19 en un 17%; 2) protección de la sexualidad para promover la calidad de vida y la salud, garantizando la promoción, prevención, fomento y atención integral en salud sexual y reproductiva, así como facilitar el acceso a la información con lo que se busca reducir a menos de 0.5% la prevalencia del VIH en la población general para el periodo 2004-2008, y cero transmisión perinatal de la sífilis y del VIH como la meta; y, 3) cero tolerancia con la mortalidad materna y perinatal a través del fortalecimiento de las acciones de intervención y detección de las mujeres vulnerables cuya meta es reducir la mortalidad materna a menos de 45 por 100.000 nacidos vivos para el periodo 2004-2008, y reducir la mortalidad perinatal evitable a menos del 50% como meta resultante en el mismo periodo.

1.4 CONPES Social 147 de 2012. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

El Conpes -Consejo Nacional de Política Económica y Social- creado por la Ley 19 de 1958, es la máxima autoridad nacional de planeación que se desempeña como organismo asesor del gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico social del país;¹⁷ propone, en este caso, la creación de estrategias que permitan la disminución del embarazo adolescente en Colombia. Si bien se trata de un documento de lineamiento de política pública, su estructura difiere mucho de los dos esquemas que presenté anteriormente. Primero, porque se centra únicamente en el embarazo adolescente y no abarca otras problemáticas asociadas a las mujeres; segundo, presenta el contexto, el debate conceptual y teórico, así como la metodología para la propuesta estratégica; y tercero, porque, a diferencia de las dos políticas que fueron formuladas prácticamente bajo la responsabilidad de una entidad -y con el acompañamiento del UNFPA en el caso de la PNSSR-, en el Conpes se vincularon varias entidades del orden nacional para proponer una estrategia para abordar el embarazo adolescente en el país, y cuarto, en tanto, lineamiento de política, no hay un periodo específico de duración y/o implementación.

Ahora bien, los componentes del Conpes 147 de 2012 son: i) introducción, ii) justificación, iii) situación actual del embarazo adolescente, iv) marco conceptual, v) lineamientos para el desarrollo de la estrategia, vi) recomendaciones y vii) bibliografía. Veamos con mayor detalle el enfoque, los principios y los lineamientos.

Tabla 3. Cuadro con los principios, ejes estratégicos y enfoques del Conpes 147 de 2012¹⁸.

<p style="text-align: center;">Conpes 147 de 2012. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.</p>

¹⁷ El Departamento Nacional de Planeación tiene a cargo la Secretaría Ejecutiva y por lo tanto coordina y presenta todos los documentos para discutir en sesión. Los miembros del Conpes están establecidos mediante el Decreto 2148 de 2009 (permanentes, no permanentes, invitados y otros asistentes). El Conpes y el Conpes Social actúan bajo la dirección del Presidente de la República y lo componen como miembros permanentes con derecho a voz y voto, el Vicepresidente de la República, todos los Ministros, el Director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, el Director del Departamento Nacional de Planeación, y el Director del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias. Tomado de la Página Web del DNP <https://www.dnp.gov.co/CONPES.aspx> (27/12/2013)

¹⁸ La tabla se lee por columnas y no por filas, ya que la información en filas no es correspondiente. Es decir, que el enfoque de derechos no está ligado relacionadamente con el respeto a la dignidad humana, bajo el lineamiento de intersectorialidad.

Enfoque	Principio	Lineamientos o ejes estratégicos.
Enfoque de Derechos	El respeto a la dignidad humana	Fortalecimiento de la intersectorialidad.
Enfoque de Desarrollo Humano	Los derechos de la persona, sin discriminación alguna, con el amparo a las familias como institución básica de la sociedad.	Promoción del desarrollo humano y los proyectos de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de los 6 a los 19 años
Enfoque de resiliencia	Reconocimiento y protección a la diversidad étnica y cultural	Consolidación de la oferta de servicios en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), incluidos los de atención en SSR, la educación y la formación de competencias en DSR.
Enfoque de Capital social	Constitución política de Colombia 1991.	Monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones que fortalezcan la prevención y reducción del embarazo en la adolescencia y contribuyan al mejor conocimiento en el tema.
Enfoque diferencial	La protección de todas las personas, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades.	

Fuente: elaboración propia con base en el documento citado

Los enfoques son: 1) enfoque de derechos: a través de él se reconoce a las niñas, niños y jóvenes como sujetos de derechos, responsables de deberes y como individuos que ejercen sus derechos. De otro lado, este enfoque reconoce que los Derechos Sexuales y Reproductivos-DSR se relacionan con comportamientos que se encuentran en el plano de lo íntimo e individual (CONPES 147: 2012: 19). 2) El enfoque de desarrollo humano enfatiza la libertad del ser humano, lo que le permite ir modificando las condiciones de vida y haciendo que aumenten las opciones para que elija el estilo de vida que quiera llevar. (CONPES 147: 2012: 19). Por su parte, 3) el enfoque de resiliencia alude a los factores de riesgo que pueden incidir para que, por ejemplo, una adolescente quede en embarazo; lo que se busca es ir promoviendo acciones encaminadas a la toma de decisiones informadas¹⁹ y la

¹⁹ Este concepto, que puede aparecer con otras denominaciones, cobra mucha importancia cuando se trata de sexualidad adolescente, ya que se asume que las decisiones que toman las y los adolescentes y que decantan en un embarazo, son desinformadas, irresponsables y sin autonomía. ¿Qué implica una decisión informada? Una sexualidad responsable.

creación de alternativas para el desarrollo de estrategias que faciliten la construcción de los proyectos de vida. (CONPES 147: 2012: 22). El enfoque de 4) capital social “tiene que ver con el grado de integración social de un individuo, es decir, su red de contactos sociales. Implica relaciones, expectativas de reciprocidad, comportamientos confiables, que le permiten mejorar su efectividad privada” (CONPES 147:2012: 24). Por último, 5) el enfoque diferencial tiene en cuenta aspectos referidos a “condiciones propias de las poblaciones como etnia, género, edad, discapacidad, proveniencia, entre otros factores, que ponen de presente la necesidad de abordajes específicos para realidades socioeconómicas particulares” (CONPES 147: 2012: 24).

Por su parte, los principios en los cuales se enmarca el Conpes son: 1) el respeto a la dignidad humana; 2) la primacía de los derechos inalienables de la persona sin discriminación alguna, con el amparo a las familias como institución básica de la sociedad; 3) el reconocimiento y protección a la diversidad étnica y cultural.

Cierro esta sección con un comentario de Pedro Medellín a propósito de las políticas públicas, quien afirma que éstas ‘evidencian el grado de control que efectivamente tiene el gobernante sobre el aparato estatal y la sociedad que gobierna (...) Las políticas son el dispositivo de gobierno, por excelencia, a través del cual se pone en marcha y se imprime una determinada velocidad a la maquinaria gubernativa’ (Medellín: 2004:16). Por esta razón es importante considerar los intereses particulares de los gobernantes, las agendas sociales internacionales, las demandas sociales situadas, (locales, territoriales o regionales) y los reportes que hacen entidades como el Departamento Nacional de Estadística –DANE o el Departamento Nacional de Planeación –DNP, Profamilia, respecto de las condiciones de vida que hay en el país, la situación de los ciudadanos, entre otros temas, para dar cuenta no sólo de la problemática la que originó la política, sino de la relación entre el problema, la política y las representaciones que hacen de la misma situación y que se traduce posteriormente en política pública.

Por eso, el análisis de los contenidos de los documentos permite identificar nociones públicas respecto de un tema en particular. Creo que en las políticas públicas, y en los documentos seleccionados, hay gran cantidad de información relacionada con la forma con cómo las

mujeres son concebidas por los estamentos del Estado y cómo éste actúa de un modo u otro sobre y con ellas. He planteado las cuestiones que le atañen a la investigación, así como las premisas que en cada uno de los documentos se señala, y puedo decir, que la mayoría de ellas están orientadas a las mujeres, pero ¿Quiénes son las mujeres de las políticas públicas?, ¿Quiénes son los formuladores (actores) de las políticas y cuáles son los saberes que aportaron en el documento con relación a la representación de las sexualidad/es de las mujeres? Estos aspectos serán desarrollados en el capítulo II.

CAPÍTULO DOS. DEL CONTEXTO AL TEXTO: ¿QUÉ DICEN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CASO COLOMBIA (2003) Y BOGOTÁ (s.f.) SOBRE LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES Y EL EMBARAZO ADOLESCENTE?

“El sexo no es cosa que sólo se juzgue, es cosa que se administra”.
Michel Foucault: 1991:34.

2. Unos las hacen. Otras las viven.

En este capítulo abordaré los documentos de política pública que he considerado para el análisis y que fueron introducidos en el Capítulo I. Recordemos que la mayoría de las políticas públicas que se formulan responden a una realidad indeseable²⁰ que afecta un asunto público y por lo tanto, es susceptible de ser modificado (lo cual incluye tiempos y recursos).

Estos insumos de los que se nutre la política, son, por decirlo de esta manera, las bases con las cuales el Estado desarrolla acciones sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y en particular, de las jóvenes entre 15 y 19 años, quienes son más propensas a quedar embarazadas de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS 2010.²¹

²⁰ En un marco de derechos, es decir, que no se quiere o relativo a lo que debería ser.

²¹ De acuerdo con la ENDS 2010, entre los 15 y los 19 años al menos una mujer ha estado embarazada, el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo. (Profamilia, ENDS: 2010). La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, configurando así el problema social de la madre soltera. Muchos de estos embarazos terminan en abortos

Con el consolidado de los documentos de política pública se estableció que la mayoría de ellos están relacionados con temas como la Constitución, el enfoque de derechos y de desarrollo humano, las opciones sexuales, el cuerpo, el género, la autonomía, la participación masculina en la sexualidad, y el enfoque diferencial. *Grosso modo*, estos contenidos muestran consistencia en los modos de abordar un mismo fenómeno, si bien hay notorias diferencias entre la política nacional comparada y la de Bogotá, y entre éstos y el Conpes 147. Veamos esto en más detalle.

Además de la Constitución, la cual garantiza los derechos y los deberes de las y los ciudadanos, también están los compromisos internacionales a los cuales el país está suscrito o ha ratificado, como

las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas-ONU, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)²² y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de SSR (MINSALUD, UNFPA: 2003:12).

Así mismo están las Sentencias de la Corte Constitucional, los decretos y acuerdos en materia de salud sexual como el Decreto 4444 de 2006, por el cual se reglamenta la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, la Sentencia C-355 de 2006, por la cual se permite la interrupción voluntaria del embarazo cuando es producto de violencia sexual, existe malformación del feto que hace inviable su vida y cuando el embarazo pone en riesgo la vida

practicados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas, poniendo en peligro la vida de la madre. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=60 (12/11/2014).

²² IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Programa de Acción de Cairo fue adoptado por 179 países durante la Conferencia en 1994, a ser cumplido en un plazo de 20 años, concluyendo formalmente en el año 2014 de UNFPA se rige por los principios del Programa de Acción de Cairo y vela por su aplicación. Esta Conferencia toma en cuenta diversos temas relacionados con población y el desarrollo relevantes para las personas, las familias y los países, incluidas: estructura y dinámicas de las poblaciones; reducción de la pobreza y de las desigualdades de género, generacionales y étnicas; promoción de la salud y derechos reproductivos; equidad de género y el empoderamiento de las mujeres; inclusión y participación de grupos poblacionales relevantes (personas adolescentes, los pueblos indígenas, las personas de edad y los migrantes); cambios en las familias, entre otros. Disponible en <http://www.unfpa.or.cr/cipd> (10/01/2014).

o la salud de la mujer. La resolución 4905 de 2006, por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE, se adiciona la Resolución 1896 de 2001 y se dictan otras disposiciones; y el Acuerdo 350 de diciembre de 2006 por medio del cual se incluye, en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, la atención para la interrupción voluntaria del embarazo, entre otras normativas relacionadas con la garantía y protección de los derechos sexuales y reproductivos, la salud sexual y la salud reproductiva.

Estos marcos normativos nacionales e internacionales comprometen al país con el cumplimiento de los acuerdos pactados y con la garantía, en este caso, de los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, para lo cual se adelantan acciones como las políticas públicas (metas, indicadores y programas) para dar alcance a las mismas.

De otro lado, el documento de Bogotá no tiene una normativa propia relacionada con salud sexual y reproductiva sino que, asumo, se acoge a las adoptadas por la nación; en el documento, este marco normativo no se incluye (reseña). Sin embargo, Bogotá²³ se apoya en ciertos actores internacionales y ONG para la ejecución de los programas o para la formulación misma de la política pública.

En el caso del Conpes 147 2012, el cual busca brindar lineamientos generales para el diseño, formulación y desarrollo de una estrategia integral para reducir el embarazo en la adolescencia, se acude a los principios señalados en normativas como la Constitución Política y las normas relacionadas con la niñez, la infancia y la adolescencia (en especial la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el código de infancia y adolescencia). Otras leyes pertinentes son: Ley 115 de 1994, Ley General de Educación; la Ley 1146 de 2007, por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente; el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública; la Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las

²³ Con la creación del Estatuto Orgánico de Bogotá, se posibilitó la descentralización, la división administrativa por zonas, la vinculación de municipios aledaños y la elección de un alcalde menor por zona con funciones particulares, entre otras.

mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 (por la cual se desarrolla el artículo 42²⁴ de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar); el Decreto 2968 de 2010, por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos que pueden ser aplicadas para lograr la reducción del embarazo en la adolescencia²⁵; el desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos -DSR; y en la protección y garantía de los derechos de todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, incluyendo aquellos que se encuentran en embarazo o que ya son madres o padres. Teniendo esto en cuenta, el Conpes 147 de 2012 aborda con mayor detalle y profundidad la normativa asociada al tema de embarazo adolescente y a la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en Colombia que tienen mayores riesgos de tener un embarazo en la adolescencia.

Dado lo anterior, y la especificidad del Conpes, es claro que Colombia tiene una extensa normativa -que está vigente- para la protección y garantía de los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres que fortalece las acciones que se adelantan para la disminución y prevención del embarazo adolescente; así como lo señalan los objetivos de la política nacional, ya que se formuló para “responder a los problemas más serios que tiene nuestro país en un campo tan decisivo para el desarrollo individual y social, como lo es el de la salud sexual y reproductiva” (MINSALUD, UNFPA: 2003:5).

La regulación que se propone para la prevención de las violencias, embarazos, discriminación y demás situaciones asociadas a las mujeres y las niñas en los ciclos vitales y que busca promover mecanismos que viabilicen los derechos de esta población que, dicho sea de paso, se ha catalogado como ‘población vulnerable’ es, a mi modo de ver, una estrategia sólida e invisible del Estado para ejercer control sobre la sexualidad de las mujeres, la natalidad, la

²⁴ Constitución Política de Colombia. Capítulo II. De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 42. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable. Este artículo de la constitución se retomará en el capítulo III.

²⁵ Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Económica y Social-Conpes (2012). B. Desarrollo normativo, página 11.

vida y los cuerpos de ellas. En ese sentido, creería que hay un ejercicio, además ¡validado y apoyado por las mismas mujeres!, de lo que Foucault (2001) llamó biopolítica.

La disciplina trata de regir la multiplicidad de los hombres en la medida en que esa multiplicidad puede y debe resolverse en cuerpos individuales que hay que vigilar, adiestrar, utilizar y, eventualmente, castigar. Además, la nueva tecnología introducida está destinada a la multiplicidad de los hombres, pero no en cuanto se resumen en cuerpos sino en la medida en que forma, al contrario, una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etcétera. Por lo tanto, tras un primer ejercicio del poder sobre el cuerpo que se produce en el modo de la individualización, tenemos un segundo ejercicio que no es individualizador sino masificador, por decirlo así, que no se dirige al hombre/cuerpo sino al hombre-especie. Luego de la *anatomopolítica* del cuerpo humano, introducida en el siglo XVIII, veremos aparecer, a finales de éste, algo que ya no es esa *anatomopolítica*, sino lo que yo llamaría una biopolítica de la especie humana. ¿Cuál es el interés central en esa nueva tecnología de poder? Hace un momento lo señalaba en dos palabras: se trata de un conjunto de procesos como la producción de los nacimientos y las defunciones, la tasa de reproducción, la fecundidad de una población, etcétera. Estos procesos de natalidad, mortalidad y longevidad constituyeron, a mi entender, justamente en la segunda mitad del siglo XVIII y en conexión con toda una masa de problemas económicos y políticos (a los que no me voy a referir ahora), los primeros objetos de saber y los primeros blancos de control de esa biopolítica (...) Fue también el esbozo de una política en favor de la natalidad o, en todo caso, de esquemas de intervención en los fenómenos globales de la natalidad. En esta biopolítica no se trata, simplemente, del problema de la fecundidad. (Foucault, 2001: 220).

Siguiendo a Foucault (2001), la biopolítica está relacionada con el poder, la fecundidad y la población²⁶ desde distintos marcos, (político, científico, biológico) que permiten intervenir a ese ‘cuerpo múltiple’ en variados niveles y aspectos como el nacimiento, la mortalidad, la salud, la duración de la vida, (Castro: 2007:10), la sexualidad, entre otros.

La biopolítica, como “tecnología de gobierno cuyo objeto es establecer regularizaciones sobre la vida, en sentido orgánico, para seguir usando su capacidad productiva biológica para “rechazar la muerte” y sostener condiciones políticas, que supuestamente, la hacen posible” (Perea: 2009:51), tiene como finalidad no sólo el control de la natalidad y la salud, sino, creo

²⁶ En *Defender la sociedad*, Foucault afirma refiriéndose a la población que “la nueva tecnología de poder no tiene que vérselas exactamente con la sociedad (o, en fin ,con el cuerpo social tal como lo definen los juristas);tampoco con el individuo/cuerpo. Se trata de un nuevo cuerpo: cuerpo múltiple, cuerpo de muchas cabezas, sino infinito, al menos necesariamente innumerable. Es la idea de *Población*” (2001, p. 222).

yo, de la sexualidad de los sujetos. Por ejemplo, cuando se les propone a los jóvenes modos de construir y apropiarse su sexualidad teniendo en cuenta que sea una ‘sexualidad avalada’ por las instituciones y a sociedad; o cuando se les propone que posterguen el inicio de las relaciones sexuales e incluso postergar la maternidad debido a que el nacimiento en una gestante adolescente, según la política de Bogotá:

Conlleva limitaciones del desarrollo integral de la madre, de su hijo o hija, mayor carga social para la familia que acoge a la adolescente, e incluso condiciones para la violencia intrafamiliar en los casos en que se consolida una nueva familia; así como riesgo de mortalidad materna, mayor probabilidad de nacimientos prematuros, bajo peso, o bebés con requerimientos especiales de cuidado intrahospitalario y familiar (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f. 2).

Lo que se afirma aquí es que la sexualidad de las adolescentes (cómo la ejercen, la viven, la disfrutan, las decisiones que toman o no, etc.) se debe ajustar de modo tal que esos comportamientos propios y maneras de entender y ejercer su propia sexualidad, en la cual la maternidad puede ser una opción válida, se conviertan en un comportamiento “aceptable”, es decir, sin relaciones sexuales y posibles embarazos hasta cuando se les considere suficientemente maduras, responsables y consientes de las implicaciones y consecuencias de una vida sexual activa.

De otro lado, se busca disminuir, a través de la prevención y reducción de los embarazos en adolescentes, los círculos de pobreza -que afectan en su mayoría a las mujeres- el madre solterismo o las madres cabeza de hogar a través de la construcción de proyectos de vida donde la sexualidad y la maternidad sean asumidas en la juventud y no en la adolescencia, ya que además,

el embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas (MINSALUD, UNFPA:2003:17).

Foucault (2001) dice que una ‘sexualidad desenfrenada’ tiene efectos en el cuerpo y en la población; para el caso que nos atañe, esa sexualidad atribuida a los jóvenes adolescentes, puede tener efectos como un embarazo entre los 14 y los 19 años, que desde la perspectiva

social, cultural, poblacional, política y familiar tiene, como lo señala la PNSSR, consecuencias graves en la calidad de vida de madres/padres y del/la menor. En ese sentido, Foucault (2001) señala que

la sexualidad fue importante por muchas razones, pero en particular por las siguientes: por un lado, como conducta precisamente corporal, la sexualidad está en la órbita de un control disciplinario, individualizador, en forma de vigilancia permanente (y, por ejemplo, los famosos controles de la masturbación que se ejercieron sobre los niños desde fines del siglo XVIII hasta el siglo XX, y esto en el medio familiar, escolar, etcétera, representan exactamente ese aspecto de control disciplinario de la sexualidad); por el otro, se inscribe y tiene efecto, por sus consecuencias procreadoras, en unos procesos biológicos amplios que ya no conciernen al cuerpo del individuo sino a ese elemento, esa unidad múltiple que constituye la población. La sexualidad está exactamente en la encrucijada del cuerpo y la población. (...) De ahí también la idea médica de que la sexualidad, cuando es indisciplinada e irregular, tiene siempre dos órdenes de efectos: uno sobre el cuerpo, sobre el cuerpo indisciplinado, que es sancionado de inmediato por todas las enfermedades individuales que el desenfreno sexual atrae sobre sí. (...) una sexualidad desenfrenada, pervertida, etcétera, tiene efectos en el plano de la población, porque a quien fue sexualmente disoluto se le atribuye una herencia, una descendencia que también va a estar perturbada, y a lo largo de generaciones y generaciones, en la séptima generación y la séptima de la séptima (Foucault: 2001: 227-228).

Siguiendo a Foucault (2001), la sexualidad de los adolescentes está en la encrucijada entre cuerpo y población. Me explico. La sexualidad de los adolescentes es entendida desde los documentos de política pública como inmadura -si se quiere- a la que es necesario educar (a través de los proyectos de educación para la sexualidad), dirigir (con distintas estrategias que orienten a la persona hacia un modo particular de comprender y asumir su propia sexualidad, que este acorde, además, con la norma) y señalar las consecuencias de no tener una sexualidad responsable (el embarazo, la trasmisión de las infecciones de trasmisión sexual, el cáncer de cuello uterino, situaciones de riesgo y violencia, etc.) como se plantea desde la PNSSR. De modo que, como parte del control disciplinario, la sexualidad adolescente se inscribe en diferentes procesos para su normalización, pero también para la vivencia de la experiencia mediada por saberes, prácticas, emociones, decisiones, acciones, modelos en los que la experiencia de la sexualidad sean asumidas por las y los jóvenes responsablemente de acuerdo a los criterios que se establezcan para que dicho ejercicio de la sexualidad sea entendido como responsable, es decir, que cumpla con los requisitos, como autonomía en las decisiones, conocimiento del cuerpo, proyecto de vida, etc.

Ahora bien, la sexualidad es un asunto que ha interesado a las mujeres porque se relaciona directamente con sus vidas y sus cuerpos y esos son algunos factores por los que las mujeres han luchado (muchas no tienen acceso a servicios de salud, información, métodos anticonceptivos; no se les garantizan sus derechos sexuales y reproductivos, como en el caso de las mujeres con discapacidad, etc.) pero al presentarse como una demanda desde las mujeres y para su beneficio, se encontró una forma legítima de encausar a través de las políticas públicas las decisiones que toman o no respecto de su sexualidad, el embarazo y sus proyectos de vida; así como los comportamientos y saberes que tienen o no, sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, de modo que los mensajes construidos reflejen el interés y la necesidad de las mujeres de información, educación y servicios articulado a las nociones que se buscan fortalecer, vincular y proponer estrategias que les garanticen sus derechos sexuales y reproductivos así como el derecho al acceso a la salud sexual y reproductiva.

Teniendo en cuenta lo anterior, la Declaración Universal de los Derechos Humanos-DDHH promulgada por la ONU en 1948, es una aproximación eurocéntrica y androcéntrica de los derechos del hombre y de la persona (Gutiérrez: 2008: 263), donde no se incluyó a la mujer – aunque por ‘hombre’ se sugiere su vinculación, la cual no es del todo explícita. Las mujeres no fueron incluidas al no ser consideradas como sujetos de derechos, por lo que no se contemplan sus derechos en particular, como señala Gutiérrez (2008), es solo hasta la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993 donde los derechos humanos se convierten en derechos de las mujeres:

en la cual se reconoce la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos -se reconoce que los DDHH son también derechos de las mujeres-, así como también reconoce que la violencia contra la mujer constituye una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre, en una palabra se reconoce que las relaciones patriarcales son las responsables de la violencia contra la mujer. De igual modo, en el artículo 1 se define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria

de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada", perpetrada o tolerada por el Estado (Gutiérrez: 2008:278).

La noción de “derechos de las mujeres” se refuerza en la Conferencia de Pekín de 1995:

Con el mensaje "Los derechos humanos, un derecho de la mujer", la Cuarta Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer celebrada en Pekín en 1995, reafirma de manera reiterada la declaración de Viena en el sentido de la universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos: "los derechos humanos de las mujeres y las niñas son una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales", con la finalidad de incluir a las mujeres en los derechos humanos. La violencia contra las mujeres en caso de conflicto armado, así como la persecución de mujeres refugiadas, ocuparon lugar en la declaración (Gutiérrez: 2008: 281).

La Salud Sexual y Reproductiva-SSR haría parte de la llamada cuarta generación de los DD.HH (siendo la primera generación, los Derechos Civiles y Políticos; la segunda, los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y la tercera, Derechos Colectivos que incluyen el derecho al ambiente sano y al hábitat digno, entre otros). El ejercicio de la SSR implica una relación con la perspectiva de los derechos, y en este caso, el marco de los DD.HH. que son las facultades y libertades de cada persona sin distinción de clase, sexo, etnia, religión, origen nacional y lengua; están garantizados por la ley de cada país y a nivel internacional. Éstos derechos son indivisibles, universales, igualitarios y no discriminatorios. Pensar y efectuar una alianza entre los DD.HH y la SSR indica que la salud sexual y reproductiva es garantizada, tiene cubrimiento y atención por parte de las naciones y de la comunidad internacional en el mismo nivel que los demás derechos anteriormente mencionados y que las mujeres, -beneficiarias de la garantía y ejercicio de estos derechos- estarían más protegidas, informadas y con menos riesgos de ser violentadas o de incurrir en situaciones problemáticas para el pleno desarrollo de sus proyectos de vida.

Ahora bien, en el caso de los documentos objeto de este estudio, las nociones de salud sexual y reproductiva acuden a conceptos como libertad y autorregulación por parte de las mujeres, en especial las adolescentes, así como aspectos relacionados con la prevención, disfrute y goce responsable de la sexualidad y la calidad de vida:

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida²⁷, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (MINSALUD, UNFPA:2003:9, subrayados propios).

Aquí hay varios aspectos que destacar. De una parte, se habla de la relación entre sexualidad, reproducción y calidad de vida (antes mencionamos que el embarazo juvenil afecta varios niveles de la vida de las madres jóvenes y entre ellas, la calidad de vida), asociada al desarrollo social, económico y cultural de las mujeres; en segundo lugar, se refiere a la importancia de las decisiones que pueden tomar las mujeres (es un derecho) con respecto a la procreación y prevención de riesgos (ITS o embarazos no deseados) y en tercer lugar, se evidencia la necesidad de que las mujeres estén informadas y conozcan sobre sexualidad, reproducción y los derechos sexuales y reproductivos, ya que el desconocimiento de estos temas también es un factor de riesgo para ellas.

Por su parte, para Bogotá, la sexualidad es comprendida como un aspecto inherente a la naturaleza humana, por lo que depende de cada persona los modos en que la ejerce y los momentos en que lo hace. No se trata de enfatizar la prevención desde el inicio de las relaciones sexuales -motor que desencadena otras situaciones indeseables para las mujeres

²⁷ La calidad de vida está asociada al desarrollo social, económico y cultural, que incluye una vida digna, con equidad, libertad y felicidad. En materia de política pública se asocia con las necesidades básicas insatisfechas de los sujetos (servicios públicos, alimentación, y vivienda), con la capacidad administrativa y financiera del gobierno para sanear esas necesidades, y en la gestión que hagan de los recursos.

jóvenes- sino que se busca que las mujeres jóvenes asuman su sexualidad, los riesgos y las consecuencias de las decisiones que toman o no con respecto a ella.

En este punto encuentro, al menos conceptualmente, una segunda diferencia entre las políticas nacional y local sobre salud sexual y reproductiva respecto a la sexualidad, donde la para la PNSSR ésta estaría más relacionada con la calidad de vida de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos que garantizan acceso, información, calidad, métodos, etc., que fortalecen la toma de decisión de las mujeres frente a su sexualidad. Es decir, se trata de una sexualidad individual que se fundamenta en lo que se le garantiza a las mujeres y lo que desean respecto del proyecto de vida que construyan. En el caso de Bogotá, la sexualidad es un asunto más relacional, que incorpora el factor reproductivo sin limitarlo a un sólo aspecto, sino que vincula la relación con otros y otras y los conocimientos que se tienen y adquieren sobre la sexualidad, así como las distintas posibilidades y diferencias que la enriquecen.

En el Conpes 147 de 2012, la sexualidad es presentada desde el enfoque educativo, en donde los mecanismos para la enseñanza de la sexualidad en los colegios son vitales al momento de incidir positivamente en la prevención-reducción del embarazo adolescente:

El mejoramiento de la calidad en la educación para la sexualidad es una prioridad para el país. Los programas de educación sexual no solo se imparten en los establecimientos educativos, también se realizan en las comunidades a través de programas gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales, entre otros. Sin embargo, la multiplicidad de enfoques, conceptos y modelos pedagógicos de enseñanza, así como la falta de conocimiento y especialidad en muchos de los formadores pueden generar confusiones y posiciones opuestas a las que se buscan en un proceso de formación de la autonomía y la decisión basada en los derechos y en el ejercicio responsable de las libertades. En tal sentido el esfuerzo para el MEN y para los gobiernos regionales y municipales, será unificar lenguajes y realizar un mejoramiento ostensible de la calidad del contenido que se imparte en esos programas (Departamento Nacional de Planeación: 2012: 49)

¿Por qué se enfatiza en la escuela, o en el sector educativo? Porque las jóvenes de 14 a 17 años, vinculadas a procesos de educación formal, son quienes están en mayor ‘riesgo’ de quedar en embarazo; en segundo lugar, porque la escuela es el lugar de intervención primario para hacer este tipo de campañas (mediante clases de educación sexual, o sexualidad para la ciudadanía para la que incluso se diseñan cartillas orientadas a docentes, estudiantes y

padres). Y en tercer lugar, uno de los aspectos destacados en los marcos jurídicos es la falta de información y/o desconocimiento por parte de las mujeres en temas relacionados con la salud sexual, la reproducción, métodos anticonceptivos, etc., por lo que las instituciones educativas o de formación que adscritas al Ministerio de Educación o Secretaría de Salud, según sea el caso, aprovechan (y en algunos casos atomizan) la escuela con proyectos de educación sexual en la que las y los estudiantes son instruidos e intervenidos en estos aspectos. Sin embargo, el Conpes 147 de 2012 entiende que los múltiples modelos de enseñanza de la sexualidad, así como los canales, los sujetos y los territorios complejizan la implementación de esta estrategia, que sin embargo se mantiene, sumado a la poca preparación e información que tienen quienes imparten estas cátedras, clases, o talleres. Me refiero, por ejemplo, a informar únicamente sobre métodos, ciclo menstrual, ITS, embarazo pero no sobre las dimensiones de la sexualidad, la salud sexual y reproducción no asociados a las relaciones sexuales.

Es posible dilucidar algunas ideas frente a la construcción discursiva de la política y de los modelos de salud sexual y reproductiva desde los derechos que se han venido implementando en el país. Las nociones de sexualidad oscilan entre el discurso de derechos relacionado con el acceso a la información, servicios, la responsabilidad, toma de decisiones y la construcción de proyectos de vida, la convención de eliminación de las violencias contra la mujer, hasta una sexualidad por fases o ciclos en donde la reproducción, el erotismo y la comunicación son apenas unos niveles de una infinidad de posibilidades de relacionarse y comprender la sexualidad más allá de una función reproductiva, placentera, curiosa, y una perspectiva prevencionista, etc.

2.1 Los actores de la política y las nociones sobre salud sexual y reproductiva en Colombia y Bogotá.

En el apartado anterior establecí las nociones de sexualidad que hay en los documentos de política pública y cómo se han configurado a través de éstos mecanismos, ciertas representaciones de la sexualidad de las mujeres que le permiten al Estado intervenir en los modos en los que las mujeres conocen y se relacionan con la sexualidad.

Aquí me concentraré en la pregunta: ¿Quiénes son los actores que participaron en la formulación de las políticas públicas? En el capítulo uno señalé que una política pública es un ejercicio abierto a la participación de distintos actores, en cuyo ciclo son determinantes las fases, ya que son los momentos en los que actores institucionales y no institucionales se reúnen para la discusión de la problemática, las alternativas de abordaje y la presentación de soluciones a corto y mediano plazo.

Es importante señalar que dichos actores están identificados en los mismos documentos, ya sea porque aparece el listado de las entidades que hicieron parte de las mesas de trabajo -a modo de agradecimiento-, o porque el texto los menciona. La presencia de los actores me permitirá armar con mayor detalle el rompecabezas de las políticas públicas con respecto a la sexualidad de las mujeres. He de aclarar que, si bien los documentos señalan instituciones y/o nombres de personas, no es posible establecer aspectos como cuántas mujeres y cuántos hombres, de qué edades, de qué profesiones, cuáles cargos tienen en las respectivas entidades, la postura política o incluso la postura institucional, si son o no feministas o trabajan desde la perspectiva de género, el enfoque diferencial, o cualquier otro dato que permita tener un perfil individual de los actores. Sin embargo, es factible conocer quiénes son los actores (institucionales, organizaciones no gubernamentales, ciudadanía, organizaciones, expertos, universidades, etc.) que hicieron parte del proceso de formulación y/o validación de la política en salud sexual y reproductiva, por qué esos y no otros, y cuál es la representatividad y/o pertinencia que tienen en el tema.

Los actores son los participantes que colaboran desde su experiencia y saberes en el ciclo de la política pública. Estos actores, distintos entre sí, analizan los problemas y las alternativas o soluciones posibles para obtener los mejores resultados. De acuerdo con Howlet y Ramesh (citados en Olavarría 2007) los actores,

Se diferencian entre aquellos que están más íntimamente involucrados en el proceso de la política pública y aquellos que son marginales a él. Los primeros serán aquellos cuyos intereses aparecen más directamente involucrados con la política pública en discusión (...) los actores marginales son aquellos que están distantes de las redes de interés y que, por ello, su vinculamiento en el proceso es discontinuo y de baja intensidad (Olavarría: 2007:50).

Siguiendo a Olavarría (2007), los actores pueden clasificarse en formales o informales, donde los primeros son quienes hacen parte de la estructura del Estado, en este caso, los representantes de los Ministerios y de entidades territoriales (Secretarías, Alcaldías, Gobernaciones, Instituciones, etc.) y que su injerencia en la formulación está determinada por el rol que desempeñan como Ministr@s, parlamentari@s, gobernador@s, funcionari@s públic@s, entre otros. Por su parte, los actores informales son aquellos que están por fuera de la estructura del Estado, por lo que sus procesos de participación no están condicionados por las orientaciones estatales, como el caso de los actores formales. Entre éstos están las organizaciones no gubernamentales, organizaciones sociales (como los movimientos y organizaciones sociales de mujeres), la academia, los expertos, los medios de comunicación, la ciudadanía no organizada, etc.

En el caso de los documentos aquí analizados, los actores serían formales en un 60%, dada la amplia convocatoria y participación de entidades del Estado, y un 40% para una organización como UNFPA, que participa durante todo el proceso como asesor-consultor-formulador de la política pública nacional en salud sexual y reproductiva. De los tres documentos, sólo dos de ellos mencionan a los actores (PNSSR y Conpes 147), el documento de Bogotá no hace mención de los participantes en la formulación o en alguna de las fases de elaboración del documento. Los actores formales que participaron en la formulación de la Política Pública Nacional en 2003 son los relacionados con el sector salud principalmente, como las Entidades Promotoras de Salud-EPS, Administradora del Régimen Subsidiado de Salud- ARS, e Instituciones Prestadoras de Salud-IPS, así como organismos de cooperación internacional y expertos. No se hace mención a entidades del orden local, lo que me hace pensar en la falta de la mirada territorial (localización) en este documento, ya que *grosso modo*, está pensado desde Bogotá (nivel central) para ser aplicado a nivel nacional. En ese sentido: ¿Dónde quedan las mujeres rurales, indígenas, desplazadas, campesinas, pertenecientes a minorías étnicas, mujeres con discapacidad, etc.? ¿Cuál es el lugar que ocupan en la política pública? ¿Son acaso, todas las mujeres ‘iguales’ en términos de política pública, o sea, con las mismas necesidades, conocimientos, prácticas y carencias?

En el caso del Conpes 147, al ser un documento de lineamiento de política pública, los actores son mucho más variados, pero sigue primando una mayoría institucional (estatal) sobre los

actores no institucionales. Aquí participaron entidades relacionadas con la atención de niñas, niños y adolescentes a nivel nacional, como el ICBF²⁸, el programa Colombia Joven²⁹; entidades que velan por los derechos de las mujeres como la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer de la Presidencia³⁰, o la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos³¹, grupos juveniles, Universidad de Los Andes, entre otros. Aquí también es notoria la participación de actores institucionales del orden nacional con una mirada global del tema, pero también hay incidencia en los diferentes territorios por parte de algunas entidades a través de sus sedes y/o sucursales, lo que aportaría una perspectiva menos centralizada al análisis y presentación de la problemática del embarazo adolescente o del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres en el territorio nacional.

Otro de los actores que participó en la formulación de la política pública nacional y que ha sido uno de los asesores de cabecera del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación en materia de salud sexual y reproductiva es, como se mencionó, el UNFPA³². El Fondo tiene

²⁸ El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF fue creado en 1968 y trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia, y el bienestar de las familias en Colombia. La entidad tiene 33 regionales (una en cada departamento) y 206 centros zonales en todo el país. Tomado de la página web del ICBF <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/EiInstituto> (30/01/2014).

²⁹ Colombia Joven es un programa presidencial de Colombia, el cual es el ente rector del Sistema Nacional de Juventud. El programa busca garantizar e implementar medidas de prevención, promoción, sanación y protección tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país. Tomado de la página web de Colombia Joven consultada <http://wsp.presidencia.gov.co/ColombiaJoven/elprograma/Paginas/elprograma.aspx>. (30/01/2014). En el sitio web puede encontrar más información relacionada con el programa y las acciones que adelanta a nivel nacional.

³⁰ La Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer fue establecida en junio de 1999 con el Decreto 1182 con el que se transformó la entonces Dirección Nacional para Equidad de las Mujeres en lo que ahora se conoce como Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, que fue en 2010 ratificada por el presidente Juan Manuel Santos Calderón como la actual Alta Consejería que tiene como función, garantizar los derechos humanos de las mujeres en igualdad de género y promover la transversalización del enfoque diferencial de género en las Políticas Públicas de atención integral población desplazada por la Violencia, entre otros. Información tomada del sitio web <http://www.equidadmujer.gov.co/Consejeria/Paginas/Objetivos-Metas-Funciones.aspx> (30/01/2014).

³¹ Comisión interinstitucional creada en 2010 mediante el Decreto 2968/2010 para que se vincule a los Ministerios de Protección Social y de Educación Nacional para trabajar de manera intersectorial en la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos, con la participación del ICBF y del SENA. Disponible en <http://www.unfpa.org.co/detalleDestIzq.php?idDestacado=11> (30/01/2014)

³² Trabaja en Colombia desde 1974 para fortalecer las capacidades del país en el desarrollo de acciones en pro del mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, la equidad de género y el disfrute de los derechos a través de estrategias de incidencia política y de asistencia técnica con el gobierno nacional, entidades territoriales y organizaciones de la sociedad civil para la formulación e implementación de políticas públicas que integren las

varias líneas de acción en las que promueve programas relacionados con: salud sexual y reproductiva (apoyo a la formulación de políticas en salud sexual y reproductiva, educación para la sexualidad, y servicios amigables en salud para jóvenes, entre otros); género y derechos humanos, población y desarrollo. Así mismo, UNFPA produce publicaciones y materiales que apoyan las iniciativas en cada una de las temáticas, en particular las que tienen que ver con salud sexual y reproductiva, jóvenes y embarazo adolescente. En ese sentido, UNFPA se ha convertido en un actor clave, transversal y constante en los procesos de política pública asociados a estas temáticas. Si bien salvo en la política nacional, su participación no es destacada, como la de otro tipo de actores no institucionales que aportaron sus saberes al desarrollo de los documentos, el Fondo se ha convertido en uno de los actores claves en materia de salud sexual y reproductiva en Colombia, al igual que entidades como Profamilia, a través del programa Profamilia Joven³³.

En una entrevista realizada en 2012 a una de las funcionarias de UNFPA³⁴ que ha trabajado por varias décadas el tema de salud sexual y reproductiva y en particular, el de embarazo adolescente, ésta señala, a propósito de los actores que se vincularon en la formulación de la PNSSR/2003, que durante el proceso participaron los equipos de trabajo tanto del Ministerio de Salud y Protección Social, de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y del UNFPA quienes, en compañía de expertos, realizaron talleres a nivel nacional con grupos focales para la recopilación de los datos que, posteriormente, serían el insumo para la construcción del documento final. Ésta persona destaca que

Se llegó a todas las direcciones territoriales de alguna manera con los talleres y se tuvo la participación de otros grupos, no solamente las instancias, digamos gubernamentales. La academia fue menos presente [en los] grupos de trabajo, digamos en términos de la producción científica, fue menos, hubo más de las estructuras del estado y de las mujeres. (...) Los grupos de mujeres se citaban, se apoyó con personas en las regiones, [ellas] revisaban y discutían la política y la retroalimentaban” (Mejía, 2013).

dimensiones de población, género y derechos sexuales y reproductivos, de manera coherente y efectiva. Tomado de la página web del UNFPA <http://www.unfpa.org.co/menuSup.php?id=2> (01/02/2014)

³³ Programa que brinda atención integral y exclusiva a adolescentes y jóvenes entre 13 y 21 años, a través de servicios asistenciales en salud sexual y salud reproductiva y educación en sexualidad con respeto a sus derechos sexuales y reproductivos y privacidad. Además ofrece asesoría y capacitación en temas relacionados con sexualidad, salud sexual y reproductiva y promoción de derechos sexuales y reproductivos a padres y madres, docentes y personal del sector educativo y de salud.

³⁴ La pregunta era: ¿qué diferencia hay entre el concepto de salud sexual y reproductiva de la PNSSR y la que opera en la ciudadanía?

La ausencia de la academia se hace extensiva a los hombres (varones), quienes no se vincularon en ninguna de las etapas del proceso: “no hubo mucha participación masculina. Y eso fue uno de los puntos de dificultad, nosotros trabajamos desde el enfoque de género inclusivo, pero nos dio dificultad” (Mejía 2013). Lo anterior explicaría por qué en el documento de política pública no se hace mención a la sexualidad de los varones. Por su parte, Adriana Sánchez, en entrevista realizada en 2013, señala a propósito de la pregunta por los actores que participan en la construcción de la nueva política distrital que:

(...) es una política donde entran a concursar, a estar en este trabajo todos los sectores, en donde hay un compromiso de todos los sectores, nos solamente de salud, y una responsabilidad solamente de salud, sino de todos los sectores (...) Indudablemente que deben ser todos porque estamos trabajando por la calidad de vida de las personas, y cuando uno habla de calidad de vida no solamente es salud, es todo, vivienda, educación, acceso, movilidad, es todo. Y entonces aquí se convoca a todos los sectores, sin embargo hay unos que son principales entre todos, si, que son: el Ministerio de Educación, ICBF, Gobierno, Planeación Distrital, y el quinto que es Salud, digamos que son los cinco que uno espera; y ahorita estamos trabajando con las casas de igualdad, pero como ya salió la subsecretaría de mujer y género entonces ella entra a ser también parte de las secretarías que deben estar, porque hay más compromiso, un compromiso más directo. Pero eso no quiere decir que los otros sectores no deban asistir. Por ejemplo acá debería asistir recreación y deporte, acá debe asistir vivienda, o sea, todos los sectores, movilidad, uno dice qué tiene relación, pues imagínate y es que nosotros por ejemplo, no tenemos espacios seguros, pues eso es un riesgo para que suceda algo, una violación, una violencia, o en fin, que eso nos perjudique o nos lleve a un evento, como por ejemplo un VIH-Sida, eh, bueno, todos los eventos que tú ya conoces que tiene la política nacional de salud (Sánchez, 2013).

En ese sentido, de acuerdo con Sánchez Bogotá ha venido trabajando en la construcción de este documento desde la perspectiva institucional, es decir, con muchas de las entidades que como cabeza de sector o por la misión que tienen deben hacer parte de los escenarios de diálogo y planificación. Sin embargo, no se hace referencia a otros actores que también son necesarios para el desarrollo de esta política, como las organizaciones sociales de mujeres, organizaciones sociales, las mujeres no organizadas, la academia y colectivos de mujeres feministas que trabajan por la garantía, goce efectivo y acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las ONG, etc. Llama también la atención que la funcionaria relacione la competencia de una determinada institución o entidad con la ocurrencia de uno de los “eventos” señalados en el documento nacional, que en el ejemplo que ella pone es el

contagio de VIH-Sida, ya que precisamente uno de los aspectos problemáticos de la PNSSR 2003 es que aborda la salud sexual y reproductiva desde los seis eventos, por lo que otros escenarios quedan fuera del alcance de la política nacional. Se podría pensar, que si en Bogotá se viene adelantando una política en salud sexual y reproductiva, ésta dejaría de costado la idea de “eventos o episodios” y propondría otras estrategias para abordar el tema ya no desde los episodios sino desde la integralidad de l@s sujet@s, por ejemplo.

Ahora bien, he querido identificar a los actores de los dos documentos (PNSSR 2003 y Conpes de 2012), los cuales son institucionales (formales) en su mayoría, con participación de actores no institucionales (ciudadanía, organizaciones de mujeres, universidad, expertos) y UNFPA, quienes pugnaron por mantener la definición de sexualidad de El Cairo 1994, distanciándola de la definición de la OMS, que se impuso finalmente en el documento, por lo cual quedó planteada en la PNSSR 2003 en el plano de la salud/prevención más que del reconocimiento y pleno goce de los derechos sexuales y reproductivos.

Tabla No 4. Cuadro comparativo de los actores de la política pública

POLÍTICA	ACTORES
POLÍTICA NACIONAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Asociaciones médicas y universidades; EPS, ARS e IPS; ministerios y otras agencias gubernamentales del nivel nacional y local; ONG y organismos internacionales de cooperación; entidades territoriales y expertos.
	<p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Colombia Joven, Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, Departamento Nacional de Planeación, entidades territoriales.</p> <p>Para la construcción de los lineamientos y ejes estratégicos se contó con la participación de diferentes actores sociales que tienen incidencia en la problemática (jóvenes, academia, sector público, fuerzas militares y de policía).</p> <p>Delegados de los Ministerios de Protección Social, Educación Nacional, Defensa, Tecnología y Comunicaciones, Cultura,</p>

<p>CONPES 147 DE 2012 SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE.</p>	<p>Interior y Justicia; del SENA, ICBF, Acción Social, Programa Colombia Joven, la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer de la Presidencia, UNFPA, Observatorio del Delito (Policía Nacional-Interpol), Universidad de los Andes; así como jóvenes del Programa del Proyecto “El Joven tiene la Palabra” del ICBF y de los Grupos Juveniles “Los Incorruptibles” de Ciudad Bolívar, y “Digerati”.</p> <p>Participantes y miembros de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.</p>
<p>POR UNA SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA. (S.F.)</p>	<p>Sin información relacionada.</p>

Fuente: elaboración propia con base en el documento citado.

Teniendo en cuenta lo anterior, los actores han formulado políticas públicas siguiendo directrices de organismos internacionales como la OMS, y han vinculado, en algunos casos, a la ciudadanía para que aporte y enriquezca el documento, sin embargo, como suele suceder con estos mecanismos de participación ciudadana, los insumos no son incorporados del todo en los documentos y quedan casi exclusivamente las ideas institucionales respecto del problema, dificultad que se evidencia en el caso de PNSSR 2003, con la adopción del concepto de sexualidad de la OMS y no la de El Cairo 1994³⁵, que como señala Mary Luz Mejía del UNFPA, en entrevista realizada en 2013, respecto del enfoque de sexualidad de El Cairo 1994 donde se

(...) trata de asegurar que todos los individuos tengan una vida sexual libre, responsable, satisfactoria, placentera y libre de riesgos. Donde todo hace parte de un concepto donde la salud sexual y reproductiva no es una cuestión meramente biológica que se desprende del goce de la sexualidad, que es de todos, de hombres

³⁵ Considero que es necesario que quienes formulen políticas públicas cuenten con las organizaciones ciudadanas y ciudadanos de a pie no sólo en las mesas de trabajo y en la validación de la propuesta, sino que se articule dicho trabajo en el documento final aprobado y en la posterior implementación. Es decir, que no queden los aportes de las poblaciones participantes en las relatorías y que quienes redacten el documento final terminen incorporando, además de las propuestas, otras agendas y enfoques o incorporando por partes la información obtenida. También es importante señalar que aunque los actores que participan en la formulación de políticas públicas tengan enfoque de género, de diversidad, enfoque territorial, etc., no importa si quien toma la decisión, o redacta el documento final, cambia la propuesta por lo que todos los aportes, toda la discusión, el trabajo colectivo- colaborativo intersectorial se pierde y pasa, lo que ocurrió con la PNSSR y el enfoque no de El Cairo, sino de la OMS, como finalmente quedó.

y mujeres, donde la mujer tiene unos requerimientos mayores y donde se requieren unas condiciones de derechos individuales. Ese es el enfoque de Cairo y ese es el que desde 1994 se ha promovido (Mejía, 2013)³⁶.

Otra cuestión a tener en cuenta es que en la PNSSR 2003 y el Conpes 147 se visibilizan no sólo los actores que participan en los procesos de formulación de las políticas, sino los actores institucionales que serán los responsables directos de la implementación y ejecución de la política, es decir, aquellos cuya cartera tiene competencia en la atención a la población.

Algunos de los actores a quienes se les asignan responsabilidades son los mismos que formularon la política y en otros casos, son actores nuevos cuya responsabilidad está reseñada en la PNSSR 2003. Por ejemplo, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) tiene como responsabilidad “la inclusión en los currículos de pregrado y postgrado de las profesiones de la salud, la generación de competencias que favorezcan el desarrollo de las líneas de SSR identificadas como prioritarias en el país” (MINSALUD, UNFPA:2003: 54); el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses “tiene la responsabilidad de realizar los dictámenes médicos a las víctimas de violencia doméstica y sexual con el fin de apoyar los procesos judiciales y administrativos que sean del caso” (MINSALUD, UNFPA:2003:58); la Policía Nacional “debe proteger a las víctimas de violencia doméstica y sexual y brindar el apoyo especial que las autoridades competentes soliciten para cada caso concreto” (MINSALUD, UNFPA:2003: 58).

En el caso del Conpes 147, las responsabilidades se marcan por las líneas de acción que se proponen teniendo en cuenta la pertinencia de la entidad y las acciones que se pueden adelantar para apoyar el tema del embarazo adolescente. Por ejemplo, la línea de promoción del desarrollo humano y proyecto de vida tiene como entidades responsables al Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA, el Ministerio de Educación Nacional-MEN, el Ministerio de Defensa, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de la Información y las Comunicaciones-

³⁶ Entrevista realizada a una funcionaria UNFPA (2013) dando respuesta a la pregunta ¿qué diferencia hay entre el concepto de salud sexual y reproductiva de la PNSSR y la que opera en la ciudadanía? Hecha por la autora del tesis. El enfoque de Cairo1995, al cual hace mención, reconoce en el capítulo 7 que “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (Cairo: 1995: 37)

Mintic y la Escuela Superior de Administración Pública-ESAP, para la formación de agentes educadores de la sociedad en distintos temas y trabajando con públicos como medios de comunicación, fuerzas militares y policía, alcaldes y gobernadores, aprendices SENA, entre otros (DNP: 2012: 83).

Ahora bien, quisiera abordar una cuestión que he venido introduciendo y es la pregunta por ¿a quiénes va dirigida la política? Es evidente que se trata de una política orientada a las mujeres, o como señaló la funcionaria de UNFPA, donde “la mujer tiene unos requerimientos mayores” (Mejía, 2013), pero lo que me interesa indagar es quién es ese sujeto-mujer, cuáles son sus características, sexualidades, prácticas de vida que se enuncian -o no- en los documentos de política pública.

Hasta ahora he planteado qué conceptos se abordan y cuáles son los actores que han intervenido en la formulación de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva y el Conpes 147 de 2012. Quisiera entonces exponer cómo son esos sujetos a los que va a intervenir la política pública, si pongo en consideración el hecho que de no hay ‘una sola mujer’ o ‘la mujer’ o ‘las mujeres’ como un todo, o una unidad que las hace iguales, idénticas. Creo más bien, que esa unicidad del concepto mujer que se usa en la política pública invisibiliza y excluye a mujeres que no son tenidas en cuenta como sujetos foco en la intervención de la política como se evidenciará a continuación.

2.2. ¿Quiénes son l@s sujetos de la política?

“No se nace mujer, llega una a serlo”.
Simone De Beauvoir.

*“Estrictamente hablando,
no puede decirse que existan <<las mujeres>>”.*
Julia Kristeva.

He intentado desligarme de las representaciones e imaginarios que de las mujeres se construyen -en particular de la mujer negra, pero esa es otra tesis-, porque considero que son vacías y limitantes. No me gusta que me tomen por objeto de deseo, por máquina de hacer hijos o como sumisa y sin derechos. He construido para mí misma otros relatos y otras

maneras de ‘ser mujer’ aunque ese ‘ser mujer’ es igual de problemático que ser *la mujer* o *las mujeres*, todas y ninguna a la vez. Sin embargo, esos relatos, a modo de protestas silenciosas, de cambios de estereotipos, parecen no tener impacto y no sacarme de ese molde de mujeres- mujeres afro que me ha acompañado -de lejos- toda la vida.

Por eso me gustan las dos frases que acompañan este aparte, y así como Simone de Beauvoir y Julia Kristeva, creo firmemente que “las mujeres” no existen y que una “llega a ser mujer”. ¿Qué tenemos en común los sujetos mujer que describen y abordan las políticas públicas y yo? Me atrevería a señalar que hacemos parte de la estadística. Todas, en algún punto de nuestras vidas, contamos para el Estado, por una u otra causa, desde que nacemos hasta que morimos; con esto no digo que los hombres no cuenten, sino que cuentan distinto.

Las mujeres hacemos parte de las estadísticas por distintas causas: violencias, cáncer de mama y de cuello uterino, por nacimientos, muerte, sexualidad, embarazos, educación, ciudad, drogas, pobreza extrema, colegios, alcohol, vinculación laboral, obesidad, trabajo remunerado, votos, sexo, pobreza, embarazos juveniles, anorexia, territorios, ingresos económicos, participación en política, madres cabeza de familia, acceso a la justicia y a los servicios, trabajo no remunerado, etc., Estas estadísticas nos agrupan en datos sociodemográficos que luego son el soporte de acciones e intervenciones de actores institucionales y organismos no gubernamentales a través de políticas públicas, sólo por mencionar algunas. No hay que olvidar que a la publicidad le gusta acudir frecuentemente a las mujeres para convertirlas en objetos que atraen clientes -mujeres y hombres- que compren las cosas que ofrecen. A propósito de esto, Isabel Moya, argumenta que

el uso de la mujer (...) para vender bebidas alcohólicas, autos, perfumes, seguros (...) [se] reafirma desde el propio tratamiento iconográfico de las imágenes que con frecuencia presentan sólo fragmentos del cuerpo femenino. No es ya una mujer, sino unos glúteos, o unos pechos, o una boca entreabierta (...) [donde] esta publicidad presenta a una hembra siempre disponible al deseo y que se legitima en la posesión masculina, se inserta en imaginarios colectivos y realidades sociales (Moya: 2010: 45).

Los usos de los cuerpos de las mujeres no solamente son con fines publicitarios o comerciales, sino para que, a través de esos mensajes las niñas, adolescentes y mujeres se ‘conviertan’ o deseen ser *ese* tipo de mujer – como si fuera la única manera de ser mujer – acompañada de códigos de vestir, formas de relacionarse y comportarse con los otros donde

se exagera y se alaba la hiper-sexualización y erotización de las mujeres y sus cuerpos, dándole a éstas ciertos parámetros a seguir, mientras a los hombres se les ‘vende’ un imaginario de mujer, del que aprenden, además formas de relacionarse y tratarlas.

Sin embargo, y aunque este sea un panorama muy superficial de los nuevos estilos de relaciones y comportamientos entre hombres y mujeres, las políticas públicas se escapan de esta discusión para concentrarse en temas que afectan a las mujeres y que por el momento, son temas de agenda público-política: la salud sexual y reproductiva. Aquí lo importante no es la percepción sobre las mujeres o sus comportamientos, sino las consecuencias de esos comportamientos, modos de relacionarse, etc., así como el hecho de que hay situaciones que, por su condición de género, las ponen en riesgo de vulneración y abuso. Estas circunstancias (de riesgo y abuso relacionadas con los seis episodios de la PNSSR 2003) no consideran aspectos estructurales como el machismo, el sexismo, la violencia basada en género, el aborto, etc.

Para dar alcance a la pregunta ¿Quiénes son l@s sujetos de la política pública? quiero señalar primero qué dicen las políticas sobre la mujer, las mujeres o su concepto de mujer. En ese sentido, habría que indicar que se habla de las mujeres en los tres documentos consultados, pero el término no se ‘define’ teóricamente – se da por hecho que se entiende de la misma manera qué es ‘mujer’ y a quien se está haciendo referencia. Tampoco se ponen en tensión los roles de género, o las relaciones entre hombres y mujeres con respecto a la sexualidad. Lo que nos presentan los documentos de política pública son sujetos encarnados en cuerpos que corresponden biológicamente al sexo femenino o masculino, pero que no tienen ningún otro aspecto relacionado. Más en detalle, ese cuerpo biológicamente femenino está asociado con el embarazo, métodos de planificación familiar, violencia, educación, sexualidad, cáncer, autocuidado, maternidad, VIH, aborto, educación y territorio. Es decir, con una perspectiva productiva-reproductiva.

[Promover que] “las mujeres en diferentes etapas de su ciclo vital asuman actitudes de autocuidado en la prevención del contagio con Papiloma Virus Humano (VPH) como factor de riesgo (...)”. (MINSALUD, UNFPA: 2003:41)

“La mayoría de las mujeres proviene de familias numerosas, superpuestas, con antecedentes de madres y hermanas que vivieron la experiencia de ser madres en la adolescencia o haber tenido abortos múltiples. También provienen de estructuras

familiares patriarcales, con madres sumisas y padres dominantes, periféricos afectivamente”. (Alcaldía Mayor de Bogotá: S.F: 3)

“En las zonas rurales, en las regiones Oriental y Pacífica, mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las mujeres desplazadas” (MINSALUD, UNFPA: 2003:16).

Por su parte, el cuerpo biológicamente masculino está asociado con la hombría, la anticoncepción (uso del condón), el machismo, el VIH, la violencia contra la mujer y la paternidad responsable. Lo anterior evidencia que, en términos de salud sexual y reproductiva, la política pública presta más atención a las particularidades de las mujeres, que a los hombres, quienes, en algunos casos, son percibidos como factor de riesgo para las mujeres:

“Es importante estimular la responsabilidad y participación de los hombres en el control de la fecundidad, así como favorecer condiciones para la toma de decisiones, individuales y de pareja, libres e informadas frente a la reproducción, diseñar mecanismos para superar los prejuicios culturales frente a la prescripción de anticonceptivos y promover la orientación y la información sobre la doble protección”. (PNSSR: 2003:17).

“Se promueva, en la población masculina, la anticoncepción con métodos de barrera, entendida como una responsabilidad individual que no sólo se circunscribe a la mujer” (MINSALUD, UNFPA: 2003:34).

“Los hombres conozcan las medidas de autocuidado que deben tener en relación con la transmisión de VPH y su relación con el cáncer de cuello uterino en las mujeres”. (MINSALUD, UNFPA: 2003:41).

Creo que las políticas de salud sexual y reproductiva no se han preguntado por la sexualidad masculina, sus características, o los factores que los ponen a ellos en situación de riesgo y vulnerabilidad. Mi impresión es que no interesa la salud sexual y reproductiva de los hombres porque se considera natural, -tabú, quizá- porque la sola discusión pondría en cuestión la masculinidad hetero-normativa dominante y, en sentido estricto, no se han evidenciado las necesidades o demandas particulares y finalmente, porque en el modelo social vigente, donde la estructura jerárquica es dominada por los hombres, los asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva son temas de mujeres y no de hombres: ¿Qué hay que cuestionar en la salud sexual y reproductiva masculina? A esa pregunta le falta discusión, trabajo, acuerdos y disensos, e implica también grandes cambios en los modelos sociales, en los roles de género

y en los paradigmas sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres, un cambio desde ellos y para ellos con beneficio para tod@s.

En entrevistas a varias funcionarias públicas, académicas y expertas en el tema de salud sexual y reproductiva, ellas coinciden al afirmar que las políticas fueron diseñadas para atender a las mujeres porque son quienes están constantemente expuestas a todo tipo de riesgos; además de ser un gran avance en las demandas de las mujeres para el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, como lo señala Adriana Sánchez, funcionaria de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en entrevista realizada en 2013:

(...) date cuenta de que la política de salud sexual y reproductiva en la que hemos estado trabajando se enfoca más hacia las mujeres porque son las mujeres las que, digamos, tenemos en mente que son las que tienen los problemas reproductivos, son las que se embarazan, son las que se mueren porque pierden la vida en un proceso de parto, en un proceso de maternidad, en fin. Entonces todo se enfoca es hacia las mujeres, las que se embarazan adolescentes son las mujeres, entonces, como esto está enfocado hacia los eventos, entonces ¿hacia dónde van las acciones?, ¡pues hacia las mujeres!, (Sánchez, 2013).

Por su parte, Mary Luz Mejía, de UNFPA, reconoce que los sujetos de la política son

Los grupos beneficiarios de las acciones referidas. Mujeres, porque todas las acciones están dirigidas a mujeres, entonces los grupos de mujeres en cada uno de los componentes que están allí, en anticoncepción, en salud materna, en prevención de ITS, prevención de violencia (Mejía, 2013).

Nuestra historia, la colombiana, nos ha mostrado que antes las mujeres no tenían derechos, y que determinadas conquistas legales se los empezaron a garantizar y a darles libertades como la libre administración y disposición de sus bienes, es decir, capacidad jurídica para administrar en 1932; acceso a la educación superior en 1933 y el derecho al voto en 1954, entre otros (Hugueth: 1995). Más recientemente, y como he señalado, con El Cairo 1995, las mujeres manifestaron su interés para que los Estados parte se comprometieran con la garantía, entre otros, de los derechos sexuales y reproductivos “eliminando todas las prácticas que discriminan contra la mujer; ayudando a la mujer a establecer y realizar sus derechos, incluidos los relativos a la salud reproductiva y sexual” (Cairo: 1995: 21).

He aquí el problema. Las mujeres están reclamando la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos, que incluyen

el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos (...) También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (...) La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia (Cairo: 1995: 37).

Esta potestad sobre sus cuerpos y sus sexualidades es garantizado por el Estado, el cual dispondrá estrategias y programas para hacerlos efectivos y garantizar el acceso y cumplimiento. El problema aparece cuando esta garantía se transforma en una regulación - consentida por las mujeres- de los comportamientos sexuales, pues lo que los documentos de política sugieren, por ejemplo, es que la responsabilidad de no embarazarse, de no contraer cáncer o una infección de transmisión sexual- ITS, es principalmente de las mujeres, es decir, se trata de políticas regulatorias que promueven e implementan programas para el auto cuidado (sólo hacia las mujeres). Caso contrario -u omiso- pasa con los hombres, a quienes se les alienta a ser conscientes de su papel en la reproducción, la paternidad y la prevención de las ITS a través del uso del condón, pero no en el sentido de la regulación; y con respecto al autocuidado, se les insta a ser conscientes de la relación que tienen con las otras/os. El discurso se orienta para que sean las mujeres -y no los hombres- quienes sean cuidadas, protegidas y defendidas por ser una población vulnerable en situación de riesgo constante. Y sean ellas las agentes que brinden en primera instancia esa protección, cuidado y prevención para sí mismas. No se trata solamente de acciones únicas en el ciclo de vida de las mujeres, sino que éstas se repiten y cada vez abarcan a un mayor número de niñas, jóvenes y adultas que, luego, son olvidadas en la vejez. Entonces, ¿Quiénes son los sujetos de las políticas públicas? Son mujeres. ¿Cómo son esas mujeres? Esa es la segunda cuestión a desarrollar.

2.2.1 Mujeres in/visibles.

Con la adopción del enfoque del concepto de sexualidad propuesto por la OMS y apropiado en Colombia a través de la PNSSR 2003, tomando distancia del concepto de El Cairo 1995, es posible establecer que las mujeres objeto de la política no son todas las mujeres y mucho menos son iguales. ¿Cómo son? Son sujetos que están entre los 14 y 19 años, ya que se encuentran en condiciones de riesgo y/o vulneración para uno de los principales problemas

que abordará posteriormente el Estado a través de esta política: el embarazo adolescente. Si bien en Colombia en los años 80 las mujeres y las niñas tenían muy poca información acerca de la sexualidad, el embarazo y además, las edades en las que iniciaban su vida sexual eran, evidentemente, más tardías que ahora, el desconocimiento sobre sus cuerpos y sus sexualidades, la poca información circulante sobre métodos de prevención de embarazos e ITS así como las consideraciones de las diferencias regionales -urbano-rurales-, el embarazo juvenil, como se llamaba en la época, y lo que hoy se conoce como los derechos sexuales y reproductivos, no estaban presentes en las agendas públicas del país, ni eran un tema de salud pública.

A principio de los noventa se comenzaron a realizar acciones aisladas en las que se les enseñaba a las niñas y jóvenes mujeres en clases de educación sexual en la escuela sobre el ciclo menstrual, la función reproductiva, la anatomía femenina reproductiva, la virginidad, los valores etc., -no a los hombres-, ejercicios iniciales que les permitieron a las niñas y mujeres jóvenes escolarizadas acceder a este saber y tener mayor conciencia de sus cuerpos y sexualidades. Por supuesto que, y debido al contexto -años noventa-, no se tenían en cuenta las diversidades que se incluyen ahora tanto en los manuales, como en algunos de los textos de educación para la sexualidad y la ciudadanía.

Con la reunión de El Cairo 1995 se logró visibilizar las problemáticas asociadas a las mujeres y en particular en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva. En El Cairo se plantea que una cosa es la sexualidad y otra la salud reproductiva. La OMS plantea, por su parte, que la sexualidad y la reproducción están relacionados con la salud y por lo tanto, son aspectos íntegros que se complementan y garantizan los derechos a las mujeres. La distinción que hace El Cairo 1995 es de vital importancia porque determinará el enfoque que se adoptó en el país, donde la salud sexual y la salud reproductiva están ligadas, más no distanciadas, lo que repercute significativamente en los modos como se enseña, se entiende y se apropia la sexualidad por parte de mujeres -y de hombres- a través de estos manuales y espacios de enseñanza. Debo señalar que soy hija de ese modelo.

Aunque el beneficio fue pensado para todas en todos los ciclos de vida, las evidencias muestran que no ‘todas las mujeres’ son abordadas desde la política, ya que hay algunas

particularidades que hacen más específica la atención de la población, como muestro a continuación:

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en la población de mujeres entre 30 y 59 años y la segunda causa de mortalidad general por neoplasias. Sin embargo, debido a la tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas, el cáncer de cuello uterino afecta a mujeres cada vez más jóvenes (MINSALUD, UNFPA: 2003: 18).

El promedio de edad de las mortalidades maternas es de 28,8 años, siendo más alto el porcentaje en los extremos etarios, especialmente entre los 10 y 14 años y entre los 45 a 49 años, aunque la tendencia aumenta desde los 35 años, lo que evidencia fallas en la protección, educación y atención brindada a las madres menores de 14 y mayores de 35 años (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 5).

Los contenidos de la intervención psicoterapéutica que se prestará a los adolescentes en riesgo de quedar en embarazo y a sus familias; los cuales deberán ser diferenciados para las siguientes poblaciones: 6-9 años, 10-14 años y 15-19 años (Departamento Nacional de Planeación: 2012: 31).

(...) se realicen acciones específicamente dirigidas a los y las adolescentes y a hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad y que se centren en el autocuidado en términos de controlar el número de hijos/as y el espaciamiento entre ellos (MINSALUD, UNFPA: 2003: 33).

Con el fin de garantizar el enfoque diferencial, será preciso definir mecanismos que permitan la participación de los grupos de 10-15 años y de 15-19 años, y grupos étnicos (Departamento Nacional de Planeación: 2012: 37).

2.2.2 Son sujetos que están en condiciones de riesgo y vulnerabilidad.

Los documentos de política de salud sexual y reproductiva coinciden al señalar que los homosexuales y “hombres que tienen sexo con otros hombres” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 19) - no las mujeres lesbianas o demás personas LGBTI, por ejemplo-, figuran prominentemente en los factores de riesgo y vulnerabilidad por el tema de VIH e ITS. Esto muestra que las mujeres de la política son heterosexuales, no lesbianas, o trans, o inter, o con discapacidad, indígenas o afros o rurales. No se hace alusión directa o indirecta a las condiciones que estas mujeres pueden tener por su diferencia o su orientación sexual: ¿Cuál serían los factores de riesgo de una mujer con discapacidad?, ¿Una mujer lesbiana no es propensa a tener cáncer de seno, o una ITS? La política no lo contempla -ni siquiera se lo

pregunta-, ya que se concentra en mujeres heterosexuales y territorializadas. Al respecto, Camila Esguerra Muelle, antropóloga, magíster en género e investigadora señala que

la política pública nunca se pregunta sobre cómo es la iniciación sexual, eso cómo es distinto dependiendo del lugar de género que se tenga, y no solamente de si eres hombre o mujer, sino de si eres una chica trans o un chico trans, es una persona intersex o si es una persona que te propone una creatividad superior al sistema sexo género, de si eres lesbiana o bisexual, cuántos años tienes. Incluso no se pregunta por los imaginarios en un escenario de la política, por ejemplo, cómo se sexualizan a determinadas personas o cómo se conduce a las jóvenes y a los jóvenes a cumplir con unas formas de consumo con unas formas de corporalidad que los subsexualizan en términos de volverlos disponibles (Esguerra, 2013).

Es así como, resultado de esta omisión/exclusión/invisibilización de otros sujetos con orientaciones sexuales no heterosexuales, identidades de género variadas, etc., la política pone su atención en sujetos heteronormativos que presentan condiciones similares, facilitando la agrupación e identificación para ejercer la intervención. Pensar una política pública en salud sexual y reproductiva que tenga en cuenta múltiples y diversos escenarios y niveles de comprensión implica que los formuladores y actores de la política pública tengan que deslocalizarse completamente para situarse no en uno, sino en múltiples escenarios, teniendo en cuenta aspectos sociales, culturales, económicos, de diversidad, de raza, discapacidad, edad, ciclo de vida, género, etc., para construir en conjunto con los sujetos políticas públicas *otras* en salud sexual y reproductiva.

En el caso del hombre homosexual, a quien se le atribuyen aspectos asociados con el contagio y/o transmisión de VIH y de infecciones de transmisión sexual, -haciendo la salvedad con hombres heterosexuales que contagian a sus parejas (mujeres)-, es incluido en el grupo vulnerable al ser considerado factor de riesgo, como lo ejemplifican las citas de los documentos de política a continuación:

intervención de poblaciones en especial vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres en edad fértil, adolescentes, estudiantes universitarios/as, población carcelaria, personas en situación de prostitución, mujeres gestantes, entre otras) (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 9).

La incidencia del VIH/SIDA ha aumentado en grupos de población distintos a los tradicionalmente considerados como de riesgo o vulnerabilidad, particularmente jóvenes y mujeres, además de homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres (MINSALUD, UNFPA: 2003: 19)

La tendencia hacia la heterosexualización del VIH/Sida indica que la mayor parte de las mujeres se infectan no sólo por sus propios comportamientos de riesgo sino por los de su pareja (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 4).

Como se aprecia en las anteriores citas, las condiciones de vulnerabilidad están dadas por factores asociados a las ITS y al VIH en el caso de los hombres homosexuales, pero no se menciona qué otros factores son de riesgo para las mujeres, niñas, o adolescentes, distintas a las violencias, el VIH y la pobreza; o cuáles son los comportamientos propios de las mujeres que las ponen en riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual y VIH. También es interesante la conexión que se establece entre la homosexualidad y el contagio del VIH entre hombres homosexuales y de hombres heterosexuales a mujeres.

Así mismo, se tiene en cuenta a la población desplazada o víctima de violencia porque es “más propensa” a quedar en embarazo a temprana edad, al estar en condiciones de pobreza, asociada a estratos 0, 1 y 2 tanto en lo urbano como en lo rural, con un mayor porcentaje en lo rural; además, su localización es generalmente la periferia de las ciudades, en barrios, localidades, comunas o zonas de alto riesgo. Es notoria la ausencia de acciones para mujeres, niñas, niños y hombres en estratos 3, 4, 5, 6 o más, porque se ha priorizado a personas “con condiciones de pobreza” y se creería que quienes están en estratos superiores tienen mayores posibilidades para acceder a información y mecanismos de prevención de situaciones de riesgo y vulneración, por lo que serían beneficiarios indirectos de la política en salud sexual y en salud reproductiva.

A continuación presento algunos ejemplos de los documentos de política, a propósito de los factores que ponen en riesgo y vulneración a las personas objeto de intervención.

“Las intervenciones deben priorizar a las personas con menores niveles de escolaridad, las desplazadas, los jóvenes y, en general, la población en condiciones de pobreza (MINSALUD, UNFPA: 2003:22).

“Los nacimientos en la población de 10 a 19 años superan los 20.000 anuales. Esta cifra tiene un gran peso en la tasa de fecundidad de Bogotá, pero su importancia radica en que su presencia está asociada a la desintegración que conlleva falta de comunicación, maltrato intrafamiliar, vacíos afectivos, sensación de soledad, pérdidas de valores y limitadas oportunidades educativas y laborales. Eventos como la

violencia, el abuso sexual, el consumo de sustancias psicoactivas también comparten estos factores de riesgo (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 2).

Hay que aclarar que, si bien se incluye a un sector de la población LGBTI, esto no implica que se generen acciones en materia de salud sexual y reproductiva para esta población, sino que hacen parte de las estrategias para la prevención de la transmisión de ITS y de VIH donde se particularizan a los hombres homosexuales para los casos citados.

2.2.3 Proyectos de vida y educación para la sexualidad y la ciudadanía.

Se asume que el grueso de la población objeto tiene algún conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, métodos de prevención del embarazo y las ITS, pero dadas las circunstancias, es necesario fortalecerlo a través de la promoción de los proyectos de vida e información confiable para prevenir los factores de riesgo. Así, la política prevé iniciar sus programas en las escuelas, donde hay mayoría de adolescentes escolarizadas para que con “el apoyo a programas y proyectos escolares relacionados con la promoción de una vida sana” (MINSALUD, UNFPA: 2003:38) las y los jóvenes asuman actitudes y prácticas de vida distintas, donde la maternidad, paternidad y sexualidad sean etapas de la vida que se puedan asumir posteriormente. Para ello, “la implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de los adolescentes” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 38) es fundamental para cumplir con la meta de prevención y reducción del embarazo y factores de riesgo, además de que con estas medidas se promueven formas alternativas de vida que les permiten las personas proyectarse en el futuro (estudiando, trabajando, viajando) y retrasando si bien no el inicio de las relaciones sexuales, sí la maternidad y la paternidad, así como fomentar que los jóvenes asuman actitudes responsables frente a la sexualidad.

La presión social para iniciar relaciones sexuales en la adolescencia es uno de los factores cruciales detectados por las instituciones, por lo que el gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA y OIM lanzó dos comerciales (con la perspectiva “de él” y “de ella”) donde se invitaba a las y los adolescentes a no ceder a ésta antes de los 18 años. Es un comercial interesante que pone en cuestión la situación de muchos

adolescentes debido al estigma que puede significar ‘la virginidad’ y más cuando los rumores y ‘chismes’ sobre compañeros/as que ‘ya lo hicieron’ se constituyen en factores de exclusión de las dinámicas y grupos sociales en colegios y escuelas.

El comercial reitera que la mayoría de las y los adolescentes no han iniciado actividad sexual antes de los 18 años, cuando las estadísticas de embarazo adolescente dicen precisamente lo contrario, por lo tanto, la estrategia es acertada al hacer visible el problema de la carga social en la que viven muchos adolescentes que, a través del comercial, ven reflejada su situación y pueden encontrar una solución alternativa que conduzca a la postergación en el inicio de las relaciones sexuales por presión social.

La falta – o abundancia – de información que circula en internet, entre las redes de amigos/as, puede generar más confusión que claridad en l@s jóvenes y sumado a esto, los prejuicios y las prácticas sociales y culturales frente a la sexualidad, el sexo y el embarazo, ocasiona que generaciones de niños, niñas y adolescentes crezcan y se formen con ciertas ideas sobre estos temas, lo que les puede inducir a tomar decisiones apresuradas, sea por presión social o por los esquemas y modelos de ser quienes son con respecto a su sexualidad. En ese sentido, la PNSSR 2003 reconoce que:

Aún persisten mitos y creencias sobre la fecundidad y la reproducción que carecen de base científica y que pueden poner en riesgo la salud, o que inducen a la toma de decisiones sobre la base de premisas equivocadas. Es necesario, por lo tanto, diseñar mecanismos para divulgar información confiable sobre las características, ventajas y desventajas de los distintos métodos, y posicionar las decisiones sobre la reproducción como parte del proyecto de vida de cada persona (MINSALUD, UNFPA: 2003: 17).

Es decir, hay dos aristas del problema. De un lado, la institucionalidad busca empoderar a las y los adolescentes con la idea de “proyecto de vida” en el que el inicio de las relaciones sexuales, la maternidad/paternidad sea retrasada y la decisión respecto de su sexualidad sea tomada en el marco de su proyecto de vida para que de esta manera la persona se proyecte en distintos escenarios (laborales, educativos, profesionales, personales) postergando así una maternidad/paternidad temprana, así como el inicio de relaciones sexuales por ceder a la presión social. De otro lado, están las dinámicas sociales en las que se mueven las y los jóvenes y adolescentes, donde el inicio de las relaciones sexuales va de la mano de la presión

social, ya que les permitiría obtener cierto reconocimiento social que les ubicaría en posiciones ‘privilegiadas’ entre amigos, compañeros de estudio, pareja, etc.

La campaña recalca la necesidad de promover y divulgar información verídica sobre la reproducción, la sexualidad, la maternidad/paternidad, la decisión sobre el inicio de las relaciones sexuales de adolescentes y jóvenes y las consecuencias en la toma de decisiones basadas en mitos, desinformación y tabúes alrededor de la sexualidad. Con ello, la decisión que tomen l@s adolescentes y jóvenes, sea cual sea, será informada, libre, autónoma y consciente.

2.2.4 Son sujetos no empoderados.

El empoderamiento de las mujeres ha sido uno de los aspectos más abordados desde las políticas públicas de cualquier sector. Se busca empoderar a las mujeres para la participación política activa, para la toma de decisiones libre y autónoma en materia de sexualidad y reproducción, para que se vinculen a los mercados laborales y profesionales. Una mujer empoderada es menos propensa a ser víctima de violencias, se empodera a las mujeres para que sean lideresas en sus comunidades, organizaciones y territorio, para que exijan sus derechos y sean veedoras en el cumplimiento de los mismos por parte de las entidades garantes, se empodera a las mujeres para que hablen con su voz por sus intereses, etc. *Empoderar* es una estrategia efectiva para la toma de conciencia y la movilización hacia la acción social. Este empoderamiento es una suerte de militancia política que vincula aspectos ‘privados’ que se hacen públicos, sin embargo, el empoderamiento que se propone en salud sexual y reproductiva va más allá de la toma consciente de decisiones o de decisiones informadas – implica poner los asuntos *íntimos* como asuntos públicos y políticos.

En varios de los apartes de los documentos de política pública se hace mención al tema del empoderamiento para que las mujeres “tomen parte activa en las decisiones sobre los métodos de planificación familiar en la consejería que se brinda en servicios de salud” (MINSALUD, UNFPA: 2013: 35); sobre la situación económica de las mujeres ya que,

“mejora en su situación económica, social y cultural, [porque] son elementos indispensables para el desarrollo (MINSALUD, UNFPA: 2013:22).

Así mismo, se tiene en cuenta la importancia de estimular no sólo a las mujeres, sino que se haga extensiva la invitación a los hombres como actores vinculados con la sexualidad y la reproducción ya que “el estímulo a la participación de los hombres en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y, en general, con las responsabilidades domésticas y frente a la crianza de los hijos (MINSALUD, UNFPA: 2013:22) hace posible llevar a cabo proyectos de vida, sexualidades en el marco de la responsabilidad, libertad y el acuerdo, y porque visibilizaría cuestiones fundamentales a tener en cuenta en la salud sexual y reproductiva de los hombres.

Ahora bien, en el caso de las y los jóvenes, niñas y niños, el empoderamiento se propone para que, “asuman actitudes claras de rechazo a la violencia como forma de relación o de resolución de conflictos (MINSALUD, UNFPA: 2013: 47) a la autonomía en sus decisiones para que “hagan sus procesos de manera autónoma, sin la necesidad de la asistencia del Estado (DNP: 2012: 37) de manera que sean menos propensos a abusos, violencias, violaciones y tengan elementos desde temprano que los apoyen y ayuden a tomar las decisiones que conduzcan a sexualidades responsables, a reproducciones consientes y a proyectos de vida exitosos.

2.3. Adolescentes, jóvenes y ¿embarazadas?

“Una <<ficción reguladora>> básica para los conceptos occidentales de género insiste en que la maternidad es natural y la paternidad cultural: las madres hacen bebés de forma natural y biológica. La maternidad se ve, la paternidad se deduce”.
(Haraway: 1991:2008)

La cita de Haraway ilustra muy bien la cuestión de la maternidad, una maternidad visible, biológica y correspondiente a las mujeres, mientras una paternidad construida culturalmente no visible o natural. En ese sentido, las adolescentes embarazadas y madres viven, como

veremos, construcciones relacionadas con la maternidad y el ‘poder’ que les otorga en su grupo social; y de otro lado están los hombres adolescentes, a quienes se les incita a ser ‘responsables’ con su sexualidad, además de una paternidad responsable, que implica, ante todo, asumir la responsabilidad del-a hij@ con amor y respeto frente a nociones tradicionales de paternidad tendiente al abandono de madre e hij@s.

Al hablar de embarazo adolescente lo primero que se menciona son cifras, datos y porcentajes respecto del aumento o la disminución de la tasa de embarazos, así como de los mecanismos y estrategias para prevenir y disminuir dicha situación. Pero lo que me interesa revisar en este aparte es que las cifras y los datos estadísticos respaldados por investigaciones, estudios, encuestas y demás recopilaciones de distintos sectores y actores en torno a un ‘deber ser del adolescente’ respecto de su sexualidad incluye comportamientos, experiencias, ideas, discursos y lo más importante, prácticas. ¿Cómo se determina esto? Precisamente a través de los datos. Si el promedio de embarazo juvenil en el país está en el 17% y cuatro años después, por ejemplo, el porcentaje es de 15%, esto implica que el 2% de las mujeres y jóvenes que participaron en las campañas de manera directa o indirecta no quedaron en embarazo durante la adolescencia, lo que demostraría la efectividad de las estrategias utilizadas. Sin embargo, en la práctica cotidiana, las cosas son un poco diferentes.

La cuestión de ser o no madre a una u otra edad es una decisión que muchas mujeres y hombres no toman, sino que son embarazos que ‘pasan’ por ciertos motivos, pero también hay mujeres que deciden embarazarse porque quieren ser madres jóvenes, porque su proyecto de vida está construido a la sombra de la figura de la madre (autoridad, familia, protección, etc.) o porque sus condiciones de existencia económicas, sociales y educativas las impulsan a formar una familia creyendo que de esta manera dejarán atrás sus pasados violentos, económicamente difíciles o fragmentados. Al respecto, Nancy Johana Asas, funcionaria de la Secretaría de Salud de Bogotá afirma en entrevista realizada en 2013 que hay distintas maneras de ver y comprender el embarazo adolescente, puesto que presenta factores positivos y negativos. Respecto de los negativos, señala que la educación, los proyectos de vida y los núcleos familiares inciden en que se produzca el embarazo adolescente porque

Desde el análisis de la salud es un problema de salud pública como tal, es una situación que vulnera a nuestras adolescentes evidenciando que nuestra mayor

problemática por decirlo así, es las condiciones socioeconómicas de nuestro país, la inequidad social, la inequidad del sistema genera esas barreras y esas dificultades, es muy diferente un embarazo en un estrato uno, dos, en un embarazo estrato seis siete y ocho. (...) en ocasiones también los núcleos familiares fomentan dicho proceso que váyase a mirar porque yo a su edad ya trabajaba, ya me defendía sola. Los niveles educativos, también interfiere mucho en una mujer que no esté educada, una mujer que no tenga un conocimiento y un proyecto de vida definido es un fracaso en nuestro Estado, pero todo se asocia a nuestras condiciones socioeconómica, es muy diferente la niña que tiene para ir al colegio, para ir a la universidad, para salir del país, a la niña que no alcanza ni siquiera su cuarto-quinto de primaria, eso vulnera mucho nuestra población (Asas: 2013).

Retomando las palabras de la funcionaria, es de destacar el hecho de que el embarazo adolescente es un problema de salud pública que afecta a las adolescentes y pone en evidencia las condiciones sociales, económicas, educativas y culturales del país, es decir, el embarazo adolescente refleja una Colombia con poblaciones en condiciones de pobreza, no una población pobre que vive en un país con enormes inequidades sociales; en segundo lugar, centra el problema en la estructura familiar al situarla como un desencadenante condicional de trabajo infantil y del embarazo adolescente y en tercer lugar, la educación aparece como articuladora de las decisiones que se toman respecto del embarazo. Para la funcionaria, una mujer sin educación es más vulnerable y por ende, más propensa a ser una madre adolescente; y finalmente, afirma que este modelo de vida es un ‘fracaso en nuestro Estado’ porque la joven no tendrá acceso y/o oportunidades de mejorar sus condiciones de vida, además de salir de las dinámicas de trabajo productivo (empleo) y ser parte de las estadísticas de madresolterismo, cabeza de hogar, trabajo informal, o no remunerado, o dependiente a través de subsidios ya sea familiares o del Estado.

Es importante recordar que los tres aspectos señalados por la funcionaria hacen parte del discurso de las políticas y de las ideas planteadas por los movimientos de mujeres y han sido reconocidas como factores clave a intervenir: las condiciones socioeconómicas de las mujeres, los contextos familiares y sociales en los que viven y el nivel y calidad de educación al que están llegando con miras a tener mujeres mejor preparadas para desenvolverse en este mundo.

Otro factor negativo es la figura ‘paternalista’ del Estado, porque muchos de los programas y acciones afirmativas orientados a la reducción de la pobreza y la pobreza extrema también

generan situaciones donde éstas se vuelven rentables para algunas familias, ya que el Estado les da dinero por cada niño que esté estudiando, y si una joven tiene más de dos niños, recibe un ingreso fijo mensual para manutención, sumado a los demás beneficios que el Estado le da por tal condición, como señala Nancy Johanna, funcionaria de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá,

nuestro Estado colombiano es un estado paternalista y esto también nos altera la tasa, [de embarazo] ¿por qué?, Porque Familias en Acción es un programa que promueve tener hijos, si tú te pones a ver, entonces, si yo te pago cien mil pesos por niño que va al jardín que a yo no sé qué, que va a estudiar, si yo tengo cinco-seis niños pues yo tengo casi un mínimo y puedo sostenerme, aparte de eso si tengo el desayuno escolar, las leches, galletas y mi desayuno, entonces yo qué estoy fomentando en el país, aumento de la tasa de fecundidad, aumento de la natalidad y una demanda mayor del sistema, esto es como una cortina de humo, a nuestro país no le conviene decir que no tenemos pobres, es mejor ingreso, entre más subdesarrollados nos vean, más nos inyectan, ¿no? Ese es el mito que tenemos en este Estado (Asas: 2013).

Si bien la funcionaria plantea una relación interesante para posteriores análisis entre los modelos del Estado para la superación de la pobreza, el aumento en la tasa de natalidad en el país, los ingresos que reciben las familias y/o mujeres cabeza de hogar y el tiempo que le toma a la familia dejar el programa (en el caso de que lo hagan voluntariamente), también es importante revisar lo planteado respecto del asistencialismo de las acciones del Estado hacia la población vulnerable, en particular, hacia los embarazos adolescentes.

Con respecto a los factores positivos, Asas (2013) dice que, si bien el sector salud o las políticas públicas ven el embarazo en adolescentes como un problema, para las jóvenes no lo es, porque ser madres les da estatus, poder y reconocimiento, y puede reforzar el estereotipo del ‘chacho, el macho’ de los jóvenes:

no siempre el adolescente ve el embarazo como el problema, como lo vemos nosotros, entonces lo evidencia como conseguir estatus, yo soy la esposa, la novia o la mejor amiga del duro que es de la pandilla, del paramilitar, del reinsertado, del desplazado, entonces eso me da cierto poder y cierto estatus en el sitio donde yo vivo y eso también permite que yo me pueda defender de mi entorno, lo otro es que también hay una asociación en que si mi madre fue un embarazo adolescente, muy probablemente es que yo sea madre adolescente, eso es otro de los factores determinantes que se han identificado en el embarazo en adolescentes, y lo otro es que yo quiero conocer la pinta, ser mamá a mí también me da estatus, entonces yo ya tengo poder, yo ya soy mamá, tengo decisión, y el hombre como tal, pues yo ya tengo la pinta, soy el macho, soy el varón, soy el que reproduzco. Son de dos campos que podemos ver ese embarazo (Asas: 2013).

Para muchos jóvenes tener status, ser socialmente reconocidos, tener grupos de amigos o redes de amigos que validen sus comportamientos es un factor importancia para su construcción personal y social. Así, si una joven queda en embarazo y forma parte de dinámicas sociales en las que la maternidad tiene un valor agregado -poder- y en el que quienes la rodean validan y resaltan es válido concluir, como lo expresa Asas (2013), que ser madre adolescente les da un status social en su círculo social, pero ¿cuál es el aspecto positivo para quienes el status y la validación social no es importante? Una adolescente en condiciones de vulneración, pero cuya familia y su círculo social reflejan otras prácticas y comportamientos que no valoran el embarazo adolescente, ¿se embaraza? Si al Estado le costaba más de un billón de pesos la atención a jóvenes gestantes en 2003, doce años después la tasa tiende a la baja, pero más jóvenes son madres en la adolescencia, se implementan más programas y los mecanismos para la prevención son poco efectivos.

2.3.1 Adolescencia y embarazo.

Se han diseñado e implementado planes y programas para disminuir no sólo los índices sino los factores de riesgo (mortalidad infantil, riesgos en el parto, problemas asociados con la salud de la gestante, etc.) asociados con el embarazo adolescente. Sin embargo, pese a los esfuerzos, el recuso financiero y humano, las adolescentes quedan embarazadas, y hay jóvenes que, independientemente o ajenos a las campañas e informaciones que circulan a través de fuentes oficiales y no oficiales, tienen relaciones sexuales antes de cumplir la mayoría de edad.

Lucy Watemberg, de UNFPA, dice al respecto en entrevista realizada en 2013, que uno de los factores que inciden en el embrazo adolescente es la educación, sumado a las condiciones de violencia y abuso en las que se encuentran muchas niñas y adolescentes puesto que

Existe una educación defectuosa, no se les enseña a las niñas a tener un control sobre su cuerpo que les permita tomar decisiones más audaces, más responsables frente a su sexualidad. Creo que existen factores económicos muy grandes, realmente la falta de oportunidades de estudio la falta de interés por estudiar, no todas las jóvenes encuentran que tienen oportunidades de realizar un proyecto de vida propio pues hay un imaginario social que consiguiendo una pareja es la forma de garantizar un futuro y por eso las adolescentes de pronto pues se enamoran y

quieren conseguir una pareja y un embarazo precipita esta situación. Pero también hay en Colombia mucha violencia mucho abuso a menores, yo creo ahí hay una gran incidencia de abuso en esos embarazos adolescentes, sobre todo a las menores de 14 años y creo pues que hay muchos factores culturales asociados, realmente en el país a pesar del gran cambio que ha habido en la fecundidad, hay una reducción tan fuerte en la fecundidad no ha habido un cambio a la edad al primer hijo ni a la edad de la unión. Realmente Colombia tiene una fecundidad temprana y la ha tenido temprana y eso es algo como insólito, ya que en los patrones de fecundidad no solamente se disminuyen el número de hijos con la historia sino que se va trazando la edad de la unión y la del primer hijo (Watemala, 2013).

Watemala subraya los cuatro aspectos más reseñados en los documentos de política y que se convierten en los argumentos más fuertes para la intervención, además de señalar un escenario que no se ha contemplado en las políticas. En primer lugar, sitúa la falta de acceso a la educación como el elemento fundamental para que niñas y adolescentes tomen decisiones responsables frente a su sexualidad. En segundo lugar, está la cuestión económica y las oportunidades que puedan o no tener para desarrollarse en su entorno. En tercer lugar, y relacionado con la situación económica de las niñas y adolescentes, está la construcción de un proyecto de vida propio que no corresponda con el imaginario social de tener una pareja para realizarse, lo que precipita un embarazo. Finalmente, la cuestión cultural atraviesa todas las demás, ya que por prácticas, creencias o incluso imaginarios culturales las niñas y adolescentes tienen pocas oportunidades de acceso a la educación, de plantearse un proyecto de vida y de mejorar sus condiciones económicas. Sin embargo, Watemala plantea una quinta cuestión, la del abuso a menores de 14 años que incide culturalmente en el embarazo adolescente que se contemple en los documentos o en las estrategias de prevención del embarazo adolescente.

En ese sentido, comprender individual y grupalmente un conjunto heterogéneo y diverso no es tarea fácil, sin embargo, creo que es posible descomponer el tema del embarazo y las relaciones sexuales en la adolescencia para comprender, más que las causas, que son diversas, variadas y complejas, problemas como el abuso y embarazo en menores de 14 años, el acceso y permanencia en el sistema educativo y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos tanto para mujeres como para hombres, con el fin de establecer distintas estrategias de intervención.

En la Política Distrital Sexualidad sin Indiferencia (s.f.) se cruzan tres de los factores generadores de embarazos juveniles más recurrentes en los documentos de política pública: el uso de métodos anticonceptivos, el ciclo de vida/edad y el inicio de las relaciones sexuales, que son, como anotaba Watemberg, aspectos relevantes: “el mayor riesgo de ocurrencia del embarazo no planeado en las mujeres y hombres que tienen relaciones sexuales es el no uso de los métodos anticonceptivos, ser adolescente y el inicio de relaciones sexuales a edad temprana” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 3).

Estos tres elementos evidencian, en primer lugar, que la categoría adolescente es el escenario del cual se parte para explicar el riesgo de embarazo no planeado de las mujeres, como si las mujeres no quedaran embarazadas después de la adolescencia, o si ese embarazo fuera un factor de riesgo. En ese sentido, la adolescencia es una categoría construida, y es entendida en términos generales como:

una etapa de la vida en la que hombres y mujeres experimentan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. La adolescencia se inicia con la pubertad y concluye cuando estos cambios alcanzan mayor estabilidad alrededor de los 19 años. La pubertad marca el inicio de la adolescencia que generalmente ocurre entre los diez y los 13 años de edad. Los cambios más evidentes durante esta etapa son físicos. La edad de inicio en las niñas empieza entre los 10 y los 11 años y los niños aproximadamente entre los 11 y 13 años y su inicio depende de factores genéticos, socioculturales, nutricionales y económicos (Profamilia: 2004:17).

Sin embargo, Susana Chávez (2007) plantea que la adolescencia es un periodo vulnerable, sujeto a cambios somáticos y psicológicos en el que además se está expuesto a fuertes presiones sociales de su entorno. Una época en donde hombres y mujeres buscan independencia, reconocimiento y libertad, es decir, que “las decisiones se van haciendo más autónomas, se producen cuestionamientos al orden social y se experimentan nuevas vivencias, particularmente en el campo afectivo emocional, tales como el enamoramiento y/o la atracción sexual” (Chaves, Guerrero, Espinoza, Ayzanoa: 2007:15).

En términos legales, la juventud es “la etapa del ciclo de vida que comprende edades entre 14 y 26 años” (Ministerio de Educación Nacional: 1997: Artículo 3). Cuando se habla de la adolescencia, se refiere a una etapa de la vida durante la cual “se construye la propia subjetividad, se viven experiencias y se toman decisiones que configuran el proyecto de vida.

[Esta etapa] se caracteriza por la creatividad estética, el dinamismo, la irreverencia pero también, por la vulnerabilidad y la incertidumbre” (PAHO, GTZ: 2006: 7-12). Siguiendo a Chávez:

en 1988 en una declaración conjunta entre Organización Mundial de la salud (OMS) en 1988, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) definieron como adolescentes al grupo humano que se encuentra entre 10 y 19 años; entre los 10 y 14 años son considerados “adolescentes tempranos”, mientras que entre los 15 y 19 se denominan “adolescentes tardíos (Chaves, Guerrero, Espinoza, Ayzanoa: 2007: 15)

Es así como los y las adolescentes son personas que oscilan entre los 10 y los 19 años de edad, y la adolescencia se divide en dos etapas: de los 10 a los 14, y de los 15 a los 19 años, periodos en los cuales se presentan cambios físicos en ambos sexos, como el llamado despertar sexual, el paso de la ‘infancia’ a la adolescencia, donde se espera que los sujetos vayan adquiriendo madurez y comportamientos cada vez más adultos y responsables; es en suma, una etapa durante la cual se comienzan a afianzar los modelos y parámetros que irán constituyendo a esos seres humanos, y donde buscan independencia, reconocimiento y libertad. Sin embargo, Chávez plantea que la adolescencia

además de ser una etapa de vida con determinadas características y encargos sociales –la nueva generación de recambio–, también es considerada *per se* como una etapa “problemática”, con déficit, crisis irresolubles o carencias insalvables, las cuales deben ser cuidadosamente controladas, evaluadas y encauzadas (Chaves, Guerrero, Espinoza, Ayzanoa: 2007: 14).

En ese sentido, si los formuladores conciben la adolescencia *per se* como un problema, y a la población como ‘problemática’, van a promover programas en temas como deportes, recreación, educación, salud sexual y salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, drogas, etc., para mantener a esos adolescentes problemáticos ocupados en actividades benéficas para ellos. ¿Cómo se determina esto? A través de argumentos basados en cifras, datos, porcentajes, investigaciones, estudios, encuestas que respaldan la idea de ‘problema’ y que, posteriormente se traducen en programas de intervención, en particular, en salud sexual y salud reproductiva.

Al comprender la adolescencia como “etapa problemática” (Chaves, Guerrero, Espinoza, Ayzanoa: 2007: 14) se sugiere la necesidad de proponer mecanismos para la atención de

adolescentes, en especial en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva porque durante esta etapa, y teniendo en cuenta las cifras de la ENDS 2010, es cuando el embarazo adolescente se presenta con mayor frecuencia porque ocurre la primera relación sexual: “las mujeres de 25 a 49 años, el 11 por ciento tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años. El 48 por ciento de las mujeres entre 25 y 49 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años y el 70 por ciento antes de cumplir los 20 años” (Profamilia: 2010:164).

Los documentos de política pública en salud sexual y reproductiva coinciden en que el embarazo adolescente es una problemática de salud pública, y ya que la población focal es adolescente, es posible asumir que el problema nace en la adolescencia como etapa de vida y en el adolescente, sujeto que transita por dicha etapa; por lo que las acciones se orientan a ellos pero, más específicamente, se centran en las niñas y jóvenes adolescentes.

Una de las estrategias que apuntan a garantizar la salud de las mujeres desde temprana edad, es la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) que se ha estado aplicando de manera gratuita a niñas y mujeres desde los 9 años para que sean inmunizadas contra “las cepas más peligrosas del virus: la 16 y la 18 responsables del 70 u 80% de los casos de cáncer de cuello uterino (Profamilia: 2010: 164)”; así, una vez inicien su vida sexual estarán protegidas o disminuirán el riesgo de contagio del VPH. Lo interesante es que las menores vacunadas en esta campaña están escolarizadas y tienen mínimo 9 años de edad, lo que implica permiso de sus padres o tutores. Esto tiene dos lecturas, por un lado, se está previniendo que futuras generaciones sean propensas al contagio del VPH, causante de muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino, lo que a la postre implicará una menor tasa de mortalidad por esta enfermedad y mayor conciencia por parte de las mujeres de la salud sexual³⁷.

³⁷ Durante el 2014 se presentó en la costa norte colombiana (municipio de Carmen de Bolívar) el caso de más de 200 niñas y adolescentes que, tras recibir la vacuna contra el virus del papiloma humano presentaron reacciones como desmayos y convulsiones; incluso una de las pacientes tuvo que ser hospitalizada en cuidados intensivos. El gobierno nacional envió un comité de expertos para evaluar a las niñas y jóvenes que resultaron afectadas con la vacuna, y se determinó que los síntomas no estaban asociados a ésta.

Tanto para la prevención del embarazo adolescente y otros factores de riesgo, como para el cuidado materno y de morbilidad infantil, se han establecido una serie de acciones con miras a garantizar la vida, integridad y los derechos de las niñas, y jóvenes; con ello se contribuye a la reducción porcentual en distintos temas, como lo ejemplifica la PNSSR (2003) cuando propone, “reducir el embarazo en adolescentes en un 26%” (MINSALUD, UNFPA:2003:11); “reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable” (MINSALUD, UNFPA:2003:11); “alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal en 90%” (MINSALUD, UNFPA:2003:11); “incrementar en un 20% la detección de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores” (MINSALUD, UNFPA:2003:11). Por su parte, Bogotá propone “reducir en un 17% los nacimientos de bebés de mujeres entre los 15 – 17 años” (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f. 8).

Quienes estudian en instituciones educativas oficiales o privadas (bachillerato) y reciben programas y clases de educación para la sexualidad contribuyen a cumplir con las metas e indicadores, así como a promover el modelo de sexualidad propuesto desde el Estado, donde las y los adolescentes retrasan no sólo el inicio de la sexualidad sumado a la experiencia de la maternidad y la paternidad, sino que se adecuan a los esquemas sexuales y reproductivos que serán los avalados por la institucionalidad desde un enfoque adultocentrista. Sin embargo, es notorio que esos modos de subjetivación de los sujetos adolescentes no funcionan cuando se habla de sexualidad, ya que el deseo en algunas mujeres inciden en los modos en que se asume, experimenta y vive la sexualidad en la adolescencia.

Los medios de comunicación, las prácticas sociales y los patrones de crianza reproducen frecuentemente la noción que la maternidad es el estado pleno y natural para las mujeres, como si fuera la única capacidad, habilidad y motivo por el cual se puede decir que una mujer se ha “realizado” como tal; de otro lado, no cumplir con este rol contribuiría a la modificación de la estructura social y la ‘mujer’ estaría en contravía de su propia naturaleza. La exaltación de la maternidad influye en que las jóvenes queden en embarazo en la adolescencia, (existe la creencia de que al ser madre se gana estatus social, poder, reconocimiento dentro de un grupo social, en particular en la adolescencia) sumado a las condiciones sociales (violencia

intrafamiliar, pobreza, etc.) y que para escapar de estas situaciones, buscan conformar hogares y familias a temprana edad para alejarse de estos contextos.

En ese sentido, el problema del embarazo adolescente residiría no tanto en los argumentos médicos y sociales, sino en los económicos, porque de una parte, un gran porcentaje de la población adolescente, que es potencialmente activa para el trabajo, queda excluida de los sistemas educativos y del mercado a causa de la maternidad o la paternidad temprana, y de otra parte, al no estar formados y tener menos oportunidades de conseguir empleos calificados, los y las adolescentes engrosan los índices de pobreza, desempleo, y empleo informal, lo que conlleva una menor calidad de vida para la madre, el padre y el hijo/hija. Es decir, el embarazo adolescente genera un efecto negativo en la productividad de los sujetos porque sus procesos educativos y laborales se retrasan, sufren cambios y nuevas dinámicas que no aportan al modelo productivo del país.

En el análisis de la política pública en salud sexual y reproductiva como discurso y eje articulador de las acciones que se vienen desarrollando es posible comprender cuál es la representación de embarazo adolescente y que a largo plazo, terminará configurando los programas e intervenciones a las mujeres y en particular, a las adolescentes embarazadas. En los documentos se hace un especial énfasis en que el embarazo en adolescentes aumenta la tasa de fecundidad, representa un riesgo para la salud tanto de la adolescente como del feto, reproduce los círculos de pobreza e incide en la calidad de vida de la adolescente. Para la PNSSR 2003

El embarazo precoz³⁸ tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas (MINSALUD, UNFPA: 2003: 17).

³⁸ *Embarazo precoz* es el concepto utilizado en la política nacional para hacer referencia a embarazos concebidos en edades reproductivas tempranas, después se llamó embarazo juvenil y en la actualidad (2015) se conoce como embarazo adolescente.

Es decir, el costo de un embarazo adolescente no está determinado a nivel económico (cuánto le cuesta al Estado) sino que además representa todo un coste social, económico (economía familiar), educativo y a largo plazo, personal. Si bien el discurso muestra las posibles consecuencias, la enunciación genera más miedo que conciencia frente a un embarazo en la adolescencia y por ende, una maternidad, porque en la adolescencia pareciera que todos los factores del embarazo son negativos mientras que si se trata de un embarazo posterior a la adolescencia, en la adultez, por ejemplo, la experiencia de la maternidad es exaltada y presentada como positiva y como el sueño y realización de la mujer.

Por su parte, en el documento de Bogotá también se asume el embarazo en la adolescencia como una desventaja para la mujer joven, con factores de riesgo relacionados con la dependencia familiar, mayor mortalidad materna, bebés prematuros y de bajo peso, entre otras condiciones que harían de la nueva familia, una en riesgo y en condición de vulneración.

El nacimiento en una gestante adolescente conlleva limitaciones del desarrollo integral de la madre, de su hijo o hija, mayor carga social para la familia que acoge a la adolescente, e incluso condiciones para la violencia intrafamiliar en los casos en que se consolida una nueva familia y que el riesgo de mortalidad materna es cuatro veces mayor entre las adolescentes, y que sus frutos tienen mayor probabilidad de nacer prematuramente y de bajo peso, con requerimientos especiales de cuidado intrahospitalario y familiar (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.:2).

Aquí se reiteran particularmente los riesgos médicos (salud) que tanto la madre como el bebé pueden afrontar, y no las dificultades sociales y económicas. Así como la política soporta sus acciones en datos estadísticos e investigación, también se vale de los discursos médicos para legitimar un saber frente a un fenómeno social y demostrar que en el embarazo no es un ‘sueño’, sino que es la prueba que evidencia del ‘fracaso’ del Estado en el control de una población en particular: las y los adolescentes. Así mismo, es interesante cómo ambas políticas coinciden en los riesgos para la gestante y el bebé, pero ninguna tiene en cuenta los riesgos para los hombres, ya que, al ser una cuestión biológica –las mujeres se embarazan, los hombres no- la intervención se hace sobre y hacia las mujeres, y son ellas quienes están en el deber de interiorizar estos discursos durante su adolescencia.

El Conpes 147 de 2012 plantea escenarios similares:

El embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales

deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; todo lo anterior en virtud del nuevo papel de progenitores que enfrentan los y las adolescentes (DNP: 2012: 4).

La percepción general sobre el embarazo adolescente en los documentos de política pública indica que, por un lado, el discurso de la salud de las jóvenes gestantes, madres y del bebé ejemplifican los riesgos a los que se exponen estas jóvenes, y por otro lado, están las consecuencias sociales, materiales, educativas y personales que debe asumir la joven posterior al nacimiento y los retos que tendrá que enfrentar, retos de adulta, cuando aún no lo es; y en tercer lugar, los cambios que supone un nuevo integrante en la dinámica familiar, la economía familiar y del cuidado, así como al proyecto de vida que tuviera –o no- la adolescente. En mayor proporción, haría parte del porcentaje de adolescentes madres del Estado y entraría a engrosar las demandas de atención al sistema de salud en materia de control prenatal, programa de crecimiento y desarrollo para el recién nacido, vacunas, controles, curso psicoprofiláctico, exámenes, medicamento, etc., que en caso de no tener EPS, serían asumidos por el Sisben.³⁹

Si bien es imposible identificar todos los factores que inciden para que una joven entre los 14 y los 19 años quede embarazada (y desborda el alcance de este trabajo), sí quiero enunciar aquellos aspectos que tanto las políticas como las entrevistadas mencionan como alicientes para que una joven quede en embarazo a temprana edad.

- Factores económicos: los bajos ingresos son un aliciente para los embarazos juveniles. Sin embargo, no todas las adolescentes cambian favorablemente su condición económica posterior al embarazo, ya que sus ingresos estarán supeditados a la calidad del empleo y a la remuneración que reciba por el trabajo realizado, que en general, es trabajo no profesional y no calificado y en ocasiones es empleo informal o rebusque; y a la situación económica familiar y a los aportes económicos que pueda hacer el padre y/o la familia del-a bebé.

³⁹ Sistema de información para identificar a familias potenciales beneficiarias de programas sociales.

- Factores sociales: la figura de la madre, o la maternidad tienen un alto grado de reconocimiento, por lo que las jóvenes consideran que ser madre es la realización de una mujer. Así como el reconocimiento y el poder que creen alcanzar por tener un hijo/hija, el estatus y la validación social que se deriva de la figura materna.
- Factores educativos: cuando las y los adolescentes carecen de información verídica y de canales de acceso a la información, el saber sobre salud sexual y reproductiva y sobre reproducción se puede tergiversar y ocasionar desinformación con respecto a los métodos anticonceptivos, por ejemplo. Pero también está la educación formal (escuelas e instituciones) en donde se promueve la construcción de ciudadanos autónomos y responsables, capaces de llevar a cabo sus proyectos de vida, conscientes de su sexualidad y de las opciones de la maternidad y paternidad en fases posteriores a la adolescencia. La formación ha sido uno de los caballos de batalla en todos los documentos, pues evidencian la carencia de información y de comprensión sobre la sexualidad, más allá del coito. Como lo señala la PNSSR 2007 “las adolescentes sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo mucho antes que las que tienen algún nivel de escolaridad” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 17). Así que la educación se convierte en la ‘salvación’ de muchas jóvenes pues se sostiene que una joven educada no es una futura madre adolescente.
- Factores asociados con las condiciones de vida familiar (violencias, madre-solterismo, madre cabeza de familia, trabajo infantil, lugar de residencia, abusos, etc.): el entorno, o los contextos son otro determinante, ya que si la persona está, por ejemplo, en zonas rurales, es desplazada, pertenece a alguna etnia o grupo minoritario, es víctima de violencia, vive en zonas periféricas de la ciudad o en zonas vulnerables, vive en una familia con problemas de violencia intrafamiliar, ha sido víctima de abuso, etc., influye en las decisiones que toman las jóvenes pues el embarazo y la maternidad son asumidas como una alternativa para salir de cualquier situación en la que se encuentran, por lo que se embarazan.

Las condiciones sociales, económicas, educativas, y culturales; las relaciones que se establecen con los otros, las creencias y modelos sobre la maternidad y la paternidad, la mucha o poca información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, entre otros, inciden en un embarazo adolescente. Sin embargo, considero que asumir que el

embarazo adolescente se debe a factores externos a la persona y que corresponden al entorno en el que vive implicaría restarle la responsabilidad a l@s adolescentes con respecto al manejo de su sexualidad porque al margen o a la par de los discursos está el deseo, la pasión, la curiosidad sexual, las presiones sociales que hay sobre las y los adolescente, etc., que los impulsa a tener relaciones sexuales, en algunos casos sin el uso de métodos anticonceptivos.

Igualmente, los mitos alrededor del sexo y de la sexualidad se convierten en saber popular, ya que las adolescentes consideran muchas veces verídicos los consejos que circulan entre amigas y amigos, en blogs, en historias, en internet, etc., con respecto a métodos no convencionales para no quedar embarazadas. Es común escuchar historias como que la amiga de una amiga hizo tal cosa después de la relación sexual y no quedó embarazada.

Para dar alcance a estas situaciones y prevenir el embarazo adolescente el Conpes 147 de 2012 propone que se establezcan acciones a nivel territorial:

protectoras que prevengan el embarazo en la adolescencia, tales como: programas de permanencia escolar, fortalecimiento de servicios amigables, promoción de la postergación de la primera relación sexual, programas de cultura, artes, música, deportes y otros de manejo del tiempo libre, programas de formación de multiplicadores sociales o agentes educadores de la sociedad, proyectos de movilización, comunicación o participación de las comunidades, programas de emprendimiento, programas de protección y de restitución de derechos, promoción de redes sociales de adolescentes y jóvenes (DNP, CONPES: 2012:33).

De acuerdo a lo analizado hasta el momento, los hechos que hacen parte de la problemática de embarazo adolescente son: la deserción escolar, el temprano inicio en las relaciones sexuales, falta de programas y acceso a la cultura, recreación, etc., por lo que las alternativas que se leen en la cita propenden por atacar los nichos problemáticos asociados al embarazo en adolescentes en cada uno de los territorios (departamentos, cabeceras municipales, municipios, veredas, corregimientos) del país.

Es decir, si la estrategia territorial da resultado, los índices de embarazo juvenil y de edades para la primera relación sexual o el inicio de la actividad sexual serían distintas porque las y los jóvenes estarían educados, tendrían acceso a la cultura, entretenimiento, deportes y demás, y una oferta de servicios que les brindarían asistencia en caso de necesidad y les

ayudarían a resolver dudas frente a sus intereses y problemáticas. Sin embargo, y reconociendo que estos factores y las propuestas son otros métodos para la atención y quizá solución de la problemática, es posible que haga falta, además de lo anterior, vincular en otros niveles a las y los adolescentes para que los programas tengan el resultado que se espera.

2.3.2 Mitos de las y los adolescentes sobre el sexo.

Es común que las adolescentes acudan a métodos o prácticas poco ortodoxas para evitar el embarazo, como lo afirma Nancy Johanna Asas, funcionaria de la Secretaría de Salud de Bogotá en entrevista realizada en marzo de 2013:

Si yo tomo por ejemplo limón entonces no quedó embarazada, o por ejemplo que si yo termino la relación sexual y empiezo a saltar los espermias todos me salen y no voy a quedar embarazada, o como por ejemplo de que termino mi relación, hago chichí y todos se mueren, sí, cosas así se escuchan en nuestra población, Ciudad Bolívar, Usme, igual tenemos muchas falencias en el sector salud, en el desconocimiento de los métodos anticonceptivos (Asas: 2013).

Este factor del saber popular también es tenido en cuenta en la formulación de la política porque, como se ha dicho, refleja los que los jóvenes creen en materia de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos, que a su vez son un argumento más a favor de la promoción de la educación en derechos sexuales y reproductivos y en salud sexual y salud reproductiva en los colegios e instituciones de formación donde se encuentra la población adolescente. Para quienes no están escolarizados, existen otros programas de promoción de la educación en salud sexual y reproductiva con énfasis en prevención del embarazo adolescente e ITS. Los documentos analizados muestran una preocupación por combatir estos mitos:

“Existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en un contexto específico” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 13).

“Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 18).

“Eliminación de mitos y tabúes que dificultan la fluidez, claridad y emisión de información alrededor de la sexualidad” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 8).

“Consideraciones sobre que el matrimonio y la estabilidad con la pareja puedan ser una vacuna suficiente contra la infección, hacen parte de las ideas prevalentes en nuestra cultura, determinando para las mujeres una gran vulnerabilidad al VIH” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 4).

“Aún persisten mitos y creencias sobre la fecundidad y la reproducción que carecen de base científica y que pueden poner en riesgo la salud, o que inducen a la toma de decisiones sobre la base de premisas equivocadas” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 17).

Por lo tanto, mensajes, campañas, comerciales, cartillas y demás piezas comunicativas refuerzan la necesidad de promover información precisa y verídica sobre sexualidad y prevención del embarazo. Así mismo están identificados condicionantes culturales que dificultan a las y los jóvenes hacer uso de los métodos de planificación disponibles, como por ejemplo, el uso del condón, pues se afirma que “en nuestra cultura las mujeres aún carecen de poder para negociar el uso del condón con sus parejas” (Alcaldía Mayor de Bogotá: s.f.: 3) por lo que se hace necesario implementar estrategias para la eliminación de las “barreras culturales frente al uso del condón, tanto por parte de los hombres como de las mujeres” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 43); así como “trabajar sobre los mitos culturales en torno a la planificación familiar, detectados mediante encuestas de comportamiento, que impiden el uso adecuado de los métodos anticonceptivos” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 33).

Ahora bien, estas acciones se aplican a personas heterosexuales, pero en el caso de personas con otras orientaciones sexuales, se busca la prevención de infecciones de transmisión sexual, en particular en los hombres. Sin embargo, no se hace mención a las causas del embarazo – si se trató de acceso carnal violento con menor de catorce años, violación, fallo en el dispositivo, o quiénes son las parejas de las jóvenes que quedan embarazadas.

Otro aspecto que se obvia es de la discapacidad⁴⁰ (auditiva, física, cognitiva, visual –ceguera o baja visión irreversible-, sordo-ceguera, etc.) Mucho se ha hablado sobre el derecho que

⁴⁰ Las políticas no contemplan acciones orientadas a la atención en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, y en particular, la información impresa que circula, o aquella que se emite por medios de

tienen, por ejemplo, las personas con Síndrome de Down de tener hijos, incluso se han reportado casos donde las familias deciden esterilizar a las niñas y jóvenes para que no queden embarazadas bajo la premisa de que no pueden (o deben) tener hijas/os por su discapacidad cognitiva. Si se considera a la política pública en salud sexual y reproductiva una política para todas las mujeres, ¿por qué no se promueven acciones para las personas con discapacidad? Posiblemente, porque se sigue considerando a las personas con discapacidad como sujetos incapaces, infantilizados, dependientes y asexuados. En los reportes de las secretarías de salud y demás entidades y ONG no se levantan datos estadísticos sobre cuántas mujeres adolescentes con discapacidad quedan embarazadas y en qué condiciones ocurrió el embarazo. Mi interés aquí es evidenciar las ausencias y el poco alcance que tienen las políticas en esta materia, ya que quienes son visibilizadas e intervenidas son mujeres que están dentro la ‘norma’ y que no tienen condiciones -distintas a las enunciadas anteriormente- que complejicen aún más el tema de embarazo en adolescentes, es decir, mujeres sin discapacidad, ya que, dependiendo de cada discapacidad, se requerirían adaptaciones. Por ejemplo, el Instituto Nacional para Sordos-INSOR ha producido material (cartillas y videos de sexualidad en formatos accesibles- lengua de señas colombiana) para garantizar a las y los jóvenes sordos el acceso a la información en este tema, que de otro modo sería inaccesible. Pero estas son acciones aisladas y desarticuladas de las que se desarrollan en el marco de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

En suma, los mitos que acompañan al sexo y la ‘prevención’ de un embarazo son barreras a derrumbar para que el flujo de información verídica y oportuna llegue a las y los adolescentes. Para ello, la política propuso implementar acciones en la promoción de métodos anticonceptivos y planificación con el propósito de transformar los mitos con métodos más efectivos para la prevención del embarazo adolescente; por lo que es de carácter “prioritario trabajar sobre los mitos culturales en torno a la planificación familiar, detectados mediante encuestas de comportamiento, que impiden el uso adecuado de los métodos anticonceptivos” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 33).

comunicación no impresos muchas veces no está en formatos accesibles para personas sordas, ciegas, de baja visión irreversible y sordociegas.

2.4 Hombres (in)visibles: el rol de los hombres en las políticas públicas.

“Los hombres, tanto como las mujeres, están encadenados a los modelos de género que han heredado” (Connell: 1997:46)

La política nacional de salud sexual y reproductiva está diseñada para responder a las necesidades en salud, sexualidad y reproducción de las mujeres, dada la orientación de los actores institucionales a la atención de las mujeres (más que de los hombres) y la participación de organizaciones y grupos de mujeres en los procesos de construcción colectiva (recopilación de insumos, construcción, socialización y validación de los documentos de política). Pero, ¿Qué pasa entonces con los hombres?, ¿Cuáles son o serían los riesgos a los que se exponen al ser padres adolescentes?, ¿La deserción escolar, el ingreso al mercado laboral formal o informal, el cambio en las dinámicas sociales y en las relaciones con la familia y amigos, harían parte de sus pérdidas y ganancias?, ¿En qué consistiría la salud sexual y la salud reproductiva de los hombres? ¿Habría que construir una política en salud sexual y en salud reproductiva para los hombres o es necesario repensar una política que sea para todas y todos y no una para algunas 'todas' y pocos 'todos'?

Como he indicado antes, la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de los hombres parece no tener importancia, relación o vinculación con el embarazo adolescente, o la política; haciendo uso de un dicho popular, se necesitan dos manos para aplaudir, así que las mujeres no se embarazan solas, y sacando de la ecuación los riesgos médicos de las mujeres jóvenes en el embarazo, sería posible pensar que un hombre en iguales condiciones de vida, riesgo y vulneración estaría ingresando al mismo círculo de pobreza, de baja calidad de empleo, de violencia intrafamiliar, etc., a ver limitado su proyecto y calidad de vida, como se afirma en las políticas públicas que le pasará a las mujeres adolescentes que queden en embarazo. Si la maternidad le da estatus y poder en su círculo social a algunas jóvenes, y para ciertos hombres es demostración de su hombría y poder, ¿es posible pensar que más allá de la 'hombría' hay una construcción de la figura del padre (equiparable a la madre) que los motiva ser padres jóvenes, es decir, que la paternidad temprana en hombres sería una cuestión de estatus y posicionamiento social en los escenarios en los que esos jóvenes viven?

Adriana Sánchez considera que los hombres están involucrados en procesos distintos y minoritarios en la PNSSR, por lo que se deberían establecer mecanismos que permitan articular a hombres y mujeres en una construcción conjunta de la salud sexual, la sexualidad y la salud reproductiva:

Nosotros queremos cambiar eso, como te decía la sexualidad no es solamente de las personas adultas y los jóvenes, sino que la sexualidad es también de niños, jóvenes, adultos, personas mayores, hombres, mujeres, en fin. Tú vas a mirar y todas, la mayoría de las acciones están enfocadas hacia las mujeres, lo único que uno ve por ahí es cómo involucrar al hombre en el proceso de paternidad, para que asuma la paternidad; en que por ejemplo, como estamos empezando a ver que la próstata, problemas de próstata nos enfocamos pero a la próstata de los hombres. Es que un ser humano no es una partecita del cuerpo, o sea, no es una vagina, no es un pene, no es los órganos reproductivos, es una persona integral y la sexualidad hace ver a las personas de forma integral (Sánchez, 2013).

Así como a las mujeres se las educa, se les enseña, se les relaciona y empodera con su sexualidad y sus derechos sexuales y reproductivos, es necesario hacerlo con los hombres desde otras perspectivas; en palabras de Nancy Johanna Asas (2013), los hombres “se educan, se sensibilizan, se enseñan... porque no podemos desglosar y quitar la corresponsabilidad de un embarazo, no, el hombre y la mujer están en sus mismas condiciones en educación de derechos humanos, sexuales y reproductivos, en salud sexual y reproductiva, proyecto de vida”. Sin embargo, mientras que para las mujeres hay una extensa lista de métodos anticonceptivos (pastillas del ‘día después’, condón, diafragma, condón femenino, espermicidas en todas sus presentaciones -cremas, espumas, óvulos, tabletas-, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parches, etc.), para los hombres, además del condón (efectivo para evitar tanto el embarazo como la transmisión de ITS), se dispone de la vasectomía como un método definitivo para quienes no quieren tener hijos o ya tienen los que desean, aunque esta información no se incluye en ningún documentos de política pública (u otros documentos analizados aquí) por lo que ni siquiera se tiene en cuenta su divulgación. Algunas propuestas de la PNSSR para los hombres incluyen lo siguiente:

“[Que] Los hombres conozcan los métodos de planificación familiar específicamente diseñados para ellos y desarrollen actitudes y prácticas de autocuidado en este sentido” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 33).

“[Que] Los hombres desarrollen actitudes y prácticas de autocuidado relacionadas con la anticoncepción” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 36).

“[Que] Se empodere a hombres y mujeres para que utilicen el condón como herramienta de comprobada eficacia para la protección contra las ITS incluido el VIH. En este caso debe trabajarse en el contexto de la responsabilidad y la escogencia de un proyecto de vida con el que cada quien se sienta satisfecho/a” (MINSALUD, UNFPA: 2003:43).

“Estos proyectos deben orientarse a que el hombre participe en el cuidado de la mujer y el recién nacida/o en la gestación, el parto, el puerperio y el primer año de vida del niño/a” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 29).

Lo que la política pretende no es una transformación en el modelo de la masculinidad heteronormativa, ni en el rol de los hombres frente a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, sino la modificación de ciertos comportamientos relacionados con la paternidad, la reproducción y la anticoncepción. La política del 2003 no se pregunta por las acciones y situaciones de riesgo en las que incurrirían los hombres, o por necesidades y estrategias y no se pregunta por el modelo hegemónico de la masculinidad porque, en sentido estricto, no son los hombres quienes se embarazan, se contagian de VPH, o son víctimas frecuentes en casos de violencia intrafamiliar. Afirmaciones como las anteriores se incorporan a los discursos racionales de política y se omiten en las acciones y programas. En ese sentido, a los hombres -no homosexuales- se les hace énfasis en sus comportamientos sociales y en la relación que construyen con las mujeres a partir de tres de los factores de riesgo para las ellas (violencia intrafamiliar, transmisión del VPH y VIH-Sida).

Esto es claramente insuficiente frente a las posibles necesidades de los hombres respecto a la salud sexual y reproductiva: ¿Qué factores o aspectos habría que tener en cuenta para que la política se adecue a sus necesidades? La política propone algunas alternativas orientadas a los vacíos identificados: abandono de la madre o madre gestante, contagio de ITS, paternidad, autocuidado y fecundidad: “[Que] los hombres conozcan las medidas de autocuidado que deben tener en relación con la transmisión de VPH y su relación con el cáncer de cuello uterino en las mujeres” (MINSALUD, UNFPA: 2003: 41). En el documento de Bogotá se plantea, por su parte, que la sexualidad vincula a mujeres y hombres y que ellos también tienen responsabilidad en el cuidado de sí, el amor propio y la sexualidad responsable. Sin embargo, no hay evidencia de programas o estrategias orientadas a que los hombres modifiquen o reconozcan otras maneras para relacionarse con la sexualidad, y lejos se está

de una propuesta de salud sexual masculina, más allá de la prevención del sida, el embarazo y las ITS mediante el fomento del uso adecuado del condón en las relaciones sexuales.

Las estructuras del machismo y el patriarcado han moldeado a los hombres a partir de ciertos modelos, comportamientos, maneras de relacionarse con l@s otr@s, reacciones emocionales, etc., (Connell 1997), reproduciéndose en la política pública. Al promoverse otros modelos de comportamiento masculino, se garantizaría la disminución de los factores de riesgo que afectan a las mujeres, se tendrían menores índices en los casos identificados y se estarían construyendo otras representaciones y subjetividades de la masculinidad distintas a la hegemónica/heteronormativa, y, retomando a Connell (1997), se romperían los modelos de género heredados que encadenan a mujeres y hombres para dar paso a nuevos y variados modelos.

Promover una política en salud sexual y reproductiva que incluya a los hombres en otros aspectos - fertilidad masculina, cuidado del aparato reproductor masculino, abuso sexual, higiene, métodos anticonceptivos, prevención de las ITS y del VIH, paternidad,⁴¹ prácticas del cuidado de sí y de los/las otros/as, cuidado del cuerpo, entre otros-, implica reconocer a hombres y mujeres con sus diversidades y diferencias como sujetos sexuales con requerimientos particulares en cuanto al acceso a los servicios, programas integrales de atención, información, etc. Si bien algunos ítems mencionados están incluidos en las políticas, (ITS, VIH, y paternidad) éstos están ligados a los episodios de las mujeres, pero no están centrados en la atención, visibilización y desnaturalización de la salud sexual y salud reproductiva de los hombres.

⁴¹ Hay otra legislación pertinente - la Ley 755 de 2002, reiterada por la ley 1468 de 2011, da derecho a licencia de paternidad. La Corte en la Sentencia 383 de 2012 reitera que los trabajadores con hij@s (recién nacidos o adoptados) tienen derecho a licencia de paternidad remunerada que le “permite al padre, y en el interés superior de su hijo, comprometerse con su paternidad en un clima propicio para que el niño alcance su pleno desarrollo físico y emocional”. Esto le abre las puertas a quienes quieren asumir su paternidad más allá del factor económico y desean “acompañar a su hijo en los primeros momentos de vida” (Corte Constitucional, 2012).

Esto es posible si se piensa en una masculinidad que posibilite la transformación de las relaciones de género, dando paso a unas prácticas de la sexualidad complementarias entre hombres y mujeres, ya que como señala Connell,

La masculinidad [...] es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura (Connell: 1997:35).

Siguiendo a Connell, lo que constituye la masculinidad son las posiciones en las relaciones de género que unos y otras ocupan, por ejemplo, las mujeres ocupan el rol de la reproducción, la cual está mediada por una serie de condiciones que se espera cumplan (edad, estabilidad económica, conformación de familia, matrimonio, etc.), en esa medida, la mujer es madre y está en el hogar al cuidado de los otros. Los hombres, por su parte, son productores (trabajo remunerado) y ocupan los escenarios públicos. Esto se refleja en prácticas educativas – como una educación para la mujer enfocada en la prevención de embarazos o ITS y una sexualidad normalizada y poco explorada para los hombres ocasionan desequilibrio en la atención y el acceso de unas y otros a los programas en salud sexual y reproductiva.

Pero si, al construir una política en salud sexual y en salud reproductiva se articulan actores, entidades, organizaciones civiles, mujeres y hombres, planes y programas en los se (re)conozcan la diversidad humana y cada quien se apropie de los derechos sexuales y reproductivos, los hombres ya no estarán ausentes de estas políticas asociados a los factores de riesgo para las mujeres sino, al igual que las mujeres, como agentes transformadores y potenciadores del cambio.

En suma, si los actores abordaran varios escenarios y poblaciones diferenciadas al momento de formular una política e incorporaran categorías como masculinidades, enfoque de género, diversidad, etnia, discapacidad, entre otras, la política resultante estaría pensada para todas y todos, y no para algunos bajo ciertas condiciones, como se ha evidenciado.

CAPITULO TRES: SEXUALIDAD DE CINTA Y PAPEL - DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS A LOS COMERCIALES Y CARTILLAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

3. Otras lecturas de la sexualidad, salud sexual y reproductiva.

Además de los documentos de política pública, hay otros documentos (posteriores a la PNSSR 2003 y anteriores al Conpes 147 de 2012) que ponen en práctica o materializan, si se quiere, muchos de los aspectos que se mencionan en las políticas públicas en salud sexual y reproductiva. “Sexualidades de cinta y papel” hace referencia a los formatos a través de los cuales se divulga y enseña sobre salud sexual y reproductiva en el país. La tinta representa las cartillas o guías sobre salud sexual y reproductiva, y la cinta, los comerciales que analizaré en este apartado. También he querido nombrarla de esta manera porque creo que la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres, así como el embarazo adolescente no son cuestiones estáticas, no se quedan sólo en propuestas, lineamientos de política, estudios, comerciales, programas de televisión y demás, sino que superan los formatos, trasgreden los programas y se modifican a través de (y con) los sujetos. Son ellas, las mujeres, quienes hacen, en la práctica, políticas en salud sexual y reproductiva y embarazo adolescente a través de sus vivencias, decisiones y experiencias y son los hombres quienes mayoritariamente se aíslan (no participan) de estos escenarios.

Entonces, en este capítulo analizaré esos *otros* textos y videos que abordan el tema de la sexualidad, de la salud sexual y la salud reproductiva y del embarazo adolescente. Si las políticas públicas se enfocan en un público determinado (las mujeres) con unas condiciones y particularidades, ahora se evidenciarán públicos más parcializados, específicos, si se quiere, con información diseñada para cada uno dependiendo, por ejemplo, del ciclo de vida y del rol que desempeñan, por ejemplo, los padres de familia, los y las adolescentes, las mujeres, etc. En ese sentido, abordaré dos grupos de documentos: las cartillas y guías en las que se desarrollan temáticas sobre sexualidad orientadas a jóvenes y madres y padres de familia; y comerciales, (tres en total), que presentan ciertos enfoques sobre la salud sexual, el embarazo adolescente, la sexualidad y la familia. Las cartillas son:

- **Educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía No. 1 y 2.** Editado por el Ministerio de Educación Nacional –MEN y UNFPA en 2008. La Guía No. 1 está orientada a profesores y formadores y desarrolla temáticas como educación en sexualidad y ciudadanía desde un formato de preguntas y respuestas frecuentes. Por

su parte, la Guía No. 2 Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía: el proyecto pedagógico y sus hilos conductores (2008), está dirigida a los docentes para que fomenten proyectos de vida en los que la sexualidad sea una parte integral de la vida de los jóvenes, pero asumida con responsabilidad.

- **Colección Educación para la Sexualidad de Profamilia y periódico El Espectador.** Esta colección explora la sexualidad y el embarazo en la adolescencia, desarrolla aspectos de la intimidad y las experiencias de vida para acercar a los lectores jóvenes a estas cuestiones. Las guías proponen bloques temáticos como la salud y la sexualidad, los amores en la adolescencia, la sexualidad en la adolescencia, el cuerpo y la sexualidad. Aquí me centraré en la cartilla “sexo por primera vez”, uno de los factores de los cuales se ocupa la política.

3.1. Sexualidades de tinta.

He querido hacer énfasis en los modelos que proponen las políticas públicas respecto de la salud sexual y reproductiva y de la sexualidad, cuya población objeto de intervención son unos sujetos particulares con unas condiciones sociales y económicas específicas. Sin embargo, no sólo las políticas públicas proponen modelos en salud sexual y reproductiva; en escenarios como la educación también se proponen temáticas y metodologías para el abordaje y desarrollo de la educación en salud sexual y reproductiva.

Si antes me preguntaba por los modelos y los sujetos que se intervienen, ahora me pregunto por cómo se forman/moldean esos sujetos y cuáles son los saberes que deben tener para convertirse en “ese ciudadano modelo” que ha construido (o le han construido) un saber/práctico particular sobre salud sexual y reproductiva; es decir, qué se quiere que se conozca al terminar el proceso educativo para que posteriormente lo aplique la/el estudiante en su vida cotidiana o lo lleve a cabo a través de su proyecto de vida.

Para ello, tomo como ejemplo las guías “Construcción de Ciudadanía”, en las que se evidencia la necesidad identificada por el Estado (e impulsada por la sociedad civil, organizaciones defensoras de los derechos de las mujeres y organismos internacionales) de educar a las y los jóvenes en salud sexual y reproductiva, sexualidad y ciudadanía. Las

cartillas exponen ideas que le ayudan al lector-instructor a transmitir el mensaje y trabajar en el aprendizaje y la práctica.

En el marco de la Revolución Educativa⁴², programa impulsado por el MEN, se editaron las guías de trabajo Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía⁴³, que abordan la dimensión de la sexualidad en la educación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (2008); y la guía dos titulada “El Proyecto Pedagógico y sus Hilos Conductores” (2008a). Las guías están dirigidas a docentes y actores de la comunidad educativa, quienes pueden orientar a las niñas, niños y jóvenes escolarizados frente a la sexualidad y la ciudadanía. La guía 1 se presenta en términos de preguntas y respuestas sobre conceptos clave en el proceso de la educación para la ciudadanía en el marco de la sexualidad y la pedagogía.

Educación para la sexualidad quizá sea un concepto muy divulgado, pero poco apropiado: ¿Qué significa educar para la sexualidad?, ¿Cuáles son los contenidos y aspectos que se consideran relevantes en el aprendizaje y cuáles quedan excluidos? Así como las políticas públicas responden a unas condiciones particulares que se identifican en momentos específicos, la educación para la sexualidad interviene en la vida de los sujetos en el periodo justo para la prevención de situaciones de riesgo a través del conocimiento (educación).

Educación para la sexualidad consiste en:

La formación del ciudadano y la ciudadana para la democracia sexual y como tal debe estar enmarcada en un contexto de profundo conocimiento de los derechos humanos y de máxima valoración de los derechos de los demás como regla máxima de convivencia humana, esto implica profundo respeto por los estilos de vida sexual, de pareja y del género (MEN, UNFPA: 2008:18).

⁴² El programa de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía –PESCC es una iniciativa del MEN y UNFPA, cuyo propósito es contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivo. La educación para la sexualidad es una oportunidad pedagógica que debe constituirse como un proyecto pedagógico de cada institución educativa que promueva entre sus estudiantes la toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre el propio cuerpo. Tomado de la página web <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/w3-article-286932.html> (30/07/2014).

⁴³ El Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía es una iniciativa del MEN y UNFPA cuyo propósito es contribuir al fortalecimiento del sector educativo en la implementación y la sostenibilidad de una política de una educación para la sexualidad, con un enfoque de ejercicio en los derechos humanos sexuales y reproductivos. (MEN, UNFPA 2008: 7).

Entonces, educar para la sexualidad desde un enfoque del derecho, según la guía uno, implica reconocer seis principios:

- 1) **Educación:** es “una aproximación pedagógica que promueve la construcción de conocimiento con sentido (MEN, UNFPA: 2008:13)
- 2) **Ciudadanía:** es “una condición que se asume, se ejerce y le permite a la persona participar en distintos aspectos y está enmarcada en las competencias ciudadanas,⁴⁴ las cuales ayudan en el fortalecimiento del país, a la construcción de paz y de la democracia participativa.
- 3) **Sexualidad:** es “una construcción sexual simbólica hecha a partir de la realidad de las personas: seres sexuados en una sociedad determinada” (MEN, UNFPA: 2008: 15) que constituye al ser humano. La sexualidad, bajo esta perspectiva, la componen la identidad de género, explicada como la igualdad a sí mismo, la unidad y la persistencia de la propia individualidad como hombre, mujer o ambivalente (MEN, UNFPA: 2008: 15);
- 4) **Comportamientos culturales de género:** son los roles de género asignados culturalmente a hombres y mujeres y que son asumidos como naturales. Al ser el género una construcción social, es posible modificar los comportamientos que generan exclusión y relaciones desiguales entre unos y otras, desde la educación para la sexualidad y la construcción de la ciudadanía (MEN, UNFPA: 2008: 15).
- 5) **La orientación sexual:** se refiere a “la gran variedad de manifestaciones de la atracción sexo-erótica y sexo-afectiva. Abarca todas las posibles variaciones entre la atracción de las personas del sexo opuesto (heterosexual), del mismo sexo (homosexual) o de ambos sexos (bisexual) (MEN, UNFPA: 2008: 16); además, se vinculan las funciones: i) comunicativo relacional que implica diferentes modos de

⁴⁴ Las Competencias Ciudadanas son el conjunto de conocimientos y de habilidades cognitivas, emocionales y comunicativas que, articulados entre sí, hacen posible que el ciudadano actúe de manera constructiva en la sociedad democrática. (...) El Programa de Competencias Ciudadanas se orienta a desarrollar las habilidades, destrezas y conocimientos sobre ciudadanía y convivencia en los estudiantes de todos los rincones del país. Para ello define sus acciones en torno a tres componentes o líneas de trabajo: la movilización social; el acompañamiento a las prácticas educativas y la gestión del conocimiento para el desarrollo de competencias ciudadanas. Así mismo, estos tres componentes cuentan con un sistema de evaluación, monitoreo y sistematización que cumple un doble propósito: hacer autorreflexión sobre su implementación, a partir de información objetiva y valorar el comportamiento de los establecimientos educativos en relación con los indicadores para la institucionalización de competencias ciudadanas para tomar decisiones en relación con la política educativa. Tomado de <http://www.mineducacion.gov.co/1621/w3-article-235147.html> (20/03/2014).

sentir y pensar la sexualidad; la función ii) reproductiva explicada como “la función humana de producir individuos” (MEN, UNFPA: 2008: 17); iii) la función erótica, que destaca “los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo (...) [también] resalta la sexualidad como una fuente de placer y goce en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales; y cada ser humano tiene derecho a vivir una sexualidad plena (MEN, UNFPA: 2008: 17); y iv) la función afectiva, entendida como “la capacidad humana para desarrollar afectos intensos” (MEN, UNFPA: 2008: 17).

- 6) **Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía:** promueve la “promoción de conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan la dignidad humana y el goce de los derechos humanos sexuales y reproductivos” (MEN, UNFPA: 2008: 18).

Teniendo en cuenta el principio de género (explicado en la guía) se busca que se reconozca a las mujeres, niñas y adolescentes como actores importantes para la validación de necesidades, intereses y canales de comunicación para la educación para la sexualidad, así como promover en ellas el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Es importante señalar que el tema de sexualidad y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se aborda de manera diferenciada para hombres y mujeres, con una mayor inclinación hacia las niñas, adolescentes y jóvenes ya que las desigualdades frente al acceso a servicios e información y garantía de los derechos pone a las mujeres en condiciones preferentes frente hombres. A los hombres se les invita, desde el principio de género, a “reflexionar críticamente sobre comportamientos culturales heredados y plantear relaciones alternativas y actitudes incluyentes de la diferencia” (MEN, UNFPA: 2008: 18) para desarrollar la masculinidad desde “valores y principios democráticos” (MEN, UNFPA: 2008: 13).

La atención diferenciada de hombres y mujeres es muestra de un modelo machista y sexista con relación a l@ otr@s y consigo mism@ ya que, mientras a las mujeres se les interviene en cuerpo, educación y comportamientos, a los hombres se les invita a “reflexionar” sobre sus “comportamientos” sin intervenir sus cuerpos o enfatizar en la educación sexual masculina. Esto se relaciona con el abordaje de la sexualidad de los hombres de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva que les invita a *modificar* sus comportamientos en

temas como violencia intrafamiliar, cáncer de cuello uterino e infecciones de transmisión sexual, sin proponer acciones particulares y puntuales para la apropiación y reconocimiento de su salud sexual y reproductiva más allá de los factores de riesgo para las mujeres; es decir, instaura nuevamente el problema y la solución en las mujeres, en la información y la consolidación de proyectos de vida y en la articulación de los comportamientos de los hombres para el desarrollo de la masculinidad inclusiva, como lo señala la guía uno en relación con la perspectiva de género en la educación para la sexualidad y la ciudadanía en el desarrollo de competencias ciudadanas que les posibilite a las niñas y mujeres el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos:

(...) De la misma manera reconoce la capacidad de los hombres para reflexionar críticamente sobre comportamientos culturales heredados y plantear relaciones alternativas y actitudes incluyentes y respetuosas de la diferencia. Promueve así la posibilidad de desarrollar la masculinidad desde valores y principios democráticos. En consecuencia, los proyectos pedagógicos en educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía deben reflejar lo anterior, es decir, centrar cada vez más los procesos en la toma de decisiones por parte de las mujeres involucradas que incluyan perspectivas masculinas diversas de manera que establezcan relaciones igualitarias en derechos y equitativas para todos (MEN, UNFPA:2008:13).

Con los seis principios y la correlación entre la perspectiva de género y la inclusión de los hombres/masculinidad, este modelo educativo invita a re-conocer y respetar la diversidad sexual, los estilos de pareja (no normativas) y las diversidades de género. Aquí hay que considerar la garantía que el Estado brinde, porque una vez los sujetos reconozcan sus derechos, (mayoritariamente las mujeres) comenzará una demanda de servicios, haciendo que éste deba ampliar su oferta y ruta.⁴⁵

⁴⁵ La oferta de servicios en salud sexual y reproductiva consiste en las atenciones que reciben las personas en “acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva para los adolescentes y los jóvenes, los grupos vulnerables y las personas con discapacidad; integración de los servicios de salud sexual y reproductiva y los relacionados con el VIH/sida; prevención y gestión de las consecuencias de los abortos peligrosos; mortalidad materna; desigualdades de género; violencia contra la mujer; cánceres relacionados con la reproducción”, PAHO (2014); y como consecuencia de estos servicios, el Estado debe tener organizada esta oferta en los distintos territorios y garantizar el acceso y correcta prestación de los servicios ya sea a través de las EPS, las Secretarías de Salud territorial, o SISBEN. Y en el caso de la ruta de atención se refiere a, por ejemplo, los pasos que se debe seguir para que una persona la reciba requiera en cualquier situación. Colombia, por ejemplo, tiene el programa de “servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Programa disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SSR/Paginas/Estrategias-de-salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes.aspx> (19/10/2014).

Ahora bien, si la escuela, como aparato ideológico de Estado (Althusser, 2003), es uno de los escenarios para promover políticas y modelos sociales (comportamientos, actitudes, prácticas, creencias, etc.), también es el lugar donde se socializan y viven las experiencias relacionadas con la sexualidad, por lo que la educación para la sexualidad y la ciudadanía fomenta el desarrollo, enseñanza y aprendizaje de competencias y conocimientos que garanticen no sólo los derechos sexuales y reproductivos de las personas sino el acceso oportuno y de calidad a los mismos. Para ello, la persona debe tener estas competencias:

- Conocimientos específicos de la sexualidad: relacionados con derechos sexuales y reproductivos, enfermedades, métodos de planificación familiar, enfermedades sexuales o reproductivas, o aspectos biológicos de la sexualidad.
- Competencias cognitivas: comprensión del sentir y el pensar de los otros; tomar decisiones frente a la discriminación por género o diversidad sexual o las consecuencias de una decisión en una relación de pareja o en la familia.
- Competencias comunicativas: capacidad de negociación en una relación de pareja, (no. de hijos, uso de preservativo, etc.); el respeto por el otro, el diálogo para construir relaciones basadas en el respeto y la expresión de los sentimientos en todo tipo de relaciones afectivas u amorosas.
- Competencias emocionales: capacidad para identificación, la expresión y el control adecuado de las emociones propias y ajenas (MEN, UNFPA: 2008: 19).

De acuerdo con lo anterior, para ser competente en salud sexual y ciudadanía un sujeto escolarizado debe conocer sus derechos sexuales y reproductivos, ser capaz de hablar y tomar decisiones sobre su sexualidad, respetar las decisiones de los demás, sobre todo las relacionadas con diversidad de género y orientación sexual, saber controlar sus emociones, planificar su proyecto de vida y participar activamente en las decisiones que se tomen en pareja o en familia.

Sin embargo, el panorama fuera de la escuela (e incluso en la escuela) parece ser diferente porque, como han señalado las estadísticas, el embarazo adolescente ha aumentado, y la edad en el inicio de las relaciones sexuales disminuido en comparación con los años noventa; sumado a las circunstancias sociales atenuantes que comentaba en el capítulo dos, han ido generado situaciones como las presentadas por “Pirry” en el especial sobre embarazo

adolescente⁴⁶, o en los comerciales de televisión que apuntan a transformar las representaciones y las prácticas sobre la sexualidad en las y los jóvenes, entre otras como mecanismos para mitigar y disminuir algunos de los factores de riesgo.

En el programa de “Pirry” se presentan entrevistas con jóvenes escolarizados menores de 18 años que evidencian el desconocimiento o la mala información que tienen sobre derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, planificación y uso de métodos anticonceptivos, entre otros temas; así como los vacíos en los programas de salud sexual y reproductiva. En ese sentido, teniendo en cuenta la guía No. 1., la información que se proporcionaba sobre salud sexual y reproductiva presentaba un escenario ideal, el mejor de todos, en el que las y los jóvenes podrían aprender, apropiarse y poner en práctica conocimientos que decantaran en prácticas de salud sexual y reproductivas más conscientes, autónomas, libres de presiones, seguras y responsables.

Por su parte, la cartilla 2 ‘el proyecto pedagógico y sus hilos conductores’ está dirigida a docentes y presenta las estrategias y rutas para desarrollar un proyecto pedagógico de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en la institución educativa. Este material hace parte de los muchos programas que han intervenido escuelas, colegios y demás instituciones educativas de educación formal básica y media, en donde se les pide desarrollar proyectos educativos que motiven a las y los estudiantes a participar en ellos. Es así como han promovido proyectos sobre medio ambiente, eduderechos⁴⁷, competencias ciudadanas, entre otros.

Para el caso de salud sexual y reproductiva, la guía 2 propone que el proyecto se desarrolle a partir de la motivación docente (vinculando a toda la comunidad educativa: docentes, madres y padres de familia, directivos y estudiantes), la apertura escolar, es decir, flexibilización del

⁴⁶ Especiales Pirry, 100 jóvenes hablan sobre sexo (Junio de 2011). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Sw2kb07u-Zw> (22/01/2015)

⁴⁷El programa de educación para el ejercicio de los derechos humanos-Eduderechos se apoya en la publicación inicial de tres módulos introductorios (...) que integran principios y orientaciones para que la educación en el ejercicio de los derechos humanos sea una realidad en la cotidianidad escolar. Además, (...) constituyen una ruta para la implementación de los proyectos pedagógicos de educación para los derechos humanos en las instituciones educativas y un elemento de trabajo para otros actores estratégico. Tomado de <http://www.mineducacion.gov.co/1621/w3-article-241014.html> (22/01/2015).

currículo, promoción de espacios seguros, abiertos al diálogo y respetuosos de las diferencias, dudas y preguntas que se aborden en el desarrollo del proyecto por parte de las y los estudiantes. Por lo tanto, se entiende que un proyecto pedagógico de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía es

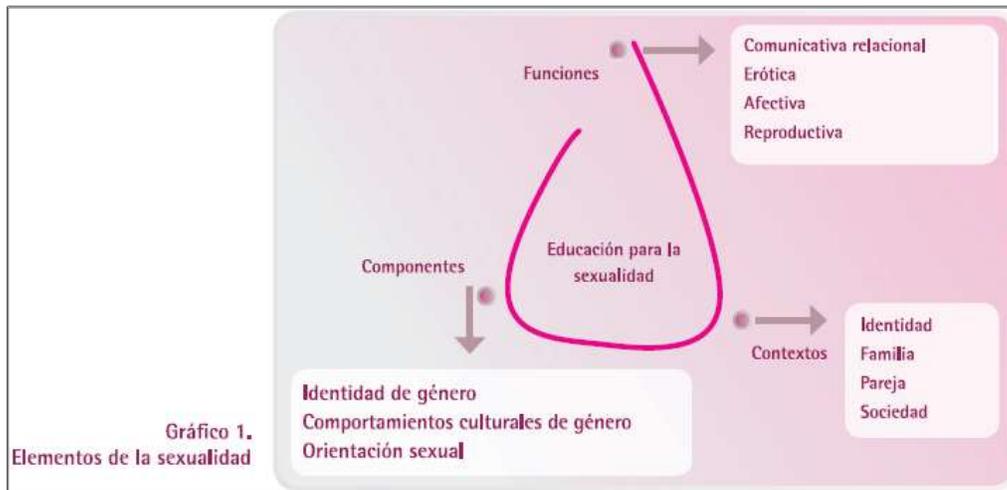
Un espacio deliberado e intencionado, desarrollado participativamente por cada institución educativa para hacer cotidiano el ejercicio de los derechos humanos sexuales y reproductivos, la igualdad entre los hombres y las mujeres, y una vivencia de la sexualidad que enriquezca el proyecto de vida de cada una de las personas de la comunidad educativa (UNFPA, MEN: 2008: 5).

A través de las experiencias cotidianas presentadas durante el desarrollo del proyecto escolar se puede hacer una intervención real que responda a las inquietudes estudiantiles, propicie entornos académicos abiertos al debate y promover la construcción de sentido colectivo y fortalezca los proyectos de vida individuales así como los saberes y prácticas sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Lo anterior explica el énfasis en proyectos pedagógicos que “deben enseñar a comprender diversas formas de vivir la sexualidad, educar para apreciar lo mejor de los otros y ayudar a que esto aflore en las relaciones y en la convivencia” (UNFPA, MEN: 2008: 6).

Ahora bien, hemos dicho en el capítulo II que los sujetos de las políticas en salud sexual y reproductiva son en su mayoría mujeres en contextos y condiciones particulares; pues bien, los proyectos pedagógicos proponen unas características afines a las personas (estudiantes) que participan en estos escenarios, las cuales son: i) sujetos activos de derechos, ii) son personas dueñas de sus propios cuerpos, y iii) tienen relaciones basadas en el afecto (UNFPA, MEN: 2008: 7). Con estos tres elementos se espera que quienes hagan el proceso construyan proyectos de vida y a su vez, promuevan comportamientos amigables en la comunidad y con su sexualidad.

En el siguiente gráfico, tomado de la guía 2, se visualizan los elementos de la sexualidad que están en sintonía con lo señalado por el documento de política pública de Bogotá, que mencionaba los componentes de la sexualidad, en términos de la comunicación relacional, la identidad de género y la orientación sexual.

Imagen 1. Elementos de la sexualidad.



Fuente: Guía 2. MEN, UNFPA: 2008a: 8

A cada uno de los componentes de la sexualidad le corresponde un ‘hilo conductor’ que desarrolla una competencia, basándose en los ejes de derechos humanos sexuales, las áreas básicas como ciencias sociales, naturales, ética, biología y psicología, entre otras. Por ejemplo, el componente *identidad de género* tiene como hilo conductor el reconocimiento de la dignidad, el cual desarrolla la competencia general del “reconocimiento de que las personas son un fin en sí mismas y por tanto valiosas por ser seres humanos y emprendo acciones para que esto sea realidad en mí, mi familia, en mi pareja y en la sociedad” (MEN, UNFPA: 2008a: 10). De esta manera, cada uno de los componentes tiene una serie de hilos conductores asociados que decantan en el desarrollo de competencias que se espera sean incorporadas en sus relaciones con l@s otr@s. A continuación un ejemplo, tomado de la guía 2 con respecto al componente de la sexualidad y los hilos conductores asociados. El hilo conductor es la columna a la izquierda y la competencia a desarrollar es la columna de la derecha. El componente está en la fila superior.

Imagen 2. Componentes de la Sexualidad.

A. Componentes de la sexualidad	
Identidad de género	
Reconocimiento de la dignidad	Comprendo que todas las personas son un fin en sí mismas y, por tanto, valiosas por ser seres humanos, y emprendo acciones para que esto sea realidad en mí, en mi familia, en mi pareja y en la sociedad.
Pluralidad de identidades	Entiendo que existen diferentes formas de sentir el hecho de ser hombre o mujer. Las respeto, las valoro y actúo en consecuencia.
Valoración de sí mismo	Me reconozco como un ser valioso y único, que merece ser respetado y valorado. Recurso a las instituciones y personas adecuadas que puedan ayudarme a defender mis derechos cuando estos son vulnerados.

FUENTE: Guía 2. MEN- UNFPA.2008a: 11

Cabe aclarar que conceptos como sexualidad, género, identidad de género, orientación sexual y demás, no son explicados en la cartilla, sino que se ofrecen nociones generales, pero no hay un planteamiento claro y propositivo para la discusión y construcción colectiva. Estos conceptos son presentados a partir de ejemplos concretos que parten principalmente de la experiencia de las y los jóvenes participantes (como lo propone la metodología). Con lo anterior quiero señalar que, si bien tanto los documentos de política como este tipo de materiales no profundizan o ahondan en cuestiones teóricas, considero que los materiales que se elaboren para desarrollar estos temas en las instituciones educativas y con población adolescente-juvenil sí deben incluir y promover debates teóricos para que las decisiones que se tomen sean sustentadas con argumentos claros y no con la generalidad del concepto. Quizá sea este un primer aspecto por mejorar para promover una educación sólida en salud sexual y reproductiva y en derechos sexuales y reproductivos y garantizar de esta manera el derecho a la educación en salud sexual y reproductiva.

Por ejemplo, en el hilo conductor “derecho a la información” se explica cómo la libertad de expresión, que incluye buscar, difundir y recibir informaciones de todo tipo sin fronteras y

en cualquier formato. Sin embargo, esta aproximación no presenta otros matices, como por ejemplo, la variable de discapacidad. La Constitución establece lo siguiente sobre el derecho a la información:

Artículo 20. Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación. (Constitución Política de Colombia: 1991: XX)

Por su parte, la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad, enfatiza que el derecho a la información implica que

Artículo 21. Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención (Naciones Unidas, 2011:18).

Es decir, el derecho a la información es mucho más complejo que lo descrito en la guía porque requiere comprender que la información es pública, que debe ser accesible para todas y todos, en especial, para quienes tienen discapacidad, y adultos mayores, la información debe ser veraz y fácil de comunicar. Volviendo al ejemplo, en el tema de sexualidad, la información que se proporcione debe ser lo más completa posible, accesible y comprensible para todas y todos. Pero si se centra este derecho en la persona, y en su comprensión de la información, es necesario fortalecer las bases de informativas para que esa apropiación suceda en las mejores condiciones y el desarrollo de la capacidad no decante, por ejemplo, en mitos y prácticas frente a la sexualidad como las analizadas en el capítulo II. La información se convierte entonces en la base para una educación sólida en sexualidad y ciudadanía.

Ahora bien, para poder desarrollar el proyecto a través de los hilos conductores, la guía 2 propone la elaboración de una *matriz pedagógica para la construcción de estrategias didácticas* en donde cada uno de los componentes, el hilo conductor y la competencia se encuentran. Esta herramienta permite que las instituciones educativas “usen los estándares de competencias básicas y los derechos humanos sexuales y reproductivos, expresados en los hilos conductores, para planear y desarrollar estrategias didácticas y reflexionar sobre la práctica pedagógica” (MEN, UNFPA: 2008a: 18). A continuación un ejemplo.

Imagen 3. Ejemplo de matriz pedagógica diligenciada.

EJEMPLO DE MATRIZ PEDAGÓGICA							
¿En qué contexto surgió esta estrategia? Para analizar las creencias que circulan popularmente en torno a la sexualidad							
Hilo Conductor	Lo que queremos lograr	Competencias Ciudadanas y Científicas a las que apunta	Relaciones con otros proyectos (si las hay)	¿Cómo hacerlo?	¿Con quiénes?	Recursos con que contamos	¿Cómo saber que se ha logrado? (Productos)
Equidad de género	Que los y las estudiantes comprendan que los hombres y las mujeres son libres e iguales en dignidad y derechos. Así mismo, que emprendan acciones para que las diversas formas de ser hombre o mujer, que permiten el desarrollo de todas las potencialidades humanas, sean respetadas y valoradas en los diferentes contextos.	Identifico las diferencias y semejanzas de géneros, aspectos físicos, grupo étnico y origen social, costumbres, gustos, ideas y todas las otras que hay entre los demás y yo. Escucho activamente a mis compañeros y compañeras, reconozco puntos de vista diferentes y los comparo con los míos. Construyo relaciones pacíficas que contribuyen a la convivencia cotidiana en mi comunidad y en mi municipio. Asumo una posición crítica frente a situaciones de discriminación y abuso por irrespeto a los rasgos individuales de las personas (género, étnia, religión...) y propongo formas de cambiarlas.	Proyecto de "Democracia en la escuela", Proyecto de "Padres y madres que construyen" de la Caja de Compensación Familiar. Juegos interclases.	Español: Revisar el significado de los refranes y de otras frases populares que expresen ideas generalizadas a partir de lo que se decía de los hombres y mujeres en el pueblo; análisis de sus orígenes y razones por las cuales se convertían en supuestos considerados como ciertos.	Estudiantes de grado 8°, comunidad educativa	Fuentes orales y escritas	Formular nuevos refranes a partir de las reorganizaciones hechas en Educación física. Reformular los nuevos refranes, desde un marco de equidad. (Por ejemplo "Los hombres en la cocina huelen a caca de gallina" se cambia por "Los hombres en la cocina tienen actitud masculina", o "son una ayuda divina" o "huelen igual que las mujeres")

FUENTE: Guía 2. MEN, UNFPA.2008a:19.

En la matriz se puede analizar cómo se cruzan las variables, pero el resultado que presenta el ejemplo no apunta a cambiar condiciones estructurales en la escuela, es decir, dinámicas sociales, modos de relacionarse con los otros y otras, cambios en los esquemas relacionales entre las y los estudiantes y entre las y los docentes de manera horizontal y vertical, sino transformar imaginarios sobre los hombres y las mujeres reforzando el binarismo hombre-mujer a partir de refranes y dichos naturalizados en la cotidianidad (véase columna ocho, imagen 3).

El cambio de los refranes ("los hombres en la cocina huelen a caca de gallina" por "los hombres en la cocina tienen actitud masculina" o "huelen igual que las mujeres") nos presenta un escenario poco alentador. De un lado, el refrán original remite a que el espacio "cocina" no es apto para los hombres, y si no es apto para ellos, ¿para quién sí lo es?, para las mujeres. Al modificar el refrán, ya no se dice que "huelen" a algo, sino que su actitud en

la cocina es masculina, es decir, que el hombre que haga estas labores no se feminiza, sino que su masculinidad (varón, macho) se fortalece. Y en el tercer cambio al refrán original, no sólo asume que las mujeres en la cocina “huelen a algo” distinto y muy probablemente feo, sino que el hombre terminará ‘oliendo’ a lo mismo que ella, talvez ya no será a ‘caca de gallina’, pero en el fondo es lo mismo. Aunque la guía deja claro que se trata de un ejemplo, sí enfatiza en que son situaciones que se presentaron durante el pilotaje del proyecto en varios colegios. Por esto es que me cuestiono acerca de las orientaciones pos matriz que los participantes tuvieron y cómo ellos - los docentes- trabajaron con sus estudiantes estos temas.

Por su parte, la colección Educación para la sexualidad de Profamilia y el periódico El Espectador está compuesta de cartillas y guías dirigidas a los padres, madres y a las y los jóvenes para que puedan hablar y conocer sobre sexo, principalmente. La cartilla incluye una guía de preguntas sobre sexo y sexualidad, presenta testimonios de jóvenes frente a distintos aspectos relacionados con el sexo, además de un cuadro sobre un caso hipotético en el que una joven toma ciertas decisiones a lo largo de su adolescencia que la conducen por dos caminos distintos, algo así como ‘qué pasaría si’ con respecto al sexo y a la sexualidad en su vida. Lo interesante de esta primera cartilla, titulada “sexo por primera vez”, es que les propone a los padres y madres que hablen clara y oportunamente con sus hijos e hijas sobre sexo con el propósito de promover discusiones abiertas, claras y que sean de utilidad para las y los jóvenes en las decisiones que tomen en sus vidas. Por lo tanto, invitan a los padres y madres a que no solamente les digan a sus hijos e hijas que “tienen que cuidarse”, posiblemente haciendo referencia a las ITS o al embarazo, sino que también les hablen de la sexualidad de manera más amplia y contextualizada.

Si un padre o madre solo le habla de sexo a su hijo o hija para decirle que ‘se cuide’, es decir, que no se vaya a contagiar de una ITS o que no vaya a quedar embarazada, está ignorando las razones por las cuales los adolescentes tienen relaciones sexuales. Y está abordando el tema de manera parcial, olvidando que la sexualidad es una fuente de placer y una forma de expresión de los sentimientos, del afecto por sí mismo y por otros.

Si se enfoca la sexualidad en toda su dimensión, los adolescentes podrán verla en contexto, no fraccionada y no sentirán que los adultos solo buscan controlarlos, exigirles, quitarles autonomía. Pero, además, es importante que vean que, antes que involucrarse en conductas sexuales para las que no están preparados, hay formas de expresarse como las caricias, la masturbación, el autoconocimiento, el amor,

que pueden prepararlos mejor y retrasar el comienzo en una actividad que puede acarrearles riesgos que, como lo muestran las cifras crecientes de ITS y embarazos no planeados, no están listos para enfrentar (PROFAMILIA, El Espectador: 2007:2).

Este es un salto enorme en comparación con la guía de educación sexual para la construcción de ciudadanía que veíamos antes y una distancia significativa de las propuestas, lenguajes y temas que trabajan las políticas públicas de Colombia (2003) y Bogotá (s.f) así como el Conpes 147 del 2012, ya que esta cartilla sí incursiona en los intereses, pensamientos y dudas que podrían llegar a tener los adolescentes sobre el sexo y la sexualidad, así como el reconocimiento de la dificultad para el padre o madre en abordar estos temas con sus hijos e hijas. Esta propuesta es quizá más cercana a las posibilidades reales de las y los adolescentes al reconocer experiencias como la masturbación, el reconocimiento del cuerpo propio y de los otros, experiencias eróticas, el enamoramiento, la pornografía, el embarazo, entre otras, y que son situaciones que quizá los adultos no saben cómo discutir con los jóvenes y adolescentes. En ese sentido, la cartilla-guía propone como metodología una primera encuesta con 12 preguntas dirigidas para indagar sus posturas, reacciones, creencias y prejuicios sobre la sexualidad. A continuación, un par de ejemplos.

Imagen 4. Cuestionario para los padres y madres.

<p>Si su hijo se toca con frecuencia los genitales a través del pantalón, ¿usted cómo reacciona?</p> <ol style="list-style-type: none"> No le molesta, entiende que es un comportamiento habitual en muchos adolescentes... Le dice que le molesta y que esas caricias se deben hacer en privado. Aprovecha para hablarle del autoconocimiento, masturbación y privacidad. 	<p>Usted cree que la masturbación es:</p> <ol style="list-style-type: none"> Un tema exclusivo de los hombres. Una práctica que pueden realizar tanto hombres como mujeres. Una forma de conocer el propio cuerpo, y saber que da placer a una persona, una forma de conocerse.
<p>Para usted el momento más indicado para hablar de sexualidad con su hijo o hija es:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuando va a salir a una fiesta: le recomienda que se cuide del alcohol, el cigarrillo y el sexo... Nunca: su hijo o hija siempre evitan hablar con usted de ese tema y le dicen que no se preocupe. En cualquier momento en que haya una oportunidad, por ejemplo, cuando ellos hacen una pregunta, cuando ven juntos un programa de televisión, en una conversación sobre los amigos... 	<p>Usted encuentra a su hijo o hija de 14 años viendo una película porno, ¿cuál es su reacción?</p> <ol style="list-style-type: none"> Se enfurece y le dice que apague la televisión de inmediato. Trata de explicarle que la pornografía ignora muchas de las facetas preliminares de la sexualidad como las caricias, el afecto, la comunicación, que son importantes en la experiencia de una pareja. Aprovecha para hablarle del deseo, busca que trate de entender este sentimiento para que lo pueda desarrollar en un espacio adecuado a su edad. <p>El éxito de una buena relación de pareja es:</p> <ol style="list-style-type: none"> Una buena vida sexual.

Fuente: Profamilia y El Espectador. Sexo por primera vez (2007:2)

Sin embargo, cabe anotar que la cartilla continúa, al igual que la mayoría de los materiales relacionados, hablando sobre las y los adolescentes ‘promedio’, es decir, no hay alusión a adolescencias distintas, como en el caso de personas con discapacidad psicosocial o discapacidad intelectual, en particular, cuyos derechos sexuales (en especial con las niñas y mujeres) están supeditados a las decisiones que las familias tomen por ellas;⁴⁸ adolescentes que pertenecen a etnias, o zonas rurales y que debido al ambiente sociocultural en el que crecen tienen prácticas, condiciones de vida y creencias distintas respecto de la sexualidad y el sexo que no se mencionan en la cartilla.

⁴⁸ “Por lo general la información existente sobre el ejercicio de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial se centra en el uso de métodos anticonceptivos, especialmente en los procesos de interdicción para la toma de decisiones respecto al uso de métodos definitivos como la ligadura de trompas o la vasectomía” (PAIIS, Profamilia: 2014:24). Esta investigación, “Capacidad jurídica, derechos sexuales y reproductivos en las mujeres con discapacidad intelectual y con discapacidad psicosocial en Colombia”, la realizó el Programa PAIIS, y Profamilia en asocio con otras organizaciones y entidades entre 2012- 2014.

Otro punto de referencia cuando se habla de sexo-sexualidad en la adolescencia tiene que ver con el embarazo adolescente, como si el ejercicio de la sexualidad durante la adolescencia



generara, casi que de manera inmediata, un embarazo. Si bien es cierto que la tasa de embarazo en adolescentes es elevada, también hay que señalar que no todas las adolescentes que tienen relaciones sexuales terminan con un embarazo no planeado.

Incluso, la misma cartilla lo sugiere desde el título, disminuyendo así las múltiples posibilidades que el ejercicio pleno de la sexualidad tiene, más allá del embarazo. A continuación reviso algunos apartes de la cartilla, desde el título, hasta el contenido, en donde el enunciado negativo, “del sexo al embarazo” es predominante y violento.

La cartilla se titula “sexo por primera vez”, en una referencia clara a la primera relación sexual. Sin embargo, el título propone que la experiencia sexual está determinada por el embarazo, como si fuera una consecuencia directa (negativa) de la práctica sexual y excluyendo la posibilidad de relaciones sexuales que no terminen en un embarazo no planeado, o que las personas LGBTI, o con discapacidad pueden tener relaciones sexuales no conducentes a embarazos o a cualquiera de los otros cinco eventos de las políticas públicas en el país. Además, la manera en la que las palabras sexo y embarazo se destacan del texto genera una asociación directa y relacional, como si estuviera afirmando: si tienes sexo vas a tener un embarazo – en cuyo caso, la persona podría decidir no tener relaciones sexuales.

El segundo ejemplo está relacionado con la heteronormatividad. Las tres historias que se presentan cuentan cómo se toma la decisión de tener la primera relación sexual desde los puntos de vista masculino y femenino. La tensión está en la ‘presión’ que se puede ejercer o sentir en una relación de pareja para tener relaciones sexuales. Es así como una primera vez que ha sido planeada e informada es muy diferente de una improvisada, con poca o ninguna información. En cada uno de los casos, el testimonio ejemplifica cómo se dieron las cosas. En el primer caso, la pareja estaba de rumba y empezaron a besarse y acariciarse, posteriormente entraron a un cuarto y tuvieron relaciones sexuales. La chica que ofrece el

testimonio dice: “aunque teníamos nervios no queríamos parar iba a tener mi primera vez con una persona que apenas conocía...” (Profamilia, El Espectador: 2007: 6).

El segundo caso cuenta la historia de una pareja heterosexual que tiene su primer encuentro en la casa de la chica en ausencia de la familia. La historia se cuenta desde los puntos de vista de la chica y del chico por separado, dejando ver los motivos y los miedos de cada uno antes de la relación sexual, pero que pese a ello, lo terminaron haciendo. Para él, era una cuestión de deseo, amor y pasión:

Yo estaba como loco de ganas de tener relaciones sexuales con ella, la amaba, la deseaba mucho y habíamos hablado cien veces del tema, pero ella decía que no estaba preparada. Yo le prometía que iba a usar condón, que no tendría ningún riesgo, que la adoraba, que entonces para cuándo. Ella le daba susto, pero, sobre todo, quería llegar virgen al matrimonio, así la habían educado. Yo no iba a esperar tanto, ni siquiera sabía si quería casarme con ella, pero sí quería acostarme con ella. (...) Compré condones, y creo que en el fondo ella sabía que era inevitable que pasara, así que cuando empecé a besarla no puso mucha resistencia y terminamos teniendo relaciones sexuales, a pesar de sus papás, a pesar de lo que pensaba de la virginidad y el matrimonio. (Profamilia, El Espectador: 2007: 6).

En la cita, la situación plantea una cuestión que no se aborda en las políticas públicas o en las cartillas de sexualidad y construcción ciudadanía, y es el deseo, por lo que los mensajes de abstinencia poco efecto van a tener en los jóvenes, quienes buscan las oportunidades y la información ‘necesaria’ para satisfacer su deseo. La chica señala, por su parte, que no estaba preparada, que quería ser virgen hasta que se casara y al mismo tiempo quería demostrarle que lo quería mucho, pero concluye que se dejó presionar:

Mis papás habían salido de puente, me dejaron sola en la casa porque confían en mí. Mi novio quería que tuviéramos relaciones sexuales y me propuso aprovechar el fin de semana. Cuando tocamos el tema le manifesté que no estaba preparada, que quería llegar virgen al matrimonio y que no me sentía segura que él se quisiera casar conmigo. Ese día él llegó a mi casa de sorpresa, con la excusa de ver una película, pero después me propuso que tuviéramos relaciones sexuales, aunque yo no estaba segura creí que era la mejor forma de demostrarle lo mucho que lo quería. Tuvimos nuestra primera relación sexual pero no fue realmente como yo lo había imaginado, creo que me dejé presionar y debí esperar un poco más (Profamilia, El Espectador: 2007: 6-7).

En ninguno de los dos casos hay evidencia de que la primera relación sexual terminara con un embarazo, pero sí se plantea la cuestión de la ‘presión’ y la famosa ‘prueba de amor’ que es, en definitiva, tener una relación sexual o perder la virginidad con la pareja del momento.

Para terminar, quisiera retomar la noción de ‘proyecto de vida’ mencionada en las políticas públicas y el Conpes y que reaparece en la cartilla ‘sexo por primera vez’ para ejemplificar cómo éste puede cambiar radicalmente cuando se toman decisiones de maneras distintas o como lo señala el texto, ‘equivocadas’. “Proyecto de vida” es la manifestación de la linealidad sexual ideal donde la responsabilidad y la autonomía sexual heteronormativa son propuestas adultocentristas sobre unos sujetos jóvenes. Al respecto, Mary Luz Estupiñan (2008) señala que:

La perspectiva “adultocentrista” reafirma los enfoques y discursos encaminados a un disciplinamiento y gobierno de los cuerpos, individuales y colectivos, y de sus posibilidades de acción. Esta perspectiva se detecta en el discurso de proyectos de vida, los cuales son formulados desde una posición adultocentrista, entendida ésta como “un ajuste o desajuste de sus formas de ser y actuar en relación con las normas del mundo adulto, utilizado como patrón de referencia para calificar lo juvenil” (Viveros, 2006: 158). A partir de este lugar se busca solucionar/designar las posibilidades de acción de las y los jóvenes desde el mundo adulto para lograr una sexualidad “sana, responsable y placentera” (Estupiñan: 2008:93).

Los enfoques y discursos disciplinantes sobre la sexualidad de las y los adolescentes son evidentes en la cartilla “sexo por primera vez” a través del ejercicio “el juego de la vida”,



que plasma en una matriz los hitos del crecimiento y desarrollo biológico y social de un sujeto adolescente (hombre o mujer) para mostrar cómo la vida ‘ordenada’ se ve desajustada (negativamente) cuando se toma una ‘decisión ‘equivocada

(embarazo) y las ‘consecuencias’ para su desarrollo y crecimiento personal, laboral y profesional. Con el ejercicio se busca generar conciencia sobre la importancia del inicio de la actividad sexual y hacer una especie auto juicio por parte del adolescente en términos de evaluar su vida, y cómo esperaría que fuera.

La matriz se compone de 4 columnas (edad, evento, opción 1 y opción 2) y ocho filas que describen eventos que suceden a distintas edades, empezando a los 11 años y terminando a los 25, cuando según la Ley de Juventud 375, ya no se es joven y mucho menos adolescente (la adolescencia va desde los 14 hasta los 19 años, y la juventud desde los 20 hasta los 26 años).

Imagen 5. Matriz proyecto de vida.

Edad	Evento	Opción 1	Opción 2
11 años	Llega la menstruación	Papás le han hablado de sexualidad y de lo que significa la llegada de la menstruación. Mamá la acompaña a comprar su primera toalla	Mamá aprovecha este evento para hablar a su hija de la reproducción y le dice que ahora ya puede ser mamá.
13 años	Condomes	Papás le hablan de los condones, se los muestran y le dicen que es la mejor forma de evitar ITS y embarazos no deseados.	Papás evitan hablar del tema de sexualidad y la hija o hijo no les pregunta a ellos.
13 años	Primer noviazgo	Transcurre de una manera bastante infantil, con pocas visitas y salidas juntos. Primeros besos con contenido sexual. Papás observan con discreción y refuerzan educación sexual.	El novio es mayor que ella. Besos y caricias con un alto contenido sexual. Papás exigen llegar temprano a casa pero están ausentes.
15 años	Segundo noviazgo	Relación con un poco más de compromiso (cuatro meses). Gran atracción. Papás permanecen atentos a cualquier señal y ponen algunos límites.	Primera relación sexual sin condón, sin 'efectos secundarios', por suerte. Ella llega tarde a pesar de las recomendaciones de los padres.

Fuente: PROFAMILIA, El Espectador. Sexo por primera vez (2007: 14-15).

En primer lugar, los eventos son listados de manera genérica y lineal, como si todas las mujeres menstruaran por primera vez a los 11 años, se recibiera una charla de los padres a los 13 sobre el condón como método para la prevención de embarazos, y a los 23 se terminara

la universidad y se empezara a trabajar. O como si las familias tuvieran esas dinámicas o se deseara que las tuvieran con miras a fortalecer la prevención del embarazo en la adolescencia. Es un modelo idealista de la vida de un adolescente colombiano. En segundo lugar, está la relación entre el evento y las dos opciones planteadas (sólo dos) que muestra qué pasa, cuando, aprovechando el evento, se dialoga sobre el tema.

En el caso de la niña de 11 años, la menstruación es el punto de partida de su vida sexual, cuando se le explica en qué consiste y se le habla de las posibilidades de reproducción que acompañan el evento, generando así una relación causal entre la menstruación y el inicio de relaciones sexuales que decantan en un embarazo y en el fracaso del proyecto de vida.

Entre los trece y diecisiete años se cuentan las relaciones amorosas (novio/novia), la presencia de los padres (papá y mamá) en la vida de la niña o niño y cómo la información que le vienen dando desde los 11 años repercute en las decisiones que tome a partir de los 13 y hasta los 17 años, periodo donde ocurre con mayor frecuencia el embarazo. En el comparativo, entre la opción uno y la dos (donde la uno sería la ‘correcta’ y la dos la ‘equivocada’) se hace mayor énfasis en las situaciones desde el escenario de las mujeres, narrando circunstancias vinculantes con el embarazo como lo son: deserción escolar, terminación de la relación con el padre del bebé, problemas familiares, madre y/o padre ausente en el proceso educativo de la hija, madresolterismo, entre otros.

De esta manera, el acompañamiento de la familia es vital como eje articulador y formador principal del desarrollo de la persona, y en particular, desde la finalización de la infancia - principio de la adolescencia- hasta la juventud, (madurez) para evitar, en este modelo, la transmisión de ITS y el embarazo. Esa familia, sin embargo, tiene unas características particulares:

La Carta Constitucional colombiana, en su artículo 42, define la familia como “el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla”, instalando así imaginario de familia nuclear heterosexual como el único posible (Estupiñan: 2008:92).

El modelo de familia conformada por papá, mamá, hija e hijo, deja de lado estructuras familiares diferentes, como aquellas conformadas por madre-abuela-hijo@s-niet@s; padre-madrastra-hij@s; abuel@s-nietos/hij@s; padre-hij@s; madre-hij@s; madre-madre-hij@s; padre-padre-hij@s; madre-padrastro-hijo@s y otros tantos modelos de familia que existen, pero que no se reconocen, porque

La familia sigue constituyendo uno de los fundamentos de las propuestas de sexualidades y ciudadanías, en primer lugar porque existe el supuesto de que es la primera escuela, por tanto se le otorga la primera tarea educativa de la vida (sociológicamente llamada “socialización primaria”). Paso seguido, la escuela reafirma la existencia de la familia a través de la modelación del ciclo vital de los y las jóvenes con miras a una vida adulta feliz y organizada: la familia. Empero en la legislación actual es clara al determinar quiénes son los sujetos que pueden constituir una familia (Estupiñan: 2008: 93).

Finalmente, la matriz pone en tensión la capacidad de reflexión tanto de los adultos como de los jóvenes, quienes deben sopesar qué modelo de vida quieren o les conviene bajo las condiciones que se explican, y a partir de allí, deben decidir sobre el modo en que quiere ejercer su sexualidad, y cómo la familia interviene en el proceso. Sin embargo, Viveros (2006) afirma, refiriéndose al *gobierno de la sexualidad juvenil* que ésta tiene un carácter paradójico porque:

en teoría transfiere las decisiones referidas a la administración y protección de la salud sexual y reproductiva a los propios jóvenes. Pero, por otra, mantiene las relaciones de dependencia asociadas al lugar que ocupan las y los jóvenes en los sistemas productivos, reproductores de la subordinación de lo juvenil al mundo adulto (Viveros: 2006: 163).

En suma, el ejercicio del derecho a la sexualidad de los jóvenes pasa por una mirada adultocentrista que les indica de qué manera deben comportarse, cómo ejercer su sexualidad, en qué escenarios y tiempos y bajo qué condiciones de seguridad, estabilidad emocional e información verídica se debe hacer. Y como señala Viveros (2006), las relaciones de dependencia entre l@s jóvenes y l@s adultos dificulta el empoderamiento de los sujetos jóvenes para el ejercicio pleno y autónomo de sus derechos sexuales y su sexualidad.

3.2 Sexualidades en cinta.

Los comerciales y campañas publicitarias sobre la sexualidad o salud sexual no son recientes en Colombia. La televisión ha sido uno de los medios seleccionados para promover distintos temas asociados a la sexualidad como el amor propio, el uso del condón, la edad para el inicio de las relaciones sexuales, la prevención del contagio del VIH, nociones sobre sexualidad e incluso, comerciales para promover modelos de familia en el marco de la reproducción y la responsabilidad sexual. La mayoría de estos comerciales envían mensajes claves a los y las jóvenes para que se apropien de sus derechos sexuales y sean conscientes de su propia sexualidad y de los ambientes y situaciones que los ponen en riesgo.

Seleccioné la campaña de los pollitos, porque si bien no es la primera, sí es pionera en el abordaje de la salud sexual asociada a la prevención del contagio del virus del sida a través de la representación de situaciones ‘cotidianas’ y además socializó el uso del condón en las relaciones sexuales. La segunda campaña, ‘sexualidad con sentido’ (2011) fue elaborada por UNFPA y responde a los imaginarios de la sexualidad, el sexo y la maternidad-paternidad. Los mensajes son presentados por personajes de la televisión con reconocimiento y credibilidad. Si bien UNFPA tiene varias campañas, ésta reúne elementos que he presentado a lo largo del trabajo, tales como los mitos de la maternidad, y la reiteración de las relaciones sexuales con responsabilidad (sin embarazo), entre otras. Por último el tercer comercial elegido aborda un aspecto no muy señalado en los documentos de política y que eventualmente se aborda desde las cartillas, la familia. En este caso particular, me llama la atención el modelo de familia que se promueve y el discurso detrás de ese modelo. Sumado a eso, está la coyuntura del actual procurador respecto a la adopción de niñas y niños por parte de parejas del mismo sexo, lo que decantaría en un cambio sustancial en cuanto al concepto y modelo de familia vigente. Veamos las tres campañas.



‘Sin preservativo, ni pío’ fue una campaña televisiva realizada por el entonces Ministerio de Salud (1994) con gran acogida, quizá por sus personajes o por las historias que vivían en cada comercial. Es posible que todas y todos recordemos a los personajes, pollitos o polluelos, aludiendo a la juventud de los protagonistas, viviendo situaciones

particulares relacionadas con la sexualidad. La idea del comercial era invitar a los adultos a utilizar el condón a través del siguiente mensaje: ‘el condón es un medio eficaz para prevenir el sida y las enfermedades de transmisión sexual. Sin condón ni pío’⁴⁹.

La campaña consta de seis comerciales y se emitió entre 1994-1998, en medio de la campaña de prevención del VIH-Sida donde condón se erigió como el método para la prevención del contagio. Los comerciales invitan a quienes tienen relaciones sexuales, heterosexuales u homosexuales, a utilizar el condón. Los comerciales, protagonizados por unos pollitos y pollitas de peluche, recreaban diferentes situaciones en las relaciones de pareja en las que se evidenciaba la necesidad de utilizar el condón antes de una relación sexual para la prevención del contagio del VIH. En ningún momento se menciona que el condón también es un medio para la prevención de otras ITS o de embarazos.

Me centraré en tres de los seis comerciales – 1) ‘Sin preservativos ni pío’; 2) ‘Preservativo con Charlie’; y 3) ‘Sin amor ni pío’, porque recrean situaciones que quiero puntualizar: la homosexualidad, las parejas sexuales múltiples y la toma de decisión frente a tener relaciones sexuales con el condón. Cada comercial expresa el mismo mensaje en distintas situaciones – usar el condón previene la transmisión del virus⁵⁰ del sida, y la presentación de estas situaciones se hace de una manera divertida y fresca.

“Sin preservativos ni pío” es la historia de dos pollitos que están discutiendo sobre quién va a comprar condones en una farmacia (droguería). Después de dudar y expresar vergüenza, deciden entrar y comprar el producto. Aquí ⁵¹ lo interesante es la actitud de los personajes, los nervios y la pena al tener que entrar a un establecimiento a pedir un artículo que revelaba que tendrían relaciones sexuales.

El siguiente escenario plantea una situación distinta⁵². La historia se centra en un pollito que está en un bar esperando a alguien. Mientras espera, otro pollito se le acerca por la espalda

⁴⁹ Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=sL-56pekjq0> (26/10/2014).

⁵⁰ En la campaña se habla del “virus” del sida, y el condón como medio para prevenirlo, pero en la actualidad se sabe que el sida es una infección de transmisión sexual. Por esto, cuando escribo “virus” quiero acogerme a los conceptos de la campaña.

⁵¹ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=sL-56pekjq0> (30/08/2014).

⁵² Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=F4JW1G2grbU> (30/08/2014).

tapándole los ojos y pidiéndole que adivine quién es. El pollito sentado trata infructuosamente de adivinar y recita una serie de nombres que no corresponden. Al final, el otro pollito le destapa los ojos, y le revela que se trata de “Charlie”, con lo que termina el comercial.

El tercer comercial, “sin amor ni pio”⁵³ es protagonizado por una pareja de pollitos (hembra y macho) tomando el sol junto a una piscina. El pollito le pregunta a su acompañante si se dan un “chapuzón” y le muestra que tiene guardado un “salvavidas” debajo de la toalla (un condón). Posterior a la escena, aparece un texto en generador de caracteres en letras negras fondo blanco, leído por un locutor que dice, “hay una fórmula para evitar el Sida y las enfermedades de transmisión sexual: amar y respetar a tu pareja”. Finalizada la lectura, salen los pollitos dirigiéndose hacia la casa, y la pollita se vuelve y dice, “sin amor, ni pío”. El comercial finaliza con el logo y el nombre República de Colombia. Ministerio de Salud.

Además del énfasis en la prevención del contagio del virus del sida, los comerciales de los pollitos representan distintos modos de relaciones interpersonales asociadas con la sexualidad. No sólo se enviaba el mensaje a las heterosexuales, sino también a las conformadas por hombres homosexuales (las mujeres lesbianas no están ninguno de los seis comerciales) y a quienes tienen múltiples parejas sexuales (hombres, principalmente).

La segunda pieza comunicativa es una campaña realizada por UNFPA que se llama ‘Por el derecho a una sexualidad con sentido’ (2011) que consta de seis comerciales de menos de un minuto protagonizados por personajes famosos y reconocidos en el ámbito televisivo nacional, o sea, con un cierto grado de credibilidad, en el que le hablan a la cámara como en una charla íntima sobre lo que es el amor, el primer amor, y la sexualidad. El contenido y la manera de explicarlo varía dependiendo de los personajes, pero el mensaje final es el mismo: ‘por el derecho a una sexualidad con sentido’



⁵³ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=cchKA4TicnU> (30/08/2014).

La propuesta general es que personajes como José Narváez⁵⁴, Christina Hurtado⁵⁵, Andrés López⁵⁶, Adriana Lucía⁵⁷, Katherin Montilla⁵⁸, y Valeri Domínguez⁵⁹ responden una pregunta (no formulada en el comercial) desde su experiencia personal o desde lo que consideran pertinente. El comercial es sencillo, el personaje está sobre fondo blanco, enfrentando la cámara, y hablando con un interlocutor que está fuera. A medida que expresa sus opiniones aparecen en generador de caracteres algunos de los conceptos claves mencionados y que corresponden con el mensaje que UNFPA quiere resaltar y que se relaciona con situaciones ‘comunes’ a la mayoría de personas en materia de sexualidad.

Lo común a todos los seis comerciales es que los mensajes parecen estar orientados más hacia las mujeres que hacia los hombres. En esa medida, en los comerciales protagonizados por hombres, los mensajes destacan la paternidad, la expresión de los sentimientos/afecto hacia los otros, en particular los hijos, el cuidado de los hijos/as, sexo, relaciones sexuales, embarazo, imaginario maternidad-relación afectiva, proyección. Por su parte, en los comerciales protagonizados por mujeres los mensajes están orientados hacia el cuidado de sí, la importancia de construir un proyecto de vida, el diálogo con papá y mamá sobre sexualidad y sexo, el respeto, la responsabilidad, el amor propio, la toma de decisiones acertadas, la valoración personal, conocer y tener información clara sobre sexualidad, etc.

Esto también denota un esfuerzo por enfatizar el retraso del inicio de la relación sexual, ya que como señala Camila Esguerra Muelle (2013)

muchos esfuerzos [...] están dirigidos a retardar el momento de inicio de las relaciones sexuales, en lugar de educar para que las relaciones sexuales, -que no agotan la sexualidad en todo caso, porque son parte de la sexualidad-, en lugar de tratar que las relaciones sexuales no sean sanas solamente en términos de no

⁵⁴ Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=6lrXhLkwiDc&index=3&list=PL5098C0F7C0B70BD5> (30/08/2014).

⁵⁵ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=-4AOXJdfexs&list=PL5098C0F7C0B70BD5&index=4> (30/08/2014).

⁵⁶ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=gqPwB2qqWL0&list=PL5098C0F7C0B70BD5&index=5> (30/08/2014).

⁵⁷ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=xS7dclp4eG4&list=PL5098C0F7C0B70BD5&index=6> (30/08/2014).

⁵⁸ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=pHhu4cmsmBI&index=2&list=PL5098C0F7C0B70BD5> (30/08/2014).

⁵⁹ Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=95dBW0Ya3Pk> (26/10/2014)

embarazarse sino en términos de qué es lo que sienten esos sujetos que se relacionan entre ellos (Esguerra, 2013).

Es decir, más allá de la educación para la prevención de un embarazo entre los 14 y 19 años, el contagio de una ITS o VIH-Sida, la violencia intrafamiliar y los demás eventos de la política pública en salud sexual y reproductiva tanto de Bogotá como del país, se debería considerar los sentires, intereses, gustos, miedos, curiosidades de las y los jóvenes para abordarlos desde ahí, y no desde afuera.

En ese sentido, los mensajes de los comerciales se acercan mucho a lo que promueven las políticas públicas e incluso las guías y cartillas, y es la marcada diferencia, el énfasis y la tendencia a enfocar las acciones, actividades y mensajes en la sexualidad responsable de las mujeres, para que además de retardar el inicio de las relaciones sexuales, ellas sean conscientes de sus cuerpos, sus sexualidades, sus derechos y la importancia en las decisiones, acciones u omisiones que hagan en su vida, como si la sexualidad femenina estuviera condicionada por el embarazo y los demás componentes fueran menos importantes. Para los hombres, por su parte, se refuerza la paternidad, la expresión de los sentimientos y emociones, y la responsabilidad en la crianza de los hijos/as y en ningún momento, no se menciona el cuidado, la información, y demás aspectos, como si la sexualidad masculina estuviera limitada a estas acciones y a los otros eventos mencionados en las políticas. Ahora bien, la diferencia entre sexualidad y sexo que se hace en algunos comerciales es interesante, si bien el sexo (coito) es parte de la sexualidad, por lo que tal distinción denota confusión, así como un énfasis particular en la función reproductiva de la sexualidad.

La tercera pieza es un comercial de televisión realizado por la Procuraduría General de la Nación, bajo la dirección del Procurador General Alejandro Ordoñez, quien se ha destacado en el ámbito político por estar en contra del reconocimiento a la adopción por parte de parejas del mismo sexo, y de la legalización del aborto, entre otros temas. El comercial estuvo al aire en 2012⁶⁰ y aborda la salud sexual y reproductiva a partir de diferentes personajes, incluyendo familias monoparentales, parejas jóvenes, adultos jóvenes, con hijos, en embarazo, etc. En

⁶⁰ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=txLSmEFSliw> (30/08/2014)



este comercial no hay alusión a la población LGBTI, se incluye una pareja que representa a la población afro, pero no a la indígena. La ubicación en contextos urbanos evidencia la facilidad en el acceso a los servicios y se destaca que la información que se transmite es accesible para personas con discapacidad visual y auditiva, pues los diálogos son claros (para personas ciegas) y se incluyen subtítulos en letra grande y en contraste para personas con baja visión irreversible, y para personas sordas (que leen español)⁶¹, aunque las personas con discapacidad no hacen parte de los “modelos” de familias. En él se muestran diferentes tipos de familias que hablan a la cámara y explican por qué o en qué momento tienen una sexualidad responsable en el sentido que plantea la Procuraduría, que es la conformación de familia, es decir, la función reproductora de la sexualidad. Así mismo aparece un concepto asociado y un mensaje en la pantalla.

A diferencia de los comerciales del Ministerio de Salud (enfocados en la prevención del contagio del VIH-Sida y el incentivo del uso del condón como medio eficaz para la prevención del contagio en cualquier tipo de relación sexual), o los comerciales de UNFPA (donde hay valores diferentes para hombres y mujeres bajo el mensaje de sexo con sentido, que es otra forma de nombrar al sexo con responsabilidad de las políticas), el comercial de la Procuraduría introduce un nuevo concepto y es el de familia.

La familia es el primer escenario de socialización y es donde se preservan los valores y los sujetos se construyen como ciudadanos ejemplares; la familia “como una construcción sociocultural, tiene connotaciones ideológicas e implicaciones morales (...) y a pesar de la diversidad de arreglos familiares existentes, la familia nuclear (la pareja y sus hijos/as) como el modelo ideal sigue presente en el imaginario social” (Ariza, Oliveira, 2003:42). Es este modelo de familia nuclear heteronormativa (con algunas variantes, como se explica a continuación) el que se representa en el comercial de la Procuraduría.

⁶¹ Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=txLSmEFSIiw> (26 /10/2014).

Hay una primera familia constituida por una pareja (hombre y mujer) mestiza (blanca), en lo que parece un apartamento localizado en el estrato tres o cuatro, entre los 33 y 38 años; el segundo modelo es una pareja mestiza un poco más joven, quizá entre los 20 y 27 años, estrato tres; el tercer modelo es una pareja afro, donde la mujer parece ser menor que su compañero, parece más padre-hija y por la situación planteada, están buscando información sobre salud sexual y reproductiva; y en el cuarto modelo, aparecen dos familias nucleares, es decir, papá, mamá e hij@s y mascota, como ejemplos de familias típicas colombianas.

Es decir, la familia nuclear conformada por hombre, mujer e hij@s es la que se reconoce en el Estado y es una representación de las futuras familias nucleares y heteronormativas que se lleguen a conformar, ya que tienen una sexualidad responsable, son estables económicamente, tienen la madurez necesaria (edad) para asumir su sexualidad, (pensada desde el enfoque reproductivo), tienen compromiso con sí mismos y con los otros (pareja estable), pueden brindar bienestar a ese otr@ por nacer, y viven dignamente en sus relaciones con l@s otr@s. A esto se le suma el énfasis en el rol de cuidado y respeto que se les pide a los hombres respecto a su propia sexualidad (violencia familiar, transmisión de ITS) y en relación a las mujeres en el marco del proyecto de vida.

Otras estructuras familiares, aquellos modelos no-normativos no son representados aquí, así en el plano material (real) las familias colombianas sean diferentes, estén atravesadas por la clase, la etnia, la raza, el lugar de procedencia, el género, y tengan diferentes integrantes como abuelos paternos y maternos, tías, y bisabuelas, sobrinos, tíos, primos, hermanastros, madrastras, padrastros; madres y padres solteros o con abuelas cabeza de hogar, niñas o niños adoptados, con discapacidad, LGBTIQ, padres divorciados, etc.

De acuerdo con la Sentencia C-271/03⁶² de la Corte Constitucional, en la que conceptúa la Procuraduría General de la Nación, la familia se entiende como la relación entre un hombre y una mujer:

En un sentido amplio, la doctrina y la jurisprudencia han definido la familia como aquella comunidad de personas emparentadas entre sí por vínculos naturales o jurídicos, que funda su existencia en el amor, el respeto y la solidaridad, y que se

⁶² Tomado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/c-271-03.htm> (26/03/2015)

caracteriza por la unidad de vida o de destino que liga íntimamente a sus miembros o integrantes más próximos. Desde la perspectiva natural, la familia tiene su origen en la unión afectiva que surge entre un hombre y una mujer, mientras que como institución jurídica su fuente primaria es el matrimonio (Corte Constitucional: 2003)

Para la jurisprudencia, la familia tiene parentesco natural o jurídico, con fundamento de amor y respeto, mientras que desde una perspectiva “natural” (que no se explica) la familia está constituida por un hombre y una mujer, bajo la figura jurídica del matrimonio. Por lo tanto, familias que no estén “naturalmente” conformadas por un hombre y una mujer, no son legalmente reconocidas en la legislación colombiana.

Pretender estandarizar las familias colombianas en comerciales como este, donde se desconoce la diversidad cultural, social y humana, es reforzar la representación nuclear y heteronormativa de conformación familiar y simplificar la complejidad de la sexualidad en una sola dimensión: la reproductiva.

CONCLUSIONES

Esta investigación partió de las ganas por entender las representaciones de la sexualidad de las mujeres en los documentos de política pública en salud sexual y reproductiva que formularon en 2003 entidades como UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Alcaldía Mayor de Bogotá durante la administración de Luis Eduardo Garzón (2004-2008). La pregunta por la representación es pertinente porque a través de las políticas públicas se construyen sujetos y que me permitirían comprender por qué una política pública de salud sexual y reproductiva entiende la vida en términos de ciclo para explicar todos los fenómenos posibles que puedan emerger y afectan o se relacionan con las mujeres.

Este trabajo presenta algunos hallazgos sobre el funcionamiento de la representación que las políticas y cómo a partir de éstas se formula y planea una estrategia a cinco, doce o veinte años, dependiendo de los formuladores de política y de los recursos disponibles para ella. También se evidencia que esas representaciones están precedidas por estereotipos que circulan culturalmente y que preceden igualmente los planes derivados de las políticas en los sujetos y en los territorios, así como en los cuerpos y las relaciones. Así los conceptos y nominaciones ‘formales’ cambian en el texto de la política, el significado, por ejemplo, de la sexualidad de mujeres entre los 14 y 19 años de edad continuará contemplándose desde una perspectiva prevencionista, adultocéntrica, centrada en el cuidado y en evitar situaciones de riesgo sin modificar la comprensión de actores y formuladores de la política de varias situaciones relacionadas con salud sexual, salud reproductiva, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, etc.

Durante la década de los noventa las reformas en la educación que decantaron en la inclusión de la educación en sexualidad en las aulas regulares, la promoción por parte del Ministerio de Salud en la prevención del contagio del sida a través de la campaña “sin condón ni pío”, la focalización de la población adolescente en estado de gestación; el trabajo de los grupos y organizaciones de mujeres por el reconocimiento de los derechos de las mujeres incluidos los derechos sexuales y reproductivos, entre otros, permitieron situar el tema de la sexualidad y la reproducción en la agenda pública y mediática. Sin embargo, estas acciones se focalizaron en grupos de mujeres con características y condiciones particulares.

La explosión de las estadísticas de embarazo adolescente en la década de los noventa y dos mil produjo una serie de investigaciones, análisis estadísticos y encuestas que demostraban que las jóvenes entre los 14 y 19 años estaban en embarazo o ya eran madres de al menos un hijo. Estas alarmas se recogieron en la política nacional en salud sexual y reproductiva, donde la sexualidad se comprendió desde el enfoque de la OMS, y no la de Cairo 1995, donde la salud sexual y reproductiva es una unidad que se desarrolla en siete diferentes escenarios o eventos en los que las mujeres se ven involucradas una vez inician su vida sexual.

Así, abordé el análisis de las representaciones de las mujeres en los documentos de política pública, en guías y cartillas sobre salud sexual y reproductiva y ciertas piezas comunicativas (comerciales) donde se presentaban distintos escenarios y/o tópicos asociados con la sexualidad, y la salud sexual y reproductiva. Durante el proceso encontré que la representación de las mujeres en las políticas públicas y demás documentos y comerciales no es única, sino variada y diversa y depende del enfoque - para la política nacional en salud sexual y reproductiva, la sexualidad de las mujeres se vive por eventos, seis en total, que se priorizan a lo largo del ciclo de vida, que es reproductivo-productivo, por lo que las mujeres mayores (adultos mayores) y las mujeres menores de 14 años no tienen programas y acciones particulares distintos a los eventos, como el embarazo juvenil, y de otro lado, la sexualidad en etapa reproductiva-productiva es presentada en negativo, es decir, desde el enfoque prevencionista, principalmente entre los 14 y los 19 años, donde se espera, que las mujeres no tengan relaciones sexuales que las conduzcan a una situación de riesgo como el embarazo o si la tienen, no queden en embarazo o se contagien de una ITS o VIH/Sida.

La sexualidad adolescente se aborda con términos como “decisiones informadas”, “sexualidad con sentido” y “sexualidad responsable” para hacer énfasis en que este grupo poblacional, por sus características sociales, culturales, educativas y de ciclo de vida, es considerado inmaduro e irresponsable sexualmente, lo conduce a los mencionados eventos que atiende la política y sitúa la comprensión, relación y práctica de la sexualidad en un marco de valores. En este escenario, la sexualidad es algo que se evita y se reduce a la reproducción (procreación), olvidando su complejidad y obviando elementos como la comunicación, el reconocimiento de sí mismo/a, el respeto, el cuerpo, el deseo, el gozo, el

placer. El mensaje para las mujeres entre los 14 y 19 o los 40 o 50 años es cuidarse del embarazo adolescente, del cáncer de cuello uterino causado por el VPH, de la violencia intrafamiliar, o de las infecciones de transmisión sexual, entre otros factores. Sin embargo, y pese a que la política es para ‘todas’ las mujeres, realmente no es así – es para aquellas quienes por condiciones sociales (pobreza/ estrato), nivel educativo (escolarizadas), género (heterosexuales), lugar de residencia (urbano, capitales, periferia), edad, etnia/raza (mestizas), y cuerpo, en el sentido de normalidad (mujeres sin ningún tipo de discapacidad), son priorizadas y atendidas en el marco de la política pública.

No existe ‘la mujer’ en la política pública, sino más bien representaciones de mujeres consideradas más vulnerables por sus condiciones y por lo tanto, priorizadas. Así mismo, la priorización es una acción afirmativa en favor de aquellas que, por circunstancias sociales, culturales, económicas, familiares y personales, tienen menos acceso a servicios en salud sexual y salud reproductiva, educación, métodos de planificación, etc., que les permita empoderarse, conocer sus derechos y ejercerlos. En ese sentido, las políticas asumen que las mujeres que no están en condiciones de vulnerabilidad, que tienen los medios económicos, sociales, culturales, familiares y educativos para resolver cualquier situación que se les presente se benefician de manera indirecta de las acciones, por ejemplo, a través de las campañas emitidas en los medios masivos de comunicación, como comerciales, cuñas radiales, anuncios en prensa, volantes o afiches colgados en las EPS, IPS, campañas en instituciones educativas, centros médicos, etc.

Encontré que en la representación de la sexualidad de las mujeres se sugieren mecanismos para su ejercicio pleno en el marco de los derechos, pero se trata de un control del ejercicio de la sexualidad, y en el caso de las adolescentes, se les ‘educa’ para que su práctica sexual corresponda con los modelos propuestos por las políticas públicas. Aspectos como la promoción del uso de métodos anticonceptivos, la prevención del embarazo en adolescentes, el goce de una sexualidad responsable, el reconocimiento de la diversidad sexual, el proyecto de vida, entre otros, son los escenarios desde los cuales se explica la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva. Sin ellos, no sería posible aterrizar la noción de sexualidad de manera práctica y comprensible desde la política pública. Sin embargo, se evidenciaron

también confusiones en el uso de conceptos como homosexualidad, masculinidad, orientación sexual, y diversidad sexual. Desde luego que no se trata de construir un modo único de representar la sexualidad de las mujeres, pero encontré más bien distintos escenarios desde los cuales se habla de sexualidad dependiendo de los actores que participaron en la formulación de la política y los enfoques teóricos usados para explicar y comprender las acciones y proyectos implementados a posteriori.

Los formuladores de política pública (conformado por grupos interinstitucionales de adultos) tienen nociones sobre los adolescentes y, en particular, de la sexualidad adolescente que está cargada de imágenes, discursos, actos, es decir, representaciones que circulan socialmente, se transforman, pero que conservan características comunes que terminan por representar al sujeto adolescente de un modo u otro. Así, las conductas adolescentes son leídas desde estos regímenes de representación situándolas en escenarios estereotipados cargados con acciones, lenguajes, actos, comportamientos, etc., que validan o invalidan los comportamientos que los formuladores consideran o no apropiadas para ellas y ellos.

El segundo aprendizaje es que las políticas públicas, dependiendo del formulador, entidad participante y actores, preferirá uno u otro enfoque, y ese enfoque determinará la ruta de acción-intervención durante el periodo de ejecución de las mismas. Por ejemplo, Mary Luz, funcionaria de UNFPA, reconoció en la entrevista citada en el capítulo II la dificultad en la convocatoria a los hombres para la construcción de la política en 2003, y como esa participación no fue fructífera, la política quedó prácticamente dirigida a las mujeres: ¿qué hubiera pasado de haber una masiva participación de los hombres en este proceso? Quizá se hubiera podido construir una política más inclusiva y se hubiera desmitificado la sexualidad masculina como reproductora, violenta y contagiosa, que son en suma, los escenarios en donde algunas acciones hacia los hombres se dirigen, pero ¿y lo demás?

Otro ejemplo es la invisibilidad de las personas con discapacidad en los documentos, comerciales y guías. Quizá la explicación es que no participaron, pero también denota que para la época, y quizá ahora, la sexualidad y por ende, la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad es un tabú relacionado con su infantilización, con el mito del

sujeto no deseante ni deseado por su discapacidad, con la interdicción a la que someten los familiares a muchas mujeres y jóvenes con discapacidad cognitiva, etc., lo que muestra que hay unos sujetos para quienes la sexualidad es ‘permitida’ bajo una serie de parámetros (responsabilidad, cuidado, prevención, etc.) y para otras simplemente no existe. Por eso, si los actores tienen en cuenta la diversidad humana, y las condiciones particulares de grupos sociales que tienen igual derecho a la sexualidad, la educación y a la reproducción, estos casos se hubieran considerado en las acciones y programas que se desprendieron de la política.

De otro lado, un enfoque determinado fortalecerá un modo particular de entender el mundo, o la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, ya que hay una gran diferencia entre afirmar que la sexualidad se vive por episodios (los seis casos de la PNSSR 2003), a decir que se vive plenamente teniendo en cuenta aspectos de riesgo como las ITS o incluso el embarazo, ya no adolescente, sino no planeado, no deseado. Los episodios fragmentan no sólo la comprensión global y compleja de la sexualidad sino que la limitan a esos momentos, dejando por fuera otro tipo de situaciones. Por ejemplo, una mujer quede en embarazo que a los 53 años, o la sexualidad de las personas de la tercera edad, la formación en educación sexual en personas menores de 14 años desde una perspectiva no prevencionista-intervencionista y más informativa-constructiva.

El tercer aprendizaje está relacionado con la sexualidad de los hombres – uno de los hallazgos más interesantes debido a que la aparición de la categoría “hombre” relacionada con la sexualidad fue inesperada, y más cuando se evidenció bajo qué condiciones. Pensar una sexualidad que incluya a todos los sujetos con todas sus diversidades podría ser el ideal, pero hasta el momento lo que hay es que la sexualidad, si bien no se divide entre mujeres y hombres a nivel conceptual, en la práctica sí muestra una reducida y esquemática representación en los documentos e incluso en las guías de sexualidad que corresponde con el rol del hombre reproductor (hij@s, relaciones sexuales) y productor (economía, relaciones afectivas). Romper estos esquemas implica pensar de modos distintos la política pública desde su concepción hasta su socialización y ejecución. Hay una relación estructural en la

que la sexualidad de los hombres se ha naturalizado, no se discute y por ende, no se proponen caminos para su abordaje y desarrollo.

El cuarto aprendizaje está relacionado con el embarazo adolescente. Inicié este trabajo con el propósito de comprender por qué el embarazo adolescente se había convertido en un asunto de política pública y cuáles eran los escenarios desde los cuales se estaba interviniendo el problema. Fue así como encontré que la construcción social del embarazo adolescente se volvió visible cuando el sujeto joven emergió en las estadísticas e investigaciones sociales como categoría analítica y posteriormente se consideró un sujeto de derechos, participando en ejercicios de construcción colectiva de políticas y su posterior validación. Sin embargo, el embarazo en adolescentes llama la atención debido a que en la década de los noventa y en lo que va del 2000, los índices han ido en aumento pese a las campañas y demás acciones – ¿Por qué sucedió esto? Quise buscar la respuesta en las políticas públicas y encontré que parte del problema está en el enfoque por episodio/evento, prevención y presentación de la sexualidad y de su disfrute como un desencadenante directo del embarazo; y de otro lado, el reconocimiento de las realidades y contextos en los que muchas jóvenes viven y quienes, como señaló en su entrevista la funcionaria de la Secretaría Distrital de Salud (2013), muchas chicas creen que resolverán sus problemas al embarazarse. Sin embargo, esto no es todo. Encontré que persisten modelos de intervención dirigidos en exclusiva a los cuerpos y las decisiones de las mujeres donde se les dice que la postergación en el inicio de las relaciones sexuales beneficiará su proyecto de vida, permitiéndoles realizarse profesional, laboral y académicamente, lo que va en contravía de los mitos y saberes de las y los jóvenes y no necesariamente garantiza la realización laboral y profesional. Vincular los saberes de los adolescentes y la información verídica de las instituciones es uno de los caminos para lograr la construcción colectiva de distintos saberes frente a la sexualidad. Es decir, si una chica considera que debe saltar tres veces hacia atrás para no quedar embarazada luego de una relación sexual sin condón, se podría partir de esa experiencia personal.

De otro lado, se les habla de un modo de ejercer su derecho a la sexualidad, que sea responsable, con sentido, con autonomía, que el embarazo es una consecuencia directa de una relación sexual, etc., pero que en lo analizado, no se incluye información más amplia

sobre, por ejemplo, métodos de planificación familiar que es diferente al uso del condón, salud sexual y reproductiva de manera diferencial o diversidad sexual.

En ese sentido, las nuevas políticas que se formulen en esta materia deben revisarse no sólo a la luz de las representaciones sobre la sexualidad adolescente, sino que deben servir de escenario para plantear otros mecanismos de abordaje y desarrollo que permitan conseguir, por ejemplo, la disminución de la tasa de fecundidad en mujeres menores de 19 años. Esto se puede dar, dejando de pensar el sujeto adolescente como un sujeto fraccionado – sexualidad por un lado, condiciones socioculturales y económicas por otro – sino abordarlos en su totalidad y complejidad, para que la ejecución de la política sea más efectiva y fortalezca aquellos escenarios que presentan mayor debilidad, como podría ser, la comprensión de la sexualidad y del derecho al goce de la sexualidad más allá de las barreras de ‘embarazo, ITS, violencias, papiloma humano, maternidad y planificación familiar’. Educar en sexualidad implicaría también ampliar la perspectiva, desfragmentarla, enseñarla en positivo mostrando distintas posibilidades de asumirla, enseñar los riesgos no de las ‘malas decisiones’, sino de las decisiones que se tomen o no.

BIBLIOGRAFÍA

- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. 1997. Ley de juventud 375. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85935_archivo_pdf.pdf (06/20/2014).
- ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. (s.f.). Política distrital: Sexualidad sin indiferencia.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. 2012. *Propuesta de lineamiento de la política distrital de sexualidad de Bogotá 2012 – 2022*. Disponible en <https://www.saludcapital.gov.co/Polticas%20en%20Formulacin/POLITICA%20DISTRITAL%20DE%20SEXUALIDAD.pdf> (22/06/2014).
- Alcaldía Mayor de Bogotá. 2001. *Balances y Perspectivas Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de las Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas -LGBT- y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital*. Disponible en http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_politicas_publicas/politica_publica_lgbt_balances_y_perspectivas.pdf (21/07/2015).
- ARIZA, Marina, OLIVEIRA de, Orlandina. 2008. *Acerca de las familias y los hogares: estructura y dinámica. Familia, trabajo y género*. (Coomp.) WAINERMAN, Catalina. *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Unicef. Argentina. Fondo de Cultura Económica. Pp. 19-54.
- BOTERO, Helena, María, ESPINOZA, Suarez, Camilo. 2010. *Bogotá y la descentralización intraterritorial: crónica de una historia inconclusa*. Documento digital recuperado de <http://www.urosario.edu.co/cpg-ri/Investigacion-CEPI/documentos/papers/37-Botero-Suarez-Final.pdf> (17/11/2013).
- CASTRO, Edgardo. 2007. *Biopolítica y Gubernamentalidad*. Temas & Matizes - N° 11 - Primer Semestre: 8-18.
- CHAVES, Susana, GUERRERO, Rosina, ESPINOZA, Janeth, AYZANO, Gabriela. 2007. *Concepciones y percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia*. Lima.

- CONNELL, R.W. 1997. *La organización social de la masculinidad*. (Eds.) VALDÉS, Teresa, OLAVARRÍA, José. Masculinidades poder y crisis. Santiago de Chile. Ediciones de las Mujeres No. 24: 31-48. Disponible en: http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material_masculinidades_0312.pdf (03/04/2015).
- CONSEJO NACIONAL EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. 2006. Acuerdo 350. Por medio del cual se incluye en el Plan Obligatorio de salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la atención para la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22644> (02/25/2014).
- Constitución Política de Colombia. 1991.
- CORTE CONSTITUCIONAL. 2012. Sentencia 383. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/C-383-12.htm> (05/15/2015).
- CORTE CONSTITUCIONAL. 2003. Sentencia C-271. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/c-271-03.htm> (05/15/2015).
- CORTE CONSTITUCIONAL. 2006. Sentencia C-355. Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm> (05/15/2015).
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN-DNP. 2012. Conpes 147. Disponible en: http://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3496_documento.pdf (20/09/2013).
- ESTUPIÑAN, Serrano, Mary, Luz. 2008. *La pedagogía del gobierno. Revisión a los programas educativos en sexualidades y ciudadanías en Colombia: 1990-2008*. SOCIEDAD HOY 14: 81-96. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90215158007> (05/12/2015).
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. UNFPA. 1994. *Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf (10/01/2014).
- FOUCAULT, Michael. 1991. *Historia de la sexualidad*. P. 34.

- FOUCAULT, Michael. 2001. *Defender la sociedad*. Disponible en: <https://primeraparadoja.files.wordpress.com/2011/03/1976-defender-la-sociedad.pdf> (20/02/2013).
- FUENTES, Vásquez, Lya, Yaneth, PEÑA, Frade, Nayibe. 2009. Las mujeres han gobernado en Bogotá: ciudad, agendas y asuntos de género. Revista Análisis Político. Editorial Unibiblos. v.66 fasc. N/A pp. 28 – 58. Bogotá.
- GUTIERREZ, Gómez, Ana Nury. 2008. *Derechos Humanos y género: una mirada histórica. Investigando la equidad de género en la escuela*. (Comp.) PIEDRAHITA, Echandía, Luz Claudia y ACUÑA, Beltrán, Luisa Fernanda. IDEP. Bogotá. Pp. 261-285.
- HALL, Stuart. 2010. *Sin garantías. Trayectorias y problemáticas de los estudios culturales*. Editores: RESTREPO, Eduardo, WALSH, Catherine y VICH, Víctor. Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador. Popayán Enviñón Editores. Pp. 419-446.
- HARAWAY, J. Donna. 1995. *Ciencia, ciborgs y mujeres la reivindicación de la naturaleza humana*. Feminismos. Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia. Madrid. Instituto de la Mujer.
- HUGUETH, Olarte, Cenia Rosa. 1995. “Situación social y política de la mujer en el marco de las políticas públicas y la legislación en Colombia, 1985-1995”. Trabajo de grado. Maestría en estudios políticos. Universidad Javeriana. Bogotá.
- JÄGER, Siegfried. 2003. *Discurso y conocimiento: aspectos teóricos y metodológicos de la crítica del discurso y del análisis de dispositivo*. Métodos de análisis crítico del discurso. Barcelona. Editorial Gedisa. Pp. 61-100.
- Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Disponible en <http://www.sdmujer.gov.co/images/pdf/ley1257.pdf> (26/03/2014).

- Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el código de infancia y adolescencia. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106> (01/04/2015).
- Ley 1146 de 2007. Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. Disponible en http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-146167_archivo_pdf.unknown (01/04/2015).
- Ley 115 de 1994. Por la cual se expide la ley general de educación. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=292> (01/04/2015).
- Ley 294 de 1996. Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5387> (01/04/2015).
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS-UNFPA. 2008. *Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. La dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas y jóvenes. Guía No. 1.* Disponible en: <http://www.unfpa.org.co/?portfolio=educacion-para-la-sexualidad-modulo-1> (20/08/2013).
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS-UNFPA. 2008a. *Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. El proyecto pedagógico y sus hilos conductores. Guía 2.* Disponible en: <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/article-172208.html> (20/08/2013).
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. 2006. Decreto 4444. Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22421> (05/12/2015).
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. 2010. Decreto 2968. Por el cual se crea la Comisión Nacional intersectorial para la Promoción y Garantía de los

- Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_2968_2010.htm (28/06/2015).
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS-UNFPA. 2003. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá. disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf> (28/06/2015).
 - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. 2006. Resolución 4905. Por medio de la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la interrupción voluntaria de embarazo-IVE-, se adiciona la Resolución 1896 de 2001 y se dictan otras disposiciones. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%204905%20de%202006.PDF> (28/06/2015).
 - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, OIM, UNFPA, Profamilia. 2014. *Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos*. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf> (20/09/2014).
 - MINISTERIO DE SALUD. 2007. Decreto 3039. Por el cual se adopta el plan de salud pública. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf> (19/010/2014).
 - MOYA, Isabel. 2010. *El sexo de los ángeles, una mirada de género a los medios de comunicación*. Página 45. Ciudad de La Habana, Cuba.
 - MULLER, Pierre. 2002. *Las políticas públicas*. Universidad Externado de Colombia. Bogotá.
 - OLAVARRÍA, Mauricio, Gambi. 2007. *Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas*. Documentos de trabajo N° 11: 4-90.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-PAHO. 2014. http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2193%3Areunion-nacional-de-salud-sexual-y-reproductiva&Itemid=551 (11/02/2014).
- PAIIS, PROFAMILIA, ASDOWUN COLOMBIA, FUNDAMENTAL COLOMBIA, BRÚJULA COMUNICACIONES, UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. 2014. *Capacidad jurídica, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad intelectual y con discapacidad psicosocial en Colombia*. Bogotá.
- PEREA, Acevedo, Adrián, José. 2009. *Estética de la existencia. Las prácticas de sí como ejercicio de libertad, poder y resistencia en Michel Foucault*. Bogotá.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. 2002. Decreto 2309. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6829> (12/03/2015)
- PROFAMILIA, EL ESPECTADOR. 2007. *Sexo por primera vez*. Disponible en: <http://www.profamilia.com/images/stories/afiches/cartillas/cartillas/01.pdf> (05/11/2013).
- PROFAMILIA. 2004. *Preguntas y respuestas sobre sexualidad*. Disponible en: <http://www.profamilia.com/images/stories/afiches/cartillas/cartillas/10.pdf> (05/11/2013)
- PROFAMILIA. 2010. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo 7*. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=70 (12/11/2014).
- PROFAMILIA. 2010a. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Capítulo 4*. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=49 (14/11/2014).
- ROTH, Deubel, André- Noël. 2013. *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá. Ediciones Aurora. Disponible en: https://adep2011.files.wordpress.com/2011/09/roth_andre-politicas-publicas1.pdf (10/10/2013).

- VAN DIJK, A. Teun. 1999. *El análisis crítico del discurso*. Anthropos, 186: 23-36.
- VELÁSQUEZ, Gavilanes, Raúl. 2009. *Hacia una nueva definición del concepto de política pública*. Desafíos, 20: 149-187. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/desafios/article/view/433/377> (12/10/2014).
- VIVEROS, Vigoya, Mara. 2006. *Políticas de sexualidad juvenil y diferencias étnicas étnico-raciales en Colombia: reflexiones a par partir de un estudio de caso*. Revista Estudios Feministas, vol. 14, núm. 1: 149-168. Brasil. Universidad e Federal de Santa Catarina. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38114109> (07/11/2014).
- WODAK, Ruth, MEYER, C., Michael. 2003. *Métodos de análisis crítico del discurso*. Ed. Gedissa.

Videos:

- Comercial referencia: “La citología de Paula” <http://www.youtube.com/watch?v=TLCCAeV8Aqk> (15/05/2015).
- Comercial referencia: “Sin preservativo ni pío”. <http://www.youtube.com/watch?v=sL-56pekjq0> (26/10/2014).
- Comercial referencia: “Por el derecho a una sexualidad con sentido, Valeri”. <http://www.youtube.com/watch?v=95dBW0Ya3Pk> (26/10/2014)
- Comercial referencia “Procuraduría” <https://www.youtube.com/watch?v=txLSmEFSIiw> 26 /10/2014).
- Programa Especiales Pirry: 100 jóvenes hablan sobre sexo. Junio de 2011. <https://www.youtube.com/watch?v=Sw2kb07u-Zw> (22/01/2015).
- Comercial referencia “preservativo con Charlie”. <https://www.youtube.com/watch?v=F4JW1G2grbU> (30/08/2014).
- Comercial referencia “Sin amor ni pio”. <https://www.youtube.com/watch?v=cchKA4TicnU> (30/08/2014).
- Comerciales referencia “por el derecho a una sexualidad con sentido”. Seis comerciales. <https://www.youtube.com/playlist?list=PL5098C0F7C0B70BD5> (30/08/2014).
- Por el derecho a una sexualidad con sentido - Katherin Montilla <https://www.youtube.com/watch?v=pHhu4cmsmBI&list=PL5098C0F7C0B70BD5&index=2> (30/08/2014).
- Por el derecho a una sexualidad con sentido – José Narvárez <https://www.youtube.com/watch?v=6lrXhLkwiDc&list=PL5098C0F7C0B70BD5&index=3> (30/08/2014).

- Por el derecho a una sexualidad con sentido – Christina Hurtado <https://www.youtube.com/watch?v=4AOXJdfexs&index=4&list=PL5098C0F7C0B70BD5> (30/08/2014).
- Por el derecho a una sexualidad con sentido – Andrés López <https://www.youtube.com/watch?v=gqPwB2qqWL0&list=PL5098C0F7C0B70BD5&index=5> (30/08/2014).
- Por el derecho a una sexualidad con sentido – Adriana Lucía <https://www.youtube.com/watch?v=xS7dcIp4eG4&list=PL5098C0F7C0B70BD5&index=6> (30/08/2014).

Entrevistas:

- Entrevista: Mary Luz Mejía Gómez. (Marzo, 2013). Enfermera, Magíster en Salud Pública, Magíster en Epidemiología, formación en Salud Sexual y Reproductiva, demografía y Evaluación, Docente, Funcionaria del Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA. Bogotá.
- Entrevista: Lucy Watemberg (Marzo, 2013). Directora del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA. Bogotá.
- Entrevista: Nancy Johanna de Asas (Marzo, 2013). Enfermera, Epidemióloga, Magíster en Gerencia y Administración en Salud, Funcionaria Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Bogotá.
- Entrevista: Adriana Sánchez Delgado (Marzo, 2013). Referente de la política distrital de sexualidad. Funcionaria Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Entrevista: Camila Esguerra Muelle (Mayo, 2013). Antropóloga, Magíster en Género, etnicidad y diversidad, docente universitaria, investigadora y consultora de políticas públicas. Ha contribuido con la formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas de Bogotá y de Valle del Cauca y con la política de mujer y equidad de género de Bogotá.

ANEXO 1
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.
ENTREGA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO

FACULTAD: CIENCIAS SOCIALES
 PROGRAMA: MAESTRIA EN ESTUDIOS CULTURALES
 FECHA DE ENTREGA: 13/10/2015

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	TITULO DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO	NOMBRE DEL DIRECTOR	AÑO	Documentos adjuntos (Marque con X)		
					Anexo 2	Anexo 3	Carta de confidencialidad
MURILLO MORENO	ANA MILENA	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).	MARTA CABRERA	2015	X	X	X

DILIGENCIADO POR (Nombres y Apellidos): ANA MILENA MURILLO MORENO
 CARGO: ESTUDIANTE
 FIRMA: 