

**PROMOCIÓN DEL USO ADECUADO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL, EMBARAZO EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE LA RED SOCIAL
DE APOYO DEL MUNICIPIO DE GUADALAJARA DE BUGA**

**YASMIN VIVIANA GAMBOA AREVALO
MARY TORCOROMA CARRASCAL
CATERIN NATALIA VELASQUEZ LOPEZ**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 3**

**PROMOCIÓN DEL USO ADECUADO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN
SEXUAL, EMBARAZO EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE LA RED SOCIAL
DE APOYO DEL MUNICIPIO DE GUADALAJARA DE BUGA**

**YASMIN VIVIANA GAMBOA AREVALO
MARY TORCOROMA CARRASCAL
CATERIN NATALIA VELASQUEZ LOPEZ**

Trabajo de grado
Presentando como requisito
Para optar al título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia

Asesor:

MANUEL J. RODRIGUEZ MERCADO

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 3**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
1. NOMBRE DEL PROYECTO	5
2. DESCRIPCION DEL PROYECTO	6
3. MARCO TEÓRICO	7
4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	57
5. JUSTIFICACIÓN	58
6. OBJETIVOS	59
6.1 OBJETIVO GENERAL	59
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	59
7. METODOLOGÍA	60
8. RESULTADOS	61
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64

INTRODUCCIÓN

El municipio de Guadalajara de Buga ha implementado el programa de Redes constructoras de Paz que busca promover los derechos sexuales y reproductivos en toda la población y de manera especial en los jóvenes, dentro de los cuales se incluyen la promoción de los métodos de planificación Familiar y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

En el presente trabajo se podrán observar diferentes estrategias que permitieron la reactivación de la Red social de apoyo en salud sexual y reproductiva del municipio de Buga, que venía inactiva, para lo cual se desarrollaron diferentes actividades, que permitieron el cumplimiento de la función que desempeña este grupo dentro de la comunidad Bugueña

La Red permitió que sus integrantes enriquecieran la información que poseían frente a los métodos anticonceptivos y las consecuencias de su mal uso como lo son los embarazos no deseados, así como información de I.T.S y la capacidad de dimensionar el grave riesgo que hay en la actualidad de contraerlas y sus secuelas a nivel fisiológico y mental, además de desarrollar actividades de proyección a la comunidad que permitieron extender la información y provocar un verdadero impacto.

1. NOMBRE DEL PROYECTO

PROMOCIÓN DEL USO ADECUADO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, EMBARAZO EN ADOLESCENTES A TRAVÉS DE LA RED SOCIAL DE APOYO DEL MUNICIPIO DE GUADALAJARA DE BUGA

2. DESCRIPCION DEL PROYECTO

Las Redes Sociales de apoyo son un programa del municipio de Guadalajara de Buga que busca promover los derechos sexuales y reproductivos, dentro de estos se incluye el uso adecuado de los métodos de planificación familiar, así como la prevención de las infecciones de Transmisión sexual, principalmente en los jóvenes; para impactar de forma positiva en este grupo se pretenden definir estrategias metodológicas que permitan la activación, funcionamiento y efectividad de esta Red en el municipio de Buga, de tal manera que beneficie a sus integrantes y a la comunidad en general.

3. MARCO TEÓRICO

RED SOCIAL DE APOYO

Algunos significados y condiciones del embarazo adolescente

Los embarazos en la adolescencia tienen la propiedad especial de hacer visible múltiples situaciones y condiciones sociales y personales, casi siempre conflictivas, que por lo general desembocan en una serie de reacciones y decisiones por parte de las familias, las parejas, las personas y las instituciones. Son diversos los significados explicativos de este hecho. Entre otros, un embarazo adolescente puede estar expresando, para muchas personas, una oportunidad casi irrepetible de demostrar que se es fértil, así como para otras personas se convierte en la oportunidad de declarar que se está dispuesto a constituir una pareja, una familia, un proyecto de vida conjunto.

También para algunos significa la posibilidad de construir o reestructurar elementos de su propia identidad alrededor del ejercicio de la maternidad o la paternidad, así ésta no haya sido planeado. En menores ocasiones, los embarazos en estas edades se asimilan como la posibilidad de emprender cambios profundos en la vida personal y familiar que deriven en una nueva forma, más responsable, de concebir y experimentar el ejercicio sexual y de asumir el cuerpo. Para muchos hombres se puede convertir en la posibilidad de demostrar socialmente un aspecto importante de su hombría, el referido al desempeño de un rol proveedor y protector de otros, como para algunas mujeres lo puede ser demostrar un elemento sustancial de su feminidad, los relacionados con el cuidado de los hijos, la capacidad reproductiva misma o el ejercicio de la jefatura de un hogar.

Sin embargo, estas variadas experiencias están por fuera de ciertas condiciones sociales y subjetivas, problemáticas y críticas. De hecho, no pocas veces se le entiende o se le acepta como un hecho frustrante, que coloca bajo una tensión mayúscula la estabilidad emocional y económica de la adolescente y su familia y en riesgo máximo su propio estado de salud. En estas circunstancias, el embarazo puede emerger como un evento que dibuja en el horizonte vital un porvenir incierto para su futuro hijo tanto como para la madre y el padre.

Las anteriores son algunas de las posibles posiciones con las que puede ser asimilada dicha situación. Y ellas, por lo general, dependen en lo fundamental de los factores socioeconómicos que rodean a las personas, las valoraciones éticas que se hayan construido, la capacidad de resistencia y la capacidad de acompañamiento social, familiar e institucional, entre otros aspectos.

No resulta fácil predecir o indicar cuál de los caminos que la sociedad ofrece es el más adecuado para los jóvenes en general, pues las resoluciones dependen de

circunstancias y condiciones específicas y concretas de los individuos y sus familias. Esferas relacionadas con la identidad de género, valoraciones éticas, creencias de fe y religiosas, experiencias vitales anteriores, filiaciones ideológicas, conocimientos de los derechos y capacidad de comunicación, perfilan en buena medida las decisiones reproductivas de los individuos y las parejas.

Más en principio, se puede decir que en Colombia y en la mayoría de los países de América Latina, las altas tasas de fecundidad en adolescentes se suelen asociar a variables relacionadas con la educación, la pobreza y el acceso a otros servicios sociales básicos.

Aspectos como la carencia de una vivienda digna, una dieta nutricional adecuada, restricciones en la oferta de educación básica, media, vocacional y profesional, inasistencia educativa y deserción escolar, falta de un sistema de protección social generador de condiciones de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva diseñados para adolescentes, salud y trabajo digno para jóvenes y personas adultas de las familias, escasez de espacios para el esparcimiento, la cultura, la recreación y el deporte para la población menor de 18 años, entre otros, son factores generadores de comportamientos de riesgo que desembocan en muchas ocasiones en embarazos tempranos de niñas y adolescentes, los cuales traen enormes consecuencias para el desarrollo del país pues afectan de manera significativa las condiciones de vida, no sólo materiales, de toda la población. Entre las múltiples consecuencias de este fenómeno destacamos los siguientes:

- Detrimento de las condiciones de calidad de vida de los adolescentes y sus familias: precariedad en la dieta diaria, violencia intrafamiliar y otras expresiones de la violencia, abuso y explotación sexual, depresión, sentimientos de insatisfacción constante, falta de seguridad y confianza en sí misma, vulneración de los derechos fundamentales a la vida, la igualdad y la equidad.
- Gestaciones no planeadas, embarazos e hijos indeseados, nacimientos no deseados que pueden acarrear consecuencias negativas en el desarrollo psicológico, emocional y afectivo de las mujeres y los niños y niñas.
- Toda la variedad de infecciones de transmisión sexual.
- Relaciones de parejas inestables y frágiles, de difícil manejo y corta duración, y que generalmente ocasionan desencuentros y rupturas familiares acompañadas de expresiones diversas de violencia intrafamiliar y doméstica.
- Expulsión de niñas y adolescentes de la escuela a causa de los embarazos tempranos, que si bien está prohibida por ley, sucede en muchas zonas del país; deserción escolar de los adolescentes, que con frecuencia se ven

obligados a vincularse al mercado laboral para generar recursos económicos como provisión material al asumir la paternidad.

- Ingreso temprano de niñas, niños y adolescentes a cadenas productivas donde el subempleo, el comercio sexual, los procesos económicos ilegales (narcotráfico, contrabando, prostitución, grupos armados, etc.) y las malas condiciones de seguridad social son el común denominador.
- Proyectos de vida en ocasiones truncados, especialmente en las mujeres, quienes suelen ser las que se hacen cargo de los hijos.
- Incremento y reproducción de los ciclos intergeneracionales de pobreza, pues las familias en condiciones de marginalidad acogen los hijos de niñas y adolescentes que asumieron una maternidad temprana, sin contar con los recursos necesarios para garantizar una vida digna.
- Desigualdades de género que tienden a feminizar diversos problemas, como la pobreza, el VIH/SIDA, la violencia doméstica y sexual, y en general la salud sexual y la salud reproductiva.
- Mayores gastos en los servicios de salud en razón de los riesgos que ocasionan los embarazos prematuros de las adolescentes y jóvenes¹.

Este conjunto de factores se manifiesta de manera particular en las distintas regiones del país, generando procesos diferentes de legitimación y naturalización del embarazo adolescente, apoyados en la tradición cultural y los sistemas valorativos propios de cada región. Sin embargo, frente a esta complejidad, cabe mencionar que los programas de salud sexual y reproductiva impulsados hasta ahora en el país, salvo contadas excepciones, han girado en torno a aspectos biológicos de la fecundidad, a partir de una intervención tradicionalmente sectorial que desconoce o da poca importancia al desarrollo de habilidades psicosociales, a la formación ética y a los imaginarios y significados construidos por los jóvenes,

¹Agenda Social Latinoamericana, CEPAL: “Las madres adolescentes tendrán más hijos que las que comienzan a tener familia más tarde; en muy pocos casos los padres de sus hijos asumirán o compartirán el rol de jefe de familia o proporcionarán apoyo financiero o de otra índole (FNUAP, 1999a, p. 28). En muchos casos, la situación es aún más trágica, pues el embarazo precoz se ha convertido en una de las principales causas de muerte. Efectivamente, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es 50 veces mayor para las adolescentes iberoamericanas que, por ejemplo, para una estadounidense. El alumbramiento es mucho más peligroso para las menores de 18 años que para las mujeres adultas plenamente desarrolladas, y también es más peligroso para sus hijos, quienes afrontan mayores probabilidades de enfermarse o morir cuando tienen muy corta edad. Las niñas de entre 10 y 14 años de edad tienen probabilidades de perder la vida a raíz del embarazo y el parto cinco veces mayores que las mujeres de 20 a 24 años. El acceso a los servicios obstétricos puede ayudar, pero la combinación de cuerpos inmaduros, pobreza, falta de educación y carencia de acceso a servicios médicos son factores que incrementan gravemente los riesgos. Cuando la madre muere durante el embarazo o el parto, la salud física y psicológica del hijo se ve seriamente comprometida por períodos prolongados y, muchas veces, durante toda su vida“. (FNUAP, 1999b)

las familias y la comunidad en torno a la sexualidad, como vivencia enmarcada en contextos económicos, sociales y culturales específicos.

Por otra parte, aunque el abordaje integral de esta problemática ha avanzado en algunas regiones del mundo, los diagnósticos realizados señalan una escasa interrelación y un trabajo poco eficiente entre los actores institucionales y comunitarios relevantes para el manejo del tema. Como resultado de esta situación, se han generado procesos de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de minimización de riesgos en los embarazos no deseados en adolescentes, de poca incidencia, desarticulados en términos institucionales y alejados de la vida cotidiana de los adolescentes.

El Programa para la Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz de la Consejería Presidencial de Programas Especiales (CPPE) plantea a continuación una propuesta conceptual y metodológica que pretende superar las dificultades arriba mencionadas, a partir de la aplicación de alianzas estratégicas entre los diferentes actores departamentales y locales de gobierno y sociedad civil para la formulación y ejecución de Planes de Intervención para la protección social de los derechos, basado en el enfoque del *manejo social del riesgo*. Este enfoque articula los esfuerzos del gobierno, la sociedad civil y la empresa privada para el desarrollo de capacidades institucionales y sociales que permitan cumplir con sus obligaciones, no sólo para proteger los derechos sino para posibilitar su pleno ejercicio por parte de niñas, niños y adolescentes.

Adicionalmente, este Programa quiere sustentar su metodología en la aplicación de una perspectiva de género con la cual se busca, fundamentalmente, posibilitar condiciones de igualdad de oportunidades en la participación de mujeres y hombres en las acciones que se deriven de su aplicación.

En resumen, esta es una propuesta orientada a la formulación municipal de planes para la intervención de los riesgos generadores de las altas tasas de fecundidad en niñas y adolescentes, planes cuya concepción se sustentan en un enfoque de derechos, manejo social de riesgos y perspectiva de género.

Antes de exponer la propuesta, revisemos siete indicadores especialmente reveladores de la situación de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Colombia y un cuadro que nos muestra la situación por departamentos.

Indicadores de salud sexual y reproductiva en los jóvenes

1. Edad a la primera relación sexual.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, realizada por Profamilia en el año 2000 (ENDS 2000), indica un aumento en la proporción de mujeres que inician su actividad sexual o coital durante la adolescencia: el 59% de las mujeres menores

de 20 años ya han tenido su primera relación sexual, mientras que la ENDS de 1995 reportó el 53.3%.

2. Edad a la primera unión.

La ENDS 2000 señala que el 38.7% de las mujeres menores de 20 años ya han establecido una primera relación conyugal.

3. Edad al primer nacimiento.

La ENDS 2000 señala que el 16.5% de las mujeres menores de 20 años ya han sido madres. En el grupo de mujeres de 18 años el porcentaje es del 17.4%.

4. Tasa de Fecundidad.

Para la tasa de fecundidad en el grupo de adolescentes (15–19 años), la ENDS 2000 indica un incremento notable, en particular en la zona rural. El 19% de las mujeres menores de 20 años ya eran madres o estaban embarazadas en el momento de la encuesta. Por su parte, la Escuela de Género de la Universidad Nacional de Colombia² muestra que la tasa de fecundidad en las mujeres desplazadas es casi el doble de la tasa nacional (5.8 contra 2.6); que la proporción de mujeres embarazadas desplazadas se acerca también al doble de la nacional (8% contra 4.4%); y que el 30% de las adolescentes desplazadas entre 13 y 19 años han estado embarazadas por lo menos una vez, porcentaje mucho mayor al encontrado en las adolescentes no desplazadas (19% en zona urbana y 26% en zona rural). El porcentaje de embarazos no deseados entre las mujeres desplazadas es 55%.

5. Conocimiento de métodos de planificación.

Según la ENDS 2000 todas las mujeres encuestadas reportaron conocer al menos un método de planificación familiar. Los métodos modernos más conocidos son la píldora, la esterilización femenina, la inyección y el DIU; los tradicionales son retiro y ritmo. Sin embargo, el conocimiento de los métodos anticonceptivos no indica que los usen y menos que los usen bien, además desde la primera relación sexual.

6. ETS- VIH/SIDA.

Desde 1983 y hasta septiembre de 2003, Colombia registra un total de 40.072

² Sarmiento J. *El movimiento social de mujeres: retos y alternativas frente a la situación del conflicto, el desplazamiento en Colombia y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos*. Universidad Nacional/ FNUAP.

casos de infección VIH/SIDA³. De éstos, 23.345 corresponden a personas asintomáticas viviendo con VIH/SIDA, 9.096 a personas viviendo con el SIDA y 7.012 a muertes causadas por SIDA. El comportamiento de la enfermedad en el país se ha caracterizado por un progresivo aumento de la transmisión heterosexual, la participación cada vez mayor de la mujer y la concentración en los grupos de población más joven (el 75 % de los casos se presenta entre los 15 y 44 años de edad). Adicionalmente, el SIDA ocupó en el año 1998 el puesto 29 dentro de las causas de muerte general de la población colombiana, después de haber ocupado el puesto 97 en el año 1991. No obstante, el alto subregistro no permite valorar las verdaderas dimensiones de la epidemia.

7. Mortalidad materna.

En 1998 las cifras de mortalidad materna se calcularon en 101.9 por cada 100.000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte materna son: toxemia (35%), complicaciones del trabajo de parto y posparto (25%), aborto en condiciones inadecuadas (16%), otras complicaciones del embarazo (9%), complicaciones del puerperio (8%) y hemorragias.

La propuesta del programa de promoción de derechos y redes constructoras de paz

La propuesta del Programa formulado por la Consejería Presidencial de Programas Especiales (CPPE) incluye una aproximación actual a los enfoques de derechos y de género como marcos del desarrollo humano y los conceptos de sexualidad y salud sexual y reproductiva. Contiene también una reflexión sobre el manejo social del riesgo, la prevención de embarazos en niñas y adolescentes y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, los principios orientadores, objetivos generales y específicos, componentes y sus respectivas estrategias y una ruta metodológica para la aplicación del Programa en los municipios.

Planeación con enfoque de derechos de niñas, niños y adolescentes

Los derechos humanos se definen como un conjunto de garantías legales universales que protegen a los individuos y a los grupos sociales frente a acciones u omisiones por parte de los estados, gobiernos, grupos o personas, que puedan llegar a afectar sus libertades y su dignidad humana. Los Derechos Humanos se basan en el respeto a la dignidad, es decir, al valor intrínseco de cada persona individualmente considerada, así como la de un grupo o de la sociedad en su conjunto. Estos valores incluyen la calidad de vida a la cual todos tienen derecho,

³ Información procedente del Instituto Nacional de Salud (INS) y del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

independientemente de su edad, género, raza, religión o fe, nacionalidad o cualquier otro aspecto.

Los documentos base que conforman la Carta Internacional de Derechos Humanos son: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Estos documentos se complementan con una serie de Convenciones y Declaraciones sobre asuntos específicos, tales como la discriminación racial, la discriminación contra la mujer y los derechos de la niñez (CDN). La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Niñez abarca los derechos específicos de las personas menores de 18 años, que constituyen la población sujeto del presente Programa, por ello es indispensable relacionarnos con este instrumento del desarrollo no sólo para proteger nuestros niños, niñas y adolescentes, sino también para proteger nuestra sociedad en general.

La Convención de los Derechos de la Infancia es una de las herramientas más revolucionarias de nuestro tiempo. Gracias a ella nuestras sociedades tienen que revisar cómo están organizadas para asegurar los derechos de la infancia. Aunque han transcurrido 15 años desde que fue aprobada, la Convención sigue abriéndose camino en la mente de los hombres y las mujeres de nuestro planeta. Si bien es un reto constante abrir esas mentes hacia la riqueza conceptual y filosófica de este instrumento, lo es más aún cuando se trata de los niños y las niñas en plena formación”.

El desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes tiene que ver con su crecimiento armónico en distintos aspectos: físico o biológico, psicológico, mental o cognitivo, afectivo, espiritual y social. Los derechos de la niñez buscan garantizar el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes. Éstos se han organizado por grupos de acuerdo con el aspecto del desarrollo que cobijan:

Salud y supervivencia: contiene aquellas garantías centradas en la preservación de la vida y un estado general de salud, nutrición y bienestar de las niñas, niños y adolescentes.

Protección: contiene aquellas garantías que niñas, niños y adolescentes deben tener, tanto en su familia como por parte del Estado, para ser atendidos en todas las situaciones que representen riesgo para su integridad física y emocional, tales como el maltrato, el abandono, la explotación laboral y el abuso sexual entre otras.

Desarrollo: contiene aquellas garantías que facilitan el desarrollo de las potencialidades de niñas, niños y adolescentes, tales como el afecto, la comunicación, la recreación, la educación desde los primeros años de vida, la formación de valores y el respeto por su cultura.

Participación: considera aquellas garantías que requieren para pensar y expresar libremente sus opiniones y que éstas sean tenidas en cuenta para incidir en la toma de decisiones que forman parte de su desarrollo, el de sus comunidades y la expansión de la cultura democrática.

La responsabilidad de garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de estos derechos reposa en los actores sociales y políticos, que se suelen denominar “*portadores de obligaciones o garantes de los derechos*”. Está, en primer lugar, el Estado, pero incluye a todos los actores de la sociedad, desde las instituciones internacionales hasta los miembros de las familias y las comunidades. Al lado de los “portadores de obligaciones” están los “*titulares de derechos*” que en este caso son los niños, niñas y adolescentes, quienes también deben tener responsabilidades básicas frente a sí mismos, sus actos y frente a sus pares. Progresivamente ellos se van constituyendo en portadores de obligaciones frente a los derechos.

El cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y las metas de desarrollo social son asuntos interdependientes. Para ello resulta conveniente tener en cuenta algunas características propias de los derechos humanos, como los siguientes:

Responsabilidad: Colombia es un Estado que ratificó los instrumentos de los Derechos Humanos, por tanto es responsable ante todos los ciudadanos y la comunidad internacional de respetar, facilitar, proteger y hacer cumplir los derechos al reconocerlos como *sujetos de derechos* y no como objetos de asistencia pública o de caridad.

Universalidad: Todos los derechos son aplicables a todas las niñas, niños y adolescentes, todo el tiempo y en todas partes, sin discriminación de ninguna clase. Niños y niñas tienen igualdad de derechos y aunque el bienestar de todos los niños es importante, se debe dar prioridad a los más marginados del desarrollo o a los más vulnerados en sus derechos.

Indivisibilidad: Ningún grupo de derechos es más importante que el otro ya que son interdependientes y se interrelacionan uno con otros, lo cual supone la aplicación de *enfoques integrales*. Sin embargo, se deben establecer prioridades dadas las limitaciones de los recursos.

Participación: Todo individuo tiene derecho a participar y a contribuir en el desarrollo social, político y cultural ya que se reconoce a niñas y niños y adolescentes como *actores sociales*. En este Programa la participación de los actores sociales constituye una meta en sí misma; la información buena, responsable y pertinente en torno de los derechos resulta ser un factor importante para la participación responsable de ellos.

Por otra parte, la *planeación con enfoque de derechos para el desarrollo* se entiende como la aplicación de los principios de los derechos de la niñez y adolescencia en los procesos de planificación, con el fin de fortalecer el ejercicio y garantía de los derechos; ello supone estar dispuesta/o a transformar la cultura que sustenta las propias relaciones con los otros, así como la concepción del desarrollo humano y social, la planeación y la gestión pública. Finalmente, aplicar el enfoque de derechos implica desarrollar e integrar perspectivas conexas tales como el ciclo de vida, la equidad de género y el respeto por la cultura de los pueblos.

Enfoque de derechos y algunos conceptos en sexualidad y salud sexual y reproductiva

Hoy en día, se entiende la salud sexual y reproductiva como un “estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones o procesos”⁴. De acuerdo con la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), el enfoque actual sobre la salud sexual y reproductiva, que fundamenta esta definición, está fuertemente articulado al concepto de equidad de género y a la perspectiva de derechos.

Como se observa, esta declaración plantea implícitamente el desarrollo y bienestar integral de las personas y los grupos y supone la existencia de las condiciones y oportunidades necesarias para que tal desarrollo se materialice y optimice. Buscando la viabilidad y sostenibilidad de dicho propósito, en el plano internacional, gobiernos y organizaciones no gubernamentales han decidido enmarcar las acciones en salud sexual y reproductiva en el contexto de los Derechos Humanos y del desarrollo de la perspectiva de género.

Y ello responde a que actualmente no se concibe que el ser humano pueda plantear relaciones y formas de convivencia pacíficas, autónomas y responsables por fuera del reconocimiento de su dignidad y de hacer explícito que tanto hombres como mujeres tienen el total derecho a acceder al pleno estado de bienestar que se persigue con el planteamiento teórico.

Justamente el Plan de Acción del Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing enfatizan que los derechos de las mujeres son derechos humanos. Al reconocer la titularidad de las mujeres de todos los derechos se acepta, internacionalmente, aspectos de la vida relacionados con la sexualidad y la reproducción, entre otros, que también deben ser incluidos en el ejercicio y reconocimiento mismo de los derechos como parte inherente al desenvolvimiento cotidiano de su vida.

⁴ Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994. Nueva York. Página 12.

Al respecto, algunas concepciones básicas sobre los derechos se amplían en la parte titulada “Cesta de Conceptos”.

La definición de la sexualidad está intrínseca a estas reflexiones. Existen diversos modos de definirla: uno, más constructorista, considera la sexualidad como una constante elaboración experimental de las personas, y otro, más esencialista, define la sexualidad como un aspecto delimitado de la vida humana en términos de funciones biológicas y de paradigmas de comportamiento único y normalizado. Sin embargo, es cada vez un mayor consenso entre los profesionales de la salud y las disciplinas sociales decir que la sexualidad se entiende como un conjunto de condiciones estructurales (genéticas, anatómicas), fisiológicas (funciones), comportamentales (cognoscitivas, emocionales, conductuales) y socioculturales (sentidos, significados, imaginarios sociales, ideologías, aparatos e instituciones y espacios de socialización) que permiten el ejercicio de la función sexual. Siendo la sexualidad, el resultado de cuatro potencialidades, a saber:

El erotismo, en el sentido de experimentar placer físico durante la respuesta sexual y experiencias eróticas al permitirse experimentar todas o algunas zonas corporales u órganos de especial sensibilidad (placer o goce sexual).

La *vinculación afectiva o vínculos afectivos*, la cual señala que todas las personas, sin excepción, plantean formas vinculantes de comunicarse y de vivir, ya sean positivas o negativas.

El *género*, perspectiva que plantea que las sociedades, grupos y personas construyen formas culturales de comprender, experimentar, aceptar (prescribir) y limitar (proscribir) las diferencias biológicas entre los sexos. Esta comprensión permite establecer diferentes roles sociales y culturales (roles de género) para las personas de uno u otro sexo.

Por reproductividad se quiere decir, tanto la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad (Rubio, 1994. Citado por Fernando González). Características:

- Tiene manifestaciones psicológicas y sociales que trascienden el evento biológico de la concepción, el embarazo y el parto.
- En el plano biológico, además de los aspectos micro, tenemos todos los avances en torno a la procreación, tanto preconceptiva como anticonceptiva.
- En lo psicológico, por ejemplo la construcción de las maternidades y paternidades, de las pautas y prácticas de crianza.

- En lo social, significaciones sociales del hecho reproductivo y la concepción y de acuerdo con, por ejemplo, el ciclo vital, dado que hay una gran diferencia entre una adolescente y una mujer madura; la institucionalización de políticas reproductivas; los fenómenos demográficos, todo ello determinado por variables de género, vinculaciones afectivas, erotismo en un perspectiva de derechos humanos, sexuales y reproductivos.

El entender la sexualidad y la reproducción como aspectos que no son solamente fenómenos biológicos implica aceptar la complejidad que para las personas tienen estos dos planos de la vida humana. Cada vez más las investigaciones de corte médico, como las de tipo socioantropológico, indican que tanto la sexualidad como la reproducción responden a la interacción de múltiples factores personales, sociales y culturales, que hacen que las personas manifiesten un determinado tipo de opinión y experiencia frente a la respuesta sexual, los imaginarios y representaciones sobre los hijos y las familias, sobre el erotismo, el género, los roles y las relaciones entre mujeres y hombres, entre otros elementos.

En medio de estas observaciones, se ha identificado con mayor claridad que no necesariamente la sexualidad mantiene una relación siempre causal con el ámbito reproductivo. Es decir, no siempre el ejercicio sexual parte de un deseo reproductivo ni tiene por finalidad alcanzar una meta reproductiva. Esto es muy fácil de comprender en las poblaciones juveniles, cuando los jóvenes afirman que no siempre que tienen un encuentro sexual con alguien lo hacen con el propósito de procrear. Por ejemplo, no para todos los hombres el momento de la relación sexual está planteando en términos de procrear y en muchas ocasiones no hace parte de sus fantasías el tener hijos o hijas.

Sin embargo, también es cierto que por lo general la vivencia de la sexualidad implica algún tipo de reflexión (o decisión) previa, más o menos consciente, respecto de la capacidad reproductiva. Por ejemplo, cuando las parejas antes de sostener relaciones sexuales deciden, de consenso o no, utilizar un método contraceptivo o planean tener una relación sexual en determinado tiempo dependiendo de las probables consecuencias reproductivas que pueden tener tales relaciones.

Por otra parte, esta serie de consideraciones y complejidades que se presentan en la vida real y cotidiana de las personas implica, también, que hombres y mujeres asuman que es mucho más positivo que sus comportamientos cuenten con sólidos procesos de formación integrales, que posibiliten el desarrollo personal, la convivencia armónica y en igualdad, y el ejercicio responsable de los derechos y responsabilidades sociales y personales. La ausencia de estos elementos en la vida de las personas, motivan, generalmente, que sus actos, decisiones y experiencias sexuales y reproductivas causen algún tipo de vulneración de los derechos de otras personas. Por ejemplo, algunas de las expresiones en materia de vulneración de derechos sexuales y reproductivos que surgieron en el taller de

“Recuperación de Experiencias en SSR, desarrollado en siete municipios del Magdalena Medio” en agosto de 2003, así lo confirman⁵:

- Carencia de oportunidades de formación para que los adolescentes asuman de manera sana y responsable su sexualidad.
- Por la cultura existen hogares donde el hombre vive con dos mujeres y a las dos maltrata pues éstas son económicamente dependientes de él.
- Las niñas conviven con hombres adultos obligadas por sus padres como solución a la satisfacción de sus necesidades básicas.
- El acoso sexual por parte de docentes es muy alto, al igual que los embarazos de adolescentes en los que el maestro está comprometido y la sociedad parece no darle importancia al tema.
- Las niñas manifiestan que desean ser trabajadoras sexuales como alternativa de subsistencia. Las adolescentes que compiten por el mismo muchacho se dejan embarazar como estrategia para retenerlo.
- Las niñas con discapacidad (mental y sensorial en la mayoría de los casos, y algunas veces física) son abusadas por adolescentes y hombres adultos.

Estas situaciones evidencian patrones económicos, sociales, culturales y mentales que inciden fuertemente en las percepciones, comportamientos y costumbres de la vida sexual y reproductiva de mujeres y hombres, especialmente de los adolescentes. Comportamientos que se expresan, entre otros aspectos, en la edad de la primera relación sexual, frecuencia de dichas relaciones, número de hijos que se tienen y que se desean, número de parejas que se eligen, métodos anticonceptivos que se emplean, trato y valoración que se da a las mujeres, concepciones sobre la masculinidad, prácticas de autocuidado que se promueven, valoración de la vida misma, sentido de trascendencia, entre otras.

En consecuencia, cualquier intervención que decida emprenderse alrededor de estos temas debe partir de algunas claridades que contribuyan a discernir los siguientes aspectos:

⁵ Consejería Presidencial de Programas Especiales - Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Documento-Memoria del taller “Recuperación de Experiencias en SSR, desarrollado en siete municipios del Magdalena Medio”. Septiembre de 2003.

- Asumir un enfoque diferencial, traducido en identificar el grupo de edad, el género, la etnia y el contexto cultural y sociopolítico territorial.
- Otras problemáticas relacionadas que afectan directa y críticamente a las poblaciones, como el desplazamiento forzado o la pobreza.
- Una propuesta de promoción, prevención y atención integral, innovadora y práctica, dirigida a los actores institucionales y comunitarios de distintos niveles y sectores: instituciones gubernamentales, empresas privadas, organizaciones cívicas, sociales y comunitarias, familias y, por supuesto, los adolescentes y jóvenes.

Entonces, la perspectiva de derechos busca que en la concepción, diseño, aplicación, evaluación y seguimiento de una política o programa se consideren todos estos factores y se integren de tal forma que las condiciones, oportunidades, servicios y relaciones interpersonales e institucionales tiendan a garantizar la igualdad y la convivencia pacífica y armónica de las personas y grupos. Es decir, desde este enfoque se pretende que la aplicación de los derechos humanos sea una práctica constante, una experiencia materializada en la vida cotidiana y en la prestación de servicios así como un indicador en sí mismo de su desarrollo que contribuya a satisfacer las necesidades específicas de las poblaciones.

En este contexto “la salud y los derechos sexuales y reproductivos son más que el reconocimiento de derechos fundamentales, actualización del conocimiento o avances sanitarios; constituyen una de las estrategias directas para la supervivencia y avance de la especie humana...”. En este marco enunciaremos los siguientes derechos de salud sexual y reproductiva.

1. Derecho a las condiciones ambientales, educacionales, nutricionales, afectivas y de salud apropiadas para el desarrollo de la vida humana.
2. Derecho a conocer, respetar y amar el cuerpo.
3. Derecho a la libertad, dignidad y respeto. Es decir, derecho a no ser víctima de ningún tipo de violencia ni discriminación.
4. Derecho a decidir convivir o no con alguien.
5. Derecho a la maternidad libre; a decidirla y vivirla por propia elección, y no por obligación.
6. Derecho de hombres y mujeres a participar con iguales responsabilidad en la crianza, reasumiéndola creativamente, y a construir identidades propias más allá de los roles de género.

7. Derecho a una educación sexual, oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género.
8. Derecho a la construcción de la identidad sexual y de género.
9. Derecho a sostener o no relaciones sexuales así como las condiciones y circunstancias en las cuales sostenerlas.
10. Derecho a ser informado, comunicado y educado de manera responsable y oportuna sobre estos temas.
11. Derecho a acceder a servicios de calidad y oportunos (salud, educación, justicia, recreación, cultura, métodos de planificación adecuados que garanticen la salud de hombres y mujeres, etc.).

Manejo social del riesgo

El **manejo social del riesgo** ⁶ se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades somos vulnerables a múltiples riesgos. Las fuentes de estos riesgos se pueden agrupar en las siguientes categorías:

- **Salud:** conjunto de riesgos para el bienestar de los hogares originados en la presencia de enfermedad, lesión o discapacidad de uno de sus miembros o epidemia en una zona o comunidad.
- **Ciclo vital:** Conjunto de riesgos para el bienestar de los hogares relacionados con el ciclo vital de las personas que los conforman: nacimiento, infancia y juventud, edad adulta y vejez. Durante la infancia y la juventud, etapa de la vida caracterizada por la condición de dependencia durante un largo período, los riesgos consisten básicamente en que niños, niñas y adolescentes no lleguen adecuadamente dotados a la fase productiva.
- **Sociales y políticos:** Conjunto de riesgos para el bienestar de los hogares que provienen de la presencia de violencia o de la ruptura del tejido social, que puede llegar a aislar a personas u hogares hasta el punto de impedirles el acceso a mecanismos de protección.

⁶ Tomado de “Derechos sexuales y reproductivos, los más humanos de todos los derechos“. María Lady Londoño, Cali, Colombia. Junio 1996.

Lo dicho aquí sobre **manejo social del riesgo** fue tomado de *Bases para la formación de Política Pública en Discapacidad*. Presidencia de la República. Consejería Presidencial de Programas Especiales (CPPE). Red de Solidaridad Social. Bogotá, 2003.

- **Económicos:** Conjunto de riesgos para el bienestar de los hogares asociados a la pérdida o la reducción de la capacidad de producir ingresos, como consecuencia de la desocupación, el subempleo o la falta de capacitación para el empleo productivo.
- **Naturales o ambientales:** Conjunto de riesgos para el bienestar de los hogares asociados con fenómenos de la naturaleza como terremotos, deslizamientos e inundaciones.

En este contexto, la **vulnerabilidad** es la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y está vinculada con la capacidad de afrontarlo. La vulnerabilidad puede deberse a condiciones permanentes (como la vejez, la discapacidad o la pobreza estructural) o transitorias (como la dependencia durante la niñez, el desplazamiento forzoso o la caída drástica de ingresos por crisis económica). Aunque todas las personas, hogares y comunidades somos vulnerables a los riesgos de las diversas fuentes, son los pobres, y en especial las mujeres pobres, quienes habitualmente están más expuestos y, al mismo tiempo, tienen menos acceso a instrumentos adecuados de manejo del riesgo.

Los principales elementos del enfoque de manejo social de riesgo son las estrategias, los sistemas y los actores.

Estrategias de manejo del riesgo

- **Prevención o reducción:** Estas estrategias están orientadas a reducir la probabilidad de que ocurra un riesgo de deterioro, por tanto se aplican antes de que éste aparezca. Incluyen medidas para reducir el desempleo y de salud pública y educación, entre otras.
- **Mitigación:** Estas estrategias están orientadas a disminuir los futuros efectos de un posible riesgo de deterioro; por tanto, también se aplican antes de que éste ocurra. La diferencia con las anteriores es que mientras aquéllas reducen la probabilidad de ocurrencia de riesgos, las de mitigación reducen su repercusión en caso de que el riesgo se materialice. Los seguros de todo tipo son un buen ejemplo de este tipo de estrategias. *Superación:* Estas estrategias están orientadas a aliviar el impacto del riesgo, una vez que ha ocurrido. Entre las formas de superación están el desahorro, el endeudamiento individual, la migración y la reducción de la ingesta alimenticia, entre otras.

Sistemas de manejo del riesgo

- **Sistemas informales:** Son los que están basados en la participación y la cohesión de la comunidad.

- **Sistemas de mercado:** Son los que están basados en la participación del sector privado, especialmente en las instituciones financieras (depósitos bancarios, líneas de crédito, pólizas de seguro).
- **Sistemas públicos:** Son en los que participa el gobierno mediante políticas, programas o regulaciones (sistema de seguridad social, transferencias de recursos y obras públicas, entre otros).

El manejo social del riesgo frente a los adolescentes

Como sucede en todas las etapas de la vida, la adolescencia desarrolla tareas claves que se nutren del desarrollo exitoso de fases anteriores. Puesto que la adolescencia, entre otras perspectivas, puede ser entendida como la transición entre la niñez y la edad adulta, todas las tareas de este ciclo vital están dirigidas a completar dicha transición. En la adolescencia las personas afrontan tareas tales como:

- Establecer una identidad personal satisfactoria.
- Forjar vínculos afectivos y lazos interpersonales por fuera de las relaciones familiares, lo cual incluye educar, es decir, controlar y cuidar de manera responsable la sexualidad en desarrollo. En ocasiones, esto se traduce en la formación de pareja o familia.
- Apropiarse mediante procesos de educación formal e informal, actitudes, hábitos y comportamientos que viabilicen el desarrollo de la capacidad económica personal y la del grupo familiar.

La familia del adolescente, sus pares, el vecindario, la escuela, entre otros escenarios sociales, pueden ayudar a realizar estas tareas y apoyar la superación de muchos obstáculos (emocionales, económicos, afectivos, etc.) que se presentan en la vida de los adolescentes.

Para ayudarles es importante comprender que incluso sus comportamientos más indeseables tienen que ver con el intento por completar sus ciclos de desarrollo, con la ambivalencia entre el deseo de pasar a la edad adulta o permanecer en la niñez y con las consecuencias que trae la incertidumbre de creer que tal vez nunca podrán completar esas tareas con pleno éxito.

En este sentido, se hace muy importante asumir un enfoque de intervención integral, que incluya a los adolescentes, sus familias y el entorno social en su conjunto, es decir, que incluya el mundo de los adultos por incidir directamente en las representaciones y decisiones de los jóvenes y adolescentes.

Esta intervención va orientada a prevenir los comportamientos cotidianos de riesgo a la vez que promover una vida saludable y productiva, mediante el desarrollo de *factores protectores*, entendidos éstos como factores que les protegen de las influencias adversas.

La idea de los factores protectores proviene de estudios centrados en niñas y niños que parecen funcionar adecuadamente a pesar de vivir en condiciones de riesgo considerable⁷. A estos niños se les llama “invulnerables”, “competentes” y “resistentes” al estrés⁸. Gran parte de los estudios actuales se han enfocado en la identificación de esos factores y al conocimiento de su funcionamiento, es decir, si son factores independientes o si ejercen su efecto primordialmente en presencia de factores de riesgo, que son necesarios contrarrestar o reducir. Hasta la fecha se han identificado factores protectores individuales, familiares y ambientales, muchos de los cuales funcionan de manera independiente, bien sea que el adolescente afronte o no factores de alto riesgo.

Los factores protectores individuales tienen que ver con la personalidad y la identidad e incluyen aspectos como la autoestima, la autoimagen y los sentimientos de confianza en sí mismo, entre otros. Los factores protectores familiares incluyen la ausencia de discordia conyugal, la cohesión familiar y una buena relación con al menos uno de los padres. Un factor protector que existe en el ambiente social, más allá de la familia, lo constituye, entre otros, la relación que establezca con un adulto distinto a los padres, el cual goce del aprecio del adolescente dadas sus calidades éticas y morales, afectivas y emocionales. Algunos estudios han mostrado que la necesidad de esfuerzos protectores se incrementa con la mayor exposición de los adolescentes a los factores de riesgo.

En este contexto, la propuesta del Programa contribuye al desarrollo de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la línea de acción de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y prevención de los embarazos en adolescentes y está orientada a fortalecer capacidades en los diferentes actores, para identificar los factores de riesgo y proveer y reforzar los factores protectores en las y los adolescentes y sus familias en el contexto municipal: todo ello de forma coordinada, proactiva y armónica con los diferentes actores gubernamentales, sociales y privados.

Principios orientadores del programa

1. Equidad de género

Es claro, especialmente para los adultos de hoy, que buena parte de los acuerdos sociales, formas de vida, valoraciones sociales y comportamientos individuales,

⁷ Cowen and Work, 1988.

⁸ Garmezy, 1983, 1987.

durante las últimas cuatro o cinco décadas en el mundo, se han visto profundamente modificadas en razón de los nuevos lugares que las mujeres han obtenido y ocupado por muy diversas razones. Las grandes movilizaciones sociales de las mujeres, la apertura y conquista de nuevos espacios sociales, políticos, económicos, académicos que tienen en el mundo actual, la flexibilización de los roles de género convencionales, las justas y valerosas demandas elevadas por las mujeres ante distintas instancias internacionales respecto del respeto a sus derechos humanos, sus nuevas concepciones frente al desarrollo, el mundo y la vida, son factores que han motivado nuevos tipos de relaciones y de convivencia entre los hombres y las mujeres, al menos de las que se tenían por aprobadas y exclusivas hasta no hace tantos años.

De otra parte, cada día se hace más claro para las ciencias sociales, las instituciones prestadoras de servicios y para quienes formulan, políticas, programas o Planes de Intervención en salud sexual y reproductiva que las actuaciones, temores, inquietudes, mitos, preguntas, prácticas, percepciones y representaciones en torno de la sexualidad y las decisiones reproductivas de las personas determinan, en buena medida, sus decisiones en estos campos. En dicho contexto, tanto la sexualidad como la reproducción pasan por la comprensión, identificación y encarnación de modelos sociales y paradigmas personales. Es decir, por prescripciones culturales, éticas, morales, así como por las menores elaboraciones personales en torno de las experiencias sexuales y reproductivas.

Esta consideración implica que las maneras como hombres y mujeres asumen una determinada postura frente al mundo y a las relaciones interpersonales tiene una relación y una incidencia directa sobre las prácticas, imaginarios y decisiones sexuales y reproductivas. Por ejemplo, lo que los hombres consideren acerca de lo femenino alimenta en buena medida sus comportamientos frente a las mujeres. Lo que las mujeres de un determinado grupo sienten frente a su propio valor como mujeres determina en alto grado el tipo de relaciones que ellas sostendrán con los hombres en el ámbito familiar o en las relaciones afectivas, sexuales, etc.

Ahora bien, estas posturas y decisiones son construcciones individuales y colectivas que se activan en los procesos socializadores de las familias, las escuelas y demás espacios de la vida cotidiana en medio de un mundo cambiante como el que hemos comentado al comienzo de esta parte. En dichos espacios, se van forjando las identidades de género y las formas más acabadas de comportamiento y autopercepción del género de los individuos. Es decir, de las identidades de género de las personas.

Precisamente, a la perspectiva que analiza y reflexiona en torno de las identidades de género, las relaciones entre los hombres y las mujeres y los factores de poder que hacen parte de dichas relaciones se le denomina *perspectiva de género*.

Ahora bien, esta perspectiva ha puesto de presente la importancia que tiene el considerar el concepto de equidad como un elemento estratégico de las consideraciones y planes para el desarrollo humano. Sucesivas reflexiones han permitido afirmar que el concepto de equidad de género puede ser entendido como el conjunto de condiciones y oportunidades que permiten que la vida social, comunitaria y personal no sufra bajo ninguna circunstancia la estigmatización, discriminación o aislamiento en razón de la identidad de género que las personas construyen ni de la interpretación que las sociedades elaboren sobre el sexo de las personas. Es decir, la equidad de género, en el terreno práctico de las políticas y programas, tiende a equilibrar los elementos de poder presentes en toda relación social e interpersonal y a potenciarlos como factores positivos de desarrollo de las personas y los grupos.

En resumen, la equidad de género, en términos de este Programa, pone en el terreno de las reflexiones y debates públicos los contenidos y formas que se deben adelantar en las políticas y programas para que ni las mujeres ni los varones, cualquiera sean sus condiciones sociales, étnicas, de ciclo vital, etc., sufran de discriminación, abandono o maltrato alguno, específicamente en lo que tiene que ver con la sexualidad y la reproducción.

Sin embargo, adoptar esta mirada implica abordar un tema específico adicional, que tiene que ver con el papel particular que desempeñan los varones en un programa que acompañado de esta perspectiva se propone mejorar las condiciones de salud de las comunidades y minimizar riesgos de fecundidad en mujeres adolescentes. No siempre resulta fácil entender y aceptar que los varones hagan parte activa de programas que tradicionalmente han sido diseñados, dirigidos y ejecutados por y hacia las mujeres. Este aspecto amerita una breve ampliación y explicación, pues este Programa, al estar orientado, entre otras perspectivas, por una de equidad de género, debe contar con una plena y sencilla claridad al respecto, en todos aquellos actores departamentales y municipales interesados en su desarrollo.

Los varones, al igual que las mujeres, encuentran maneras culturalmente aceptables de ser, sentir y comportarse respecto de las mujeres y los otros hombres en cuanto a la dimensión del cuerpo, la salud, la sexualidad y la reproducción. Sin duda, existe una relación directa entre lo que los varones consideran como ser hombre, encarnar la hombría o hacer visible la masculinidad y las maneras como experimentan, significan y normalizan sus vivencias sexuales y reproductivas. Igualmente, las formas como traducen e integran un determinado concepto de salud y bienestar en sus prácticas cotidianas en torno del cuidado de sí mismo y de los otros. Se propone entonces ampliar el espectro de análisis e intervención a lo que podría denominarse *“hombres y géneros”*.

No es fruto de la coincidencia los datos y estadísticas que constantemente se suministran en Colombia alrededor de los perfiles de morbilidad masculina.

Causas de muerte en los hombres motivados en alto grado por los ejercicios violentos, alta accidentalidad, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, suicidio, estilos de vida, entre otras. Morbilidad ocasionada por la violencia intrafamiliar, el abuso sexual (especialmente contra mujeres, niñas y adolescentes), estrés desenfrenado ocasionado por comportamientos adictivos al trabajo, al sexo, las experiencias extremas, etc., consumo de sustancias psicoactivas, cigarrillo o alcohol, una irresponsable percepción del riesgo y muchos otros factores.

En un sentido amplio y tal como se define hoy en día, la salud sexual y reproductiva *-entendida como un estado integral y contextual de bienestar biopsicosocial de los individuos, los grupos y las sociedades respecto de todos aquellos aspectos que toquen con su sexualidad y reproducción-*, la participación masculina y las formas como los hombres construyen sus identidades, constituyen algunos de los elementos más significativos en el análisis. Aquí precisamente se encuentra una articulación entre las problemáticas en salud sexual y reproductiva y el tema de las masculinidades. En efecto, los estudios de masculinidad retoman cada vez con mayor fuerza y profundidad temáticas relacionadas con la participación de los varones y las mujeres, como sujetos dotados de género en las decisiones sexuales y reproductivas de las parejas⁹.

En tal dirección, se han empezado a hacer en el mundo cada vez mayores esfuerzos por integrar a hombres y mujeres en programas de salud sexual y reproductiva, que con una perspectiva de género y en términos de equidad y desarrollo puedan apostarle a incrementar los niveles de eficacia de éstos y a la generación de vínculos afectivos fundados en la solidaridad, la estabilidad y la justicia. Sin duda, es sólo con la coincidencia de esfuerzos de unos y otras y con un horizonte integral de intervención (económico, afectivo, espiritual, institucional, etc.) que se permitirá afianzar los mensajes, prácticas y comportamientos que se requieren consolidar para mejorar los niveles de salud sexual y reproductiva de nuestras familias, localidades, comunidades y municipios.

En otras palabras, se trata de identificar las características y contenidos de la participación masculina en la sexualidad y la reproducción así como las incidencias que tal presencia genera en los siguientes tres aspectos:

- La experiencia reproductiva de las mujeres.
- La experiencia reproductiva los hombres mismos.
- Los contenidos de poder en las relaciones entre los géneros.

⁹ Al respecto ver García, Carlos y Gómez, Freddy (2003). *La masculinidad como campo de estudio y de acción social*. En: "Entre los límites y las rupturas" No. 3. Revista del Centro Interdisciplinario de Estudios de Género y Centro de Investigaciones Sociales y Humanas de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

Un reconocido investigador en el tema, Juan Guillermo Figueroa¹⁰, afirma que “no basta con reconstruir la participación de los varones en la salud de las mujeres sino que es necesario imaginarlos como actores con sexualidad, salud y reproducción y con necesidades concretas a ser consideradas, tanto en la interacción con las mujeres, como en el proceso de construir su identidad masculina”.

El mismo autor afirma que los modelos para identificar los condicionantes de la fecundidad privilegian a la mujer como unidad de análisis a pesar de ser las parejas las que se reproducen. El varón aparece como algo colateral, diluyéndose su participación en el proceso reproductivo.

Desarrollo humano y cursos de vida

La sexualidad es como la huella digital: única, irrepetible, personal y distintiva. Asumir este principio significa trabajar con cada adolescente y joven su *propia historia sexual*. Y desde allí proyectar nuevas trayectorias de vida, afianzando caminos positivos y proactivos, restando aquellos que signifiquen vulnerabilidad, dolor o aislamiento; planeando la reproductividad, dándole sentido y propósito al ejercicio de la maternidad y la paternidad, enriqueciendo la manera de buscar y promover la responsabilidad, la solidaridad, la felicidad y la paz, así como de resignificar las relaciones entre los géneros (entre personas del mismo género, es decir, relaciones armoniosas entre mujeres o entre hombres) e intergénericas (con personas de géneros diferentes, es decir, mixtas, entre hombres y mujeres).

De tal forma, a partir de las experiencias vitales de los jóvenes, refundar la calidad y contenidos de los vínculos afectivos, partiendo de un profundo respeto por la otra persona, ejerciendo el derecho a vivir de otra manera. Esto puede significar la comprensión, interpretación y entendimiento de la vida, el mundo, la naturaleza, la sociedad y las personas de una forma armonizada con aspectos tales como:

- Las ideas de desarrollo sostenible y desarrollo humano en su sentido más amplio e integral, es decir, desarrollo económico, emocional, espiritual, afectivo, intelectual, cultural de los jóvenes.
- Observación y respeto a los derechos humanos y a las metas de equidad social y de género, que hoy en día, prácticamente, todas las sociedades han empezado a proponer.

¹⁰ Figueroa, Juan Guillermo. *La presencia de los varones en los procesos reproductivos. Algunas reflexiones*. En Susana Lerner (editora) “Varones, sexualidad y reproducción” El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía. México. Primera edición, 1998.

Construcción Social

La participación es el ingrediente sin el cual no se puede desarrollar el Programa. Niños, niñas, adolescentes, jóvenes y familias han de participar en su diseño, puesta en marcha, evaluación y afianzamiento. Está demostrado que el trabajo de pares, acompañado por personas adultas significativas y cualificadas, da resultados importantes, de alta calidad y fácil acceso en educación y salud sexual con adolescentes. Mediante la construcción social de afectos, saberes, actitudes y comportamientos, podemos avanzar en los cambios que necesita el país para controlar su crecimiento poblacional y disminuir los problemas asociados actualmente con la sexualidad y la reproducción. En esta construcción social, la comunicación, entendida como proceso de interacción a través del cual las personas intercambiamos signos de diverso tipo, referidos a hechos, ideas y sentimientos, es una herramienta esencial.

Fortalecimiento institucional

La transferencia de conocimientos, saberes, tecnologías, servicios y propuestas de promoción de las potencialidades y superación de las dificultades, a escala departamental, municipal y local, es uno de los hilos conductores para el desarrollo del Programa. A partir de esta perspectiva se propone:

- Permanencia y consolidación de la voluntad política, lo que demanda compromiso departamental y municipal, gubernamental y comunitario, para lograr la continuidad de las acciones desarrolladas en el marco de la Política y el Programa.
- Progresividad en el desarrollo de la Política y el Programa: se trata de iniciar en aquellos municipios con los mayores índices de dificultades detectadas.
- Constitución de alianzas estratégicas entre los sectores público, privado y comunitario.

Objetivos del programa

Objetivo general

Contribuir a la prevención del embarazo en niñas y adolescentes, y a la promoción de los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva (DSSR) a escala departamental y municipal, mediante acciones de movilización social, fortalecimiento institucional y mejoramiento de la calidad de vida.

Objetivos específicos

- Promover en las instancias de planeación departamental y municipal el diseño y puesta en marcha de Planes de Intervención integral para contrarrestar los riesgos de embarazos tempranos y promover los derechos de salud sexual y reproductiva.
- Mejorar los Sistemas de Registro Civil y Estadísticas Vitales en los departamentos y municipios.
- Crear y construir Redes Sociales de Apoyo en municipios, con actores institucionales, comunitarios y familiares, encargados de poner en marcha los distintos componentes y estrategias de la línea de acción de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva relativa a la prevención del embarazo en niñas y adolescentes.

Componentes y estrategias del programa

Para cumplir su propósito el Programa propone tres componentes: **movilización social, fortalecimiento institucional y mejoramiento de la calidad de vida.**

Movilización social

Hoy en día, constituye cada vez un mayor consenso internacional lo indispensable de la participación coordinada y armónica del conjunto de actores sociales y estatales en la resolución de los conflictos y problemáticas más acuciosas para las naciones. Específicamente, el componente de movilización social reconoce que para el cumplimiento de los objetivos del Programa no basta el compromiso y la acción de las instituciones gubernamentales. Se requiere, también, de los aportes de las organizaciones cívicas y comunitarias, de las familias y de las personas.

Así que una posible definición de movilización social es la siguiente: *acción transformadora emprendida por un número plural de personas, cohesionadas por ideas e intereses comunes, con el propósito declarado de mejorar la realidad.* Para hacer realidad la movilización social en torno al mejoramiento de la educación para la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes, este componente tiene dos grandes estrategias, las cuales serán ampliadas en apartados posteriores:

- Configuración y fortalecimiento de Redes Sociales de Apoyo.
- Diseño y operación, a partir de lo local, de estrategias de información, educación y comunicación (IEC) que fortalezcan los factores protectores para

prevenir el embarazo en niñas y adolescentes, y promover los derechos de SSR.

Fortalecimiento institucional

Este componente reconoce la necesidad de actuar coordinadamente entre los sectores, las instituciones y la sociedad civil, para obtener los resultados esperados. Plantea tres estrategias:

Coordinación interinstitucional para la construcción de intervenciones públicas (mediante planes, programas y proyectos) que contribuyan al posicionamiento de los derechos de salud sexual y reproductiva en la planeación del desarrollo departamental y municipal, generando respuestas integrales con amplia participación de la familia y la comunidad.

- Formación del recurso humano institucional y comunitario para el desarrollo y puesta en común de marcos conceptuales, técnicos, pedagógicos e instrumentales, que generen las capacidades y competencias ciudadanas requeridas para el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva.
- Fortalecimiento del Sistema de Estadísticas Vitales en los municipios y departamentos con el fin de mejorar la calidad de la información sobre nacimientos y defunciones y disminuir el subregistro de los hechos vitales. Esta información es clave para la planeación del desarrollo en general y para la aplicación del Programa en particular.

Mejoramiento de las condiciones de vida

Este componente reconoce que es necesario actuar sobre factores objetivos que inciden en el fenómeno de las altas tasas de fecundidad en adolescentes, como la pobreza, la cobertura y la calidad de la educación, específicamente una educación sexual apropiada, científica, oportuna y continuada; las dificultades de acceso a otros servicios sociales básicos como la salud, la protección, la justicia, la cultura, la recreación y el deporte. Comprende 2 estrategias:

- Aplicación de iniciativas locales de generación de ingresos para minimizar riesgos de mayor pobreza.
- Cualificación de la oferta y mejoramiento del acceso a servicios para la población de niños, niñas y adolescentes.

Conformación de la Red Social de Apoyo

Cuando hablamos anteriormente de los principios que orientan el Programa, mencionamos la importancia que tienen en éste otros actores sociales distintos a los gubernamentales. Sin ellos es imposible la construcción colectiva de saberes. Por esta razón la conformación de la Red Social de Apoyo parte de identificar organizaciones comunitarias y sociales donde tienen especial importancia las conformadas por adolescentes y jóvenes, empresas privadas y entidades gubernamentales presentes en el municipio, que puedan contribuir a identificar y afrontar los riesgos generadores de las altas tasas de fecundidad en niñas y adolescentes y movilizar a la comunidad para el mejoramiento de la situación de los derechos de salud sexual y reproductiva.

Las R.S.A. se constituyen en un espacio social en donde se vive, se gestiona, se promueve y se trata de materializar acciones, propuestas y decisiones equitativas. Por ello incorpora la perspectiva de género como un insumo conceptual y práctico de su quehacer. En consecuencia, no sólo convoca a hombres y mujeres a trabajar en torno de los acuerdos municipales, sino además construye un proceso de movilización tal en el que se aceptan y apoyan todas aquellas propuestas tendientes a mejorar, equilibrar y democratizar las relaciones de poder entre hombres y mujeres dentro de las familias y, en general, en la vida de los municipios. O sea, las R.S.A. hacen de la equidad un sentir permanente y una práctica cotidiana, reflejándolo así a la comunidad y a las instituciones.

Es importante que todos los actores que participan en la aplicación del Programa se apropien del concepto de Red y la forma en que se deben llevar a cabo las acciones dentro de ésta, pues de una eficaz articulación de la Red Social de Apoyo depende, en gran parte, el éxito de la estrategia que se emprenda para minimizar los riesgos que inciden en la alta tasa de fecundidad en niñas y adolescentes.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

¿Qué son los derechos humanos?

Son el conjunto de derechos que tiene toda persona por el hecho de serlo, sin importar su sexo, color de piel, edad, orientación sexual, religión, partido político, etc. La finalidad de tales derechos es que el ser humano pueda disfrutar de una vida digna y desarrollarse plenamente.

¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.

El Estado debe garantizar que toda persona pueda:

- Decidir cuántos hijos va a tener
- Decidir el espaciamiento de los hijos
- Controlar su comportamiento sexual según su propia forma de ser, sentir y pensar sin tener miedo o vergüenza
- Estar libre de enfermedades y deficiencias que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas.

¿Cómo se interpretan los derechos sexuales y reproductivos?

1. Derecho a la vida

Este derecho lo tienen por igual hombres y mujeres, pero en materia de derechos sexuales y reproductivos, se relaciona particularmente con el derecho de las mujeres a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o parto. Esto implica que: La mujer tiene derecho a no poner en riesgo o peligro su vida por razones de embarazo.

¿Cuándo corre peligro la vida de una mujer por un embarazo?

1. Por un aborto realizado en condiciones inseguras (por personal no capacitado o en un lugar inadecuado).
2. Cuando queda embarazada antes de los 16 años o después de los 35 años.
3. Cuando los embarazos son muy numerosos (más de 5 o hasta 3 cesáreas) o demasiado seguidos (1 por año).

“La mujer tiene derecho a evitar un embarazo que ponga en peligro su vida.”

2. Derecho a la libertad y seguridad

Tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a decidir si tienen relaciones sexuales o no, con quién y con qué frecuencia.

Esto implica que:

- Nadie puede ser forzado(a) por otra persona (ni siquiera por su cónyuge) a tener relaciones sexuales.
- Todos(as) tenemos derecho a expresar nuestra preferencia sexual y a elegir el compañero(a) sexual.
- Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto, ni a ser sometida a una intervención sin su consentimiento libre e informado.

“Cualquier intervención médica relacionada con la salud sexual y reproductiva debe ser autorizada por la persona a la que se le va a practicar”

3. Derecho a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación.

Todos los seres humanos, hombres y mujeres, merecen un trato respetuoso. La discriminación consiste en tratar igual lo que es distinto, y en tratar distinto lo que es igual. La igualdad no significa uniformidad.

Esto implica que:

- Los hombres y las mujeres deben tener las mismas posibilidades de educarse y trabajar.
- A ninguna mujer se le puede exigir prueba de embarazo para acceder a un empleo o concursar para una beca, etc.
- Ninguna mujer podrá ser despedida de su trabajo o establecimiento educativo por estar embarazada.
- Ninguna persona requiere autorización del cónyuge o compañero(a) para planificar con cualquier método (incluyendo la ligadura de trompas o vasectomía).

“No hay trabajos para hombres ni trabajos para mujeres. Todas las labores dentro y fuera del hogar deberán ser compartidas por hombres y mujeres en condiciones de igualdad”

4. Derecho a la privacidad

Todas las personas tienen derecho a que se respete su intimidad. Los prestadores de servicios están obligados a guardar el secreto profesional.

Esto implica que:

La información que el personal de salud obtiene, relacionada con la vida sexual y reproductiva de una persona debe mantenerse en reserva y es parte de la vida privada del (la) paciente.

“Los(as) jóvenes al igual que todas las personas tienen derecho a que se respete su intimidad”

5. Derecho a la libertad de pensamiento

En lo relacionado con su vida sexual y reproductiva, toda persona tiene derecho a pensar y obrar libremente.

Esto implica que:

Ni la religión, ni el partido político, ni la cultura deben limitar a la persona en su forma de pensar o actuar frente a su vida sexual y reproductiva.

“La libertad de pensamiento sobre salud sexual y reproductiva no debe verse limitada por las ideas de tipo religioso, filosófico o cultural”

6. Derecho a la información y a la educación

Toda persona, hombre o mujer desde temprana edad tiene derecho a ser educado(a) y debe tener igual acceso a información oportuna y adecuada sobre los servicios y métodos de regulación de la fecundidad, enfermedades de transmisión sexual y todo lo que se relacione con su vida sexual y reproductiva.

Esto implica que:

- Todas las personas deben ser educadas y preparadas para asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva.
- Los(as) niños(as) y adolescentes, tienen derecho a que se les brinde información y se les vincule a programas de prevención de embarazos no deseados, maltrato, abusos y todo lo relacionado con el ejercicio de su sexualidad.
- Las adolescentes embarazadas tienen derecho al apoyo especialmente de su familia, la comunidad y el Estado, a que se les brinde la información necesaria sobre su cuidado personal y de sus hijos.

“Los padres juegan un papel fundamental en el proceso educativo y deben brindar a sus hijos e hijas información oportuna y adecuada sobre los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción”

7. Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar o no una familia.

Toda persona, hombre o mujer tiene derecho a elegir si se casa o no se casa, cuándo y con quién.

Esto implica que:

- Ninguna persona, por ninguna razón puede ser obligada a contraer matrimonio.
- Ninguna persona está obligada a permanecer casada ni unida a alguien con quien ya no es feliz.

“La decisión de casarse o de vivir en pareja debe ser tomada con plena libertad”

8. Derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuándo tenerlos

Toda persona, hombre o mujer, debe tener a su alcance la más amplia información y servicios relacionados con los métodos modernos, seguros y aceptables para regular la fecundidad, incluida la anticoncepción de emergencia. Esto implica que:

- Cualquier persona, hombre o mujer, tiene derecho a elegir libremente el número de hijos que quiere tener y el espaciamiento de los mismos.
- No se requiere la autorización del cónyuge o el compañero sexual para planificar ni para elegir el método, cualquiera que éste sea.

“La decisión sobre el número de hijos debe tomarse libre y responsablemente, es decir, teniendo en cuenta las posibilidades de brindarles mayor bienestar”

9. Derecho a la atención y protección de la salud

Toda persona tiene derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, libre de riesgos y a desarrollar su vida y relaciones de pareja en buenas condiciones.

Esto implica que:

Toda persona tiene derecho a la calidad más alta posible en la atención de la salud sexual y reproductiva.

“Los(as) usuarios(as) de los servicios de salud sexual y reproductiva tienen derecho a exigir que la calidad de tales servicios sea óptima”

10. Derecho a los beneficios del progreso científico

Toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico.

Esto implica que:

Toda persona puede disponer de métodos modernos, seguros y aceptables para regular su fecundidad y a estar informada sobre ellos.

“El progreso científico no debe atentar contra la dignidad de las personas”

11. Derecho a la libertad de reunión y participación política

Todas las personas tienen derecho a asociarse para promover el reconocimiento y

ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y por ende el disfrute de una adecuada salud sexual y reproductiva.

Esto implica que:

Todas las personas tienen derecho a organizarse en busca del respeto, libre ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

“La organización de grupos que compartan los mismos intereses (mujeres, jóvenes, homosexuales, etc.) es importante para el reconocimiento, la obtención y afirmación de los derechos sexuales y reproductivos”

12. Derecho a no ser sometido a torturas y maltratos

Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia.

Esto implica:

- Toda persona tiene derecho a no ser agredida (física ni verbalmente) por su compañera o compañero sexual, ni por ninguna otra persona.
- Nadie puede ser forzado(a) a tener relaciones sexuales.

“En las relaciones de pareja debe primar la igualdad, la libertad y el respeto recíproco entre sus integrantes. Los derechos sexuales y reproductivos son el marco ético para garantizar la salud sexual y reproductiva”.

¿DÓNDE ESTÁN RECONOCIDOS LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?

Instrumentos Internacionales

- Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979).
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer de Belem do Para (1994).
- Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993).
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo (1994). Plataforma de Acción de Cairo.
- Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing. Plataforma de Acción (1995).
- Convención de los Derechos del Niño.

Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979): Es el primer documento firmado internacionalmente que

prohíbe la discriminación contra las mujeres y obliga a los gobiernos a avanzar hacia una igualdad entre hombres y mujeres.

Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993).

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo (1994). Plataforma de Acción de Cairo. Esta conferencia, convocada por Naciones Unidas, reconoce internacionalmente los derechos reproductivos y afirma el derecho universal a la salud sexual y reproductiva.

Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing. Plataforma de Acción (1995). Esta conferencia establece una agenda para el empoderamiento para las mujeres, a través del cumplimiento de estrategias para el avance de la mujer, las cuales están relacionadas con el derecho a la salud, educación, derechos humanos, violencia basada en género y/o niñas mujeres.

Convención de los Derechos del Niño: Establece los derechos de niños, niñas y adolescentes, sin distinción de raza, color, sexo, lenguaje, nacionalidad, etnia, origen social, discapacidad u otras condiciones.

INSTRUMENTOS NACIONALES

Constitución Política de Colombia, 1991: los artículos 11 al 45 enuncian cuáles son los derechos fundamentales de los/as colombianos/as, incluyendo el derecho a la vida, a la salud, a la educación, entre otros relacionados con la salud sexual y reproductiva.

- **Ley 100, Sistema General de Seguridad Social y sus decretos reglamentarios:** la ley 100 incluye un Plan Obligatorio de Salud con cobertura familiar, teniendo como beneficiarios a los hijos/as menores de 18 años (del padre o la madre, que haga parte del núcleo familiar, que dependa económicamente de la familia) o hijos/as mayores de 18 años (con incapacidad permanente, estudiantes con dedicación exclusiva o dependientes económicos de quien esté afiliado sea el padre o la madre). Para gozar de este Plan Obligatorio de Salud es necesario que el padre o la madre estén afiliados en el régimen subsidiado de salud o el régimen contributivo. Para dudas o preguntas escríbenos...
- **Ley 294 de 1996 reformada por la 575 de 2000 sobre Violencia Intrafamiliar:** si una persona es víctima de cualquier tipo de violencia ya sea sexual, física, psicológica o de otro tipo, puede acudir a mecanismos de protección establecidos en esta ley.
- **Proyecto Nacional de Educación Sexual:** es un instrumento que obliga a los

centros educativos a incluir educación sexual para los y las estudiantes desde tercer grado de primaria. Esta educación debe ser impartida de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los/as alumnos/as. Si eres estudiante y en tu escuela o colegio no cuentas con educación sexual adecuada a las necesidades de los/as jóvenes puedes hablar con directores, maestros/a y tus compañeros para que sea incluido. Si no sabes cómo hacerlo escríbenos y te daremos mayor información.

- **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003:** Esta política, desarrollada durante el gobierno actual, busca incluir la salud sexual y reproductiva dentro de del Sistema General de Salud y Seguridad Social del país, tanto para población asegurada como para población atendida en la red pública (hospitales). Esto quiere decir que una vez puesta en práctica la política, el sistema de seguridad social podrá brindarte mejores servicios relacionados con tu sexualidad. Está guiada bajo cinco principios básicos:

1. Derechos sexuales y reproductivos DSR como derechos humanos
2. Equidad
3. Empoderamiento
4. Intervención focalizada (para asegurar servicios en las zonas y poblaciones donde las diferencias internas son más profundas)
5. Servicios de calidad

Además, se concentra en cinco temas básicos que buscan responder a las necesidades más latentes en el contexto de Colombia:

1. maternidad segura
2. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes
3. Prevención del cáncer de cuello uterino
4. Atención integral de la violencia sexual
5. Prevención del VIH/SIDA.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

Tipos de métodos anticonceptivos

Métodos folclóricos:

Son creencias populares que la gente pone en práctica para evitar el embarazo, sin tener en cuenta que estos métodos no tienen bases científicas y no son efectivos. Algunos de estos mitos son:

- Tomar coca cola con alka seltzer o hacer una ducha vaginal con cualquiera de los dos.
- Usar el mejoral como tableta vaginal

- Orinar después de la eyaculación.
- Tener relaciones sexuales de pie.
- Tomarse una cerveza al sol después de tener relaciones sexuales.
- Bañarse los pies con agua caliente, agua salada o vinagre.

Métodos Naturales

Los métodos naturales consisten en la observación del comportamiento del aparato reproductivo del hombre y la mujer. Cuando una mujer usa estos métodos, debe tener en cuenta los días fértiles donde se produce la ovulación y el hombre debe tener el control de la eyaculación. La falla de estos métodos es de un 30%, y su efectividad puede variar de acuerdo con el uso y el conocimiento del organismo, por eso se dice que son métodos que dependen cien por ciento de quien los pone en práctica. Adicionalmente, quienes usan los métodos naturales, para prevenir el embarazo, no están protegidos contra las Infecciones de Transmisión Sexual.

Coito interrumpido: Este es uno de los métodos anticonceptivos más antiguos que se conocen y es poco efectivo. El coito interrumpido o marcha atrás, consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

Este método es de alto riesgo debido a que el líquido seminal que sale antes de la eyaculación, contiene espermatozoides y hay riesgo de fecundación o de contraer una Infección de Transmisión Sexual. Tiene un 70% de eficacia.

Ritmo o calendario: Consiste en registrar el intervalo de los ciclos menstruales durante 6 meses, para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer. Se requiere de una operación matemática.

Cuando se usa este método se deben evitar las relaciones sexuales cóitales durante la ovulación y sólo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares. O tener las relaciones usando condón.

Quienes quieran usar éste método deben recibir las indicaciones de un especialista. Su efectividad es del 70%.

Temperatura basal: Durante los días de la ovulación la temperatura corporal aumenta y éste método consiste en tomar la temperatura de la mujer, para identificar los cambios.

Quien practica este método lo debe hacer todos los días, desde el primer día de la menstruación hasta la menstruación siguiente, antes de levantarse de la cama y se debe tomar en el mismo sitio del cuerpo (boca o axila).

Generalmente, la temperatura de la mujer está entre 36 y 36.5 grados centígrados.

Durante la ovulación se eleva hasta 37 grados o más. El día del aumento de la temperatura se debe evitar tener relaciones sexuales y dos días antes y después. Tiene un 70% de eficacia.

Moco cervical: Se basa en la observación de los cambios en el moco cervical. Este líquido que está en el cuello del útero, cambia durante la ovulación. Generalmente, en la etapa de no fertilidad de la mujer hay una ausencia de moco cervical visible y sequedad.

Cuando la mujer está ovulando, se vuelve cristalino y transparente, semejante a una clara de huevo y al tacto es resbaloso y elástico. La fertilidad se debe considerar entre 2 días antes y 4 días después de su aparición. Su efectividad es del 70%.

Lactancia materna:

Este método también se denomina amenorrea de la lactancia. La lactancia disminuye la probabilidad de la ovulación y funciona como anticonceptivo cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Cuando la madre ha alimentado exclusivamente al hijo con leche materna desde el momento del nacimiento.
- Amamanta al bebé por lo menos cada tres o cuatro horas al día, inclusive durante la noche.
- El bebé no ha iniciado otro tipo de alimentación.
- No hay menstruación.
- No han pasado más de 6 meses desde el parto. Su eficacia es del 80 al 98%, dependiendo de uso adecuado del método.

Píldoras anticonceptivas

Es uno de los métodos anticonceptivos más populares. “La píldora”, como también se le conoce, contiene una o dos hormonas (estrógenos y progesterona) que actúan impidiendo la ovulación y alteración en el moco cervical haciéndolo impenetrable por los espermatozoides.

Vienen en presentaciones de 21 ó 28 píldoras y se deben tomar todos los días. Se deben iniciar el primer día de la menstruación y tomarlas siempre, en lo posible, a la misma hora. Aunque no es indispensable para mantener la eficacia.

Las mujeres que tengan problemas circulatorios, enfermedades hepáticas, problemas cardíacos o cáncer, que sean fumadoras, mayores de 40 años o estén embarazadas, NO deben tomar pastillas anticonceptivas.

Algunas mujeres se autorrecetan y pueden tener problemas de salud; las pastillas anticonceptivas son un medicamento y que debe ser recetada por un médico. Si se usa de manera adecuada su eficacia es del 98 %.

Implante subdérmico (Jadelle)

Es un método anticonceptivo de largo plazo, puede durar hasta 5 años. El profesional de la salud implanta dos cápsulas que contienen hormonas debajo de la piel del antebrazo de la mujer. Su función es impedir la ovulación y alterar el moco cervical, para que no pasen los espermatozoides y no se produzca fecundación.

Cuando la mujer así lo decida, se pueden retirar las cápsulas y hay un retorno inmediato de la fertilidad.

El implante subdérmico se puede usar en cualquier edad reproductiva y después del parto sin importar que la mujer esté lactando. Tiene una eficacia del 98 %. Puede usarse desde la adolescencia.

Inyectables

Son inyecciones intramusculares que contienen hormonas que inhiben la ovulación y aumentan el espesor del moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides. Pueden ser usadas por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes y las mujeres lactantes, a partir de seis meses después del parto. La primera inyección se debe poner entre el día primero y tercero de la menstruación.

Los métodos anticonceptivos inyectables pueden ser de aplicación:

Mensual:

Se aplica todos los meses en la misma fecha. A partir del segundo mes, la inyección se puede aplicar tres días antes o después de la fecha correspondiente. Una vez se suspende, la mujer puede quedar embarazada.

Trimestral:

Se aplica cada noventa días (3 meses). A partir de la segunda inyección, se puede aplicar siete días antes o después de la fecha indicada. Cuando se suspende, la fertilidad puede tardar en regresar hasta nueve meses. Se puede usar durante la lactancia.

No se recomienda en mujeres con presión arterial alta, diabetes o trastornos hepáticos, sangrado vaginal no diagnosticado, varices profundas o serios problemas circulatorios, jaquecas frecuentes, antecedente de infarto cardiaco,

cáncer de seno actual o embarazo. Si se usa de manera adecuada su eficacia es del 98%.

Anticonceptivos de Emergencia

Después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, cuando se presenta un accidente anticonceptivo o la mujer es víctima de abuso sexual, se puede usar la anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo. Los métodos más comunes son la “píldora del día después”, píldoras anticonceptivas tradicionales en dosis determinadas y el dispositivo intrauterino.

Para evitar que ocurra el embarazo, la anticoncepción de emergencia debe ser usada o aplicada después de la relación sexual y no deben pasar más de 72 horas, es decir, tres días, para el caso de la anticoncepción con medicamentos, o no más de 120 horas (5 días), para cuando se hace con dispositivo intrauterino. Es importante resaltar que éste no es un método de planificación familiar, debido a que si se usa constantemente pierde su efectividad.

Después de usar cualquiera de los métodos de emergencia se pueden presentar náuseas, vómito, dolor de cabeza, sensibilidad en los senos, y alteraciones en el ciclo menstrual. Si la mujer usa la anticoncepción de emergencia con medicamentos y ya está embarazada, no se producirá un aborto.

Actualmente hay 3 métodos de anticoncepción de emergencia:

➤ Producto dedicado o Anticonceptivo de Emergencia

La llamada “píldora del día después” está compuesta por un derivado hormonal que impide o retrasa la ovulación y dificulta el paso de los espermatozoides hacia el óvulo, evitando la fertilización.

Puede ser usada por cualquier mujer cuando olvidó tomar la píldora anticonceptiva o aplicarse la inyección, cuando el condón se rompió durante la relación sexual o se quedó dentro de la vagina.

Cuando alguna de estas situaciones se presente, debe acudir al médico, quien indicará qué y cómo se debe hacer. Reduce la posibilidad de embarazo en un 85% Su eficacia es del 98%.

➤ Píldoras anticonceptivas

Consiste en tomar una dosis especial de píldoras anticonceptivas tradicionales, dentro de las 72 horas siguientes de la relación sexual sin protección. Para que sea eficaz, la dosis debe ser definida por el médico.

Después de tomar las píldoras se puede presentar vómito, si este se presenta durante las dos primeras horas, hay que repetir la dosis. Reduce la posibilidad de embarazo en un 75 por ciento.

➤ **Dispositivo Intrauterino (DIU). T de Cobre**

Se introduce en el útero un objeto plástico recubierto con cobre que impide el embarazo. Este método puede ser utilizado hasta el quinto día después de una relación sexual sin protección (hasta 120 horas). Reduce en un 90 por ciento la posibilidad de embarazo.

INTERACCIONES: Los siguientes medicamentos disminuyen el efecto anticonceptivo de los métodos hormonales.

- Antibióticos
- Carbamazepina
- Hierba de San Juan
- Fenitoína
- Primidona
- Rifabutina
- Rifampicina
- Diazepam
- Griseofulvina

REACCIONES ADVERSAS:

Leves: cefalea, suspensión del sangrado, náuseas, hemorragia intermenstruales, edema, mastalgia

Moderados: sangrado intermitente, aumento de peso, aumento en la pigmentación de la piel, acné puede exacerbarse o mejorar, hirsutismo, dilatación ureteral, infecciones vaginales, amenorrea

Severos: Enfermedad tromboembólica venosa, Infarto al miocardio, Enfermedad vascular cerebral, trastornos gastrointestinales, depresión, Cáncer.

Métodos de Barrera: son aquellos que impiden la entrada de los espermatozoides al útero. Pueden ser químicos, como los espermicidas que actualmente no se usan o mecánicos como el condón.

El condón: Es una cubierta para el pene, diseñada para impedir que los espermatozoides lleguen a la vagina y así evitar la fecundación.

El condón se debe colocar sobre el pene desde el momento de la erección, hasta el final de la relación sexual. Para que sea efectivo, se debe usar uno por cada relación sexual. Debe ser usado durante prácticas de sexo vaginal, oral y anal.

Es el único método que protege de las Infecciones de Transmisión Sexual y del VIH, por eso se recomienda usarlo siempre, aún se recomienda usarlo junto con otros métodos anticonceptivos para prevención de ITS. Algunas personas creen que usar condón disminuye el placer sexual y por eso no usan preservativo, ésta es una idea equivocada.

Puede fallar:

- Cuando se utiliza después de su fecha de vencimiento.
- Cuando se ha expuesto a la luz y a la humedad.
- Si se rompe.
- Cuando se utilizan lubricantes como vaselina, aceites para bebé y crema de manos.

Dispositivos: Son elementos pequeños que se introducen en el útero para impedir la fecundación del óvulo.

T de Cobre o Dispositivo Intrauterino DIU: Es un objeto de plástico recubierto de cobre que se coloca dentro del útero. Éste induce una respuesta dentro del útero, que hace que se inactiven los espermatozoides y así no puedan llegar al óvulo para que no haya fecundación.

Se puede aplicar durante la menstruación, después de un parto o de un aborto. No se recomienda en mujeres que tengan más de un compañero sexual, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, problemas anatómicos de la cavidad uterina que impidan colocar el DIU y mujeres embarazadas. Tiene una eficacia del 98% y puede permanecer allí hasta doce años.

INFECCIONES DE TRANSMICION SEXUAL

¿Qué son las ITS (Infecciones de transmisión sexual)?

Son un grupo de infecciones que se pueden adquirir principalmente por contacto sexual, producidas por bacterias, virus, hongos o parásitos. Algunas ITS pueden ser tratadas y curadas. Otras, aunque nunca desaparecen, con el tratamiento puede disminuir su efecto. Y otras como el VIH/SIDA y la hepatitis B tienen tratamiento pero no existe cura y por lo tanto provocan la muerte. Lo más importante es detectar a tiempo la ITS.

Las más conocidas son:

- VIH/SIDA
- Sífilis
- Gonorrea
- Infección Chlamydia
- Linfogranuloma venéreo
- Chancro Blando
- Condilomas e infección por papiloma virus
- Enfermedades pélvicas inflamatorias
- Herpes genital
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Pediculosis
- Ladillas

AQUÍ DEFINIMOS ALGUNAS DE LAS ITS MÁS COMUNES

VIH/SIDA: El VIH, Virus de Inmunodeficiencia Humana, es una ITS que acaba con las defensas del organismo ocasionando el SIDA. Cuando el cuerpo no cuenta con un sistema de defensas fuerte está propenso a múltiples enfermedades que deterioran progresivamente la salud de las personas.

Toda persona que haya tenido relaciones sexuales sin protección del condón debe practicarse la prueba de VIH/SIDA (prueba de ELISA). Si necesitas más información sobre este tema has clic aquí ([QUE LO MANDE AL TEMA DE VIH/SIDA](#))

Sífilis: Es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) producida por una bacteria llamada treponema pallidum, que se encuentra en la sangre, en lesiones de la piel y en las mucosas de las personas infectadas. Los síntomas aparecen en tres fases:

En la primera fase aparece una llaga (chancro), generalmente no dolorosa en la zona por la cual entró el microorganismo (casi siempre en los genitales, ano o boca). En la mayoría de los casos el chancro desaparece sin tratamiento al cabo de cuatro ó seis semanas, lo cual no quiere decir que la enfermedad haya desaparecido.

En la segunda fase, si no se ha realizado el tratamiento adecuado, aparecen ronchas rosáceas a menudo en las palmas de las manos y en las plantas de los pies, fiebre, dolor de garganta, pérdida del cabello en zonas específicas, dolor de cabeza, pérdida de apetito y peso. Es posible que aparezcan alrededor del ano o los genitales unas llagas planas y húmedas que son altamente infecciosas.

En la tercera etapa, si no se ha tratado la infección, no siempre se presentan

síntomas pero el microorganismo ataca otros tejidos del cuerpo como la estructura ósea, el cerebro, la médula espinal y los vasos sanguíneos.

Gonorrea: Es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) conocida también como blenorragia, ocasionada por la bacteria “gonococo” Neisseria gonorrea. Las manifestaciones externas son enrojecimiento del glande (cabeza del pene) o de los labios mayores, intensa piquiña e irritación, secreción de color amarillenta-verdosa y de mal olor, ardor al orinar y molestia durante el acto sexual.

Se detecta con mayor facilidad en los hombres. En ciertas ocasiones puede ser asintomática en las mujeres, motivo por el cual lleva un poco más de tiempo detectarla y darle tratamiento, por eso es importante la visita al ginecólogo.

Virus del Papiloma Humano (VPH): Son un grupo de virus que se transmiten a través de las relaciones sexuales sin uso del condón y que producen lesiones en la piel y las mucosas. El VPH puede manifestarse como condilomas o verrugas o como lesiones planas en los genitales internos y externos, el ano, la boca y la faringe. Algunos tipos de virus pueden producir modificaciones en las células, llegando a producir cáncer de cuello uterino.

Herpes Genital: Es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) producida por dos tipos de virus. Se transmite por contacto directo con las áreas afectadas durante las relaciones sexuales sin protección del condón y también al bebé durante el parto. Entre tres y 14 días después del contagio aparecen pequeñas ampollas en los genitales externos y alrededor de la boca o el ano.

Después de algunos días las ampollas se revientan y aparecen unas úlceras diminutas. Pueden presentarse fiebres, malestar general y dolor muscular. Estos síntomas pueden desaparecer al cabo de una semana pero la infección continúa por el resto de la vida.

Ladillas: También conocidas como piojos del vello púbico son insectos diminutos, de cuerpo plano y sin alas, que viven en la piel y son considerados una Infección de Transmisión Sexual (ITS), aunque también se pueden adquirir por usar camas, ropa, toallas o baños que han sido utilizados por una persona infectada.

Las ladillas son de color marrón claro y del tamaño de una cabeza de alfiler, se alimentan de la sangre del cuerpo, pero pueden vivir hasta 24 horas fuera de él. Parecen costras pequeñas a simple vista, sus huevos pueden verse en forma de puntos blancos pegados al vello. El período de incubación de los huevos es de seis a ocho días.

Es posible tener piojos púbicos sin tener ningún síntoma. Cuando se tienen síntomas, éstos habitualmente aparecen de cinco días a varias semanas después de que la persona ha estado expuesta. Se puede tener piquiña intensa cerca del

área genital. La rasquiña se debe a una reacción alérgica a las mordeduras. Los piojos púbicos se diagnostican haciendo un examen físico del área infectada y requieren atención médica.

DETECCIÓN DE LAS ITS

Algunas ITS no presentan síntomas. Para detectarlas es necesario acudir al médico y practicarse exámenes de laboratorio. Otras pueden manifestarse con los siguientes síntomas:

Mujer:

- Flujo vaginal anormal, generalmente acompañado de mal olor
- Dolor en la parte baja del abdomen
- Ardor o piquiña en o alrededor de la vagina
- Dolor dentro de la vagina en las relaciones sexuales

Hombre:

- Secreción de pus por la uretra

Tanto en Hombres como en Mujeres:

- Ardor al orinar
- Flujos con olor y color distinto al tradicional
- Dolor abdominal.
- Rasquiña e irritación en los órganos genitales.
- Aparición de granos, verrugas, ampollas o cambios no comunes en los genitales. Úlceras.

Cuando una persona detecta algún cambio o irregularidad en los órganos genitales debe acudir al médico inmediatamente.

Las Hepatitis B y C son enfermedades de alta mortalidad e inicialmente, después del contagio son asintomáticas y los primeros síntomas en aparecer no están en el área genital sino digestiva.

En el hombre, generalmente, los primeros síntomas de una ITS son externos y fáciles de percibir; en la mujer, son internos y más difíciles de descubrir.

Aunque la mayoría de las ITS comienzan en los genitales externos, pueden complicarse y afectar otros órganos. En las mujeres la complicación más frecuente es la Enfermedad Pélvica Inflamatoria, la que puede ocasionar infertilidad, dolor

pélvico crónico y embarazo ectópico asociado con la muerte de la madre. Además pueden producir, entre otras, cáncer del cuello de útero y alteraciones del embarazo.

En los hombres pueden ocasionar enfermedades de los testículos, el epidídimo y la próstata, infertilidad o incapacidad de tener hijos.

Recuerda, si no prestas atención a los síntomas, esto te puede pasar:

- Infectar a otras personas
- Esterilidad
- Cáncer
- Dolor en las relaciones sexuales
- Pones en riesgo tu vida

TRATAMIENTOS

Si una persona cree tener una ITS debe acudir inmediatamente al (la) médico/a. Recuerde que estas consultas son completamente confidenciales y que la ayuda profesional es fundamental.

La mayoría de la ITS tiene tratamiento y requieren también tratamiento para la pareja o parejas, siga las instrucciones y tome los medicamentos que le formulen. No tenga relaciones sexuales hasta asegurarse que la infección ha desaparecido completamente.

A continuación se relacionan algunas ITS y sus tratamientos:

TRICOMONIASIS

Los medicamentos se pueden tomar por vía oral. Ambos integrantes de la pareja deben ser tratados para evitar la re-infección, y se debe evitar el contacto sexual hasta que ambos hayan terminado de tomar los medicamentos prescritos y estén libres de síntomas.

INFECCION POR CLAMIDIA

Las infecciones por clamidias usualmente pueden curarse tomando antibióticos durante un periodo de 7 a 14 días.

GONORREA

La gonorrea se detecta con una prueba de cultivo. Se obtiene una muestra de la secreción del cuello uterino de la mujer o de la uretra del hombre. Esta muestra se

analiza en el laboratorio para ver si está presente la bacteria que produce la gonorrea. La gonorrea puede ser tratada con antibióticos. Para evitar la reinfección, todas las parejas sexuales de la persona enferma deben ser sometidas a tratamiento. Sin embargo, al igual que otras infecciones, las complicaciones resultantes de la gonorrea, incluyendo la infertilidad pueden ser irreversibles.

CONDILOMAS

Los condilomas o verrugas genitales pueden ser eliminadas mediante tratamiento con aplicación local de una sustancia química, pero ningún tratamiento puede eliminar el virus que produce esta infección (Virus del Papiloma Humano). El o la paciente puede experimentar algo de dolor varias horas después de que el medicamento es aplicado. Si el tratamiento con la sustancia química fallara o si las verrugas son extensas, las mismas pueden ser eliminadas mediante cirugía convencional o con rayo láser. Esta infección no tiene cura.

HERPES GENITAL

Aunque no existe cura para el herpes genital, están siendo probados y/o usados medicamentos y vacunas antivirales. Aunque es difícil vivir con herpes hay tratamientos eficaces que disminuyen la frecuencia e intensidad de los efectos colaterales. La terapia con medicamentos por vía oral usualmente es bien tolerada y puede suprimir los ciclos de reurrencia. También existen ungüentos especiales, que contienen el medicamento antiviral, para aplicar sobre las áreas afectadas.

SIFILIS

El diagnóstico se hace a partir de una muestra del líquido extraído de la úlcera durante las primeras etapas de la infección o a partir de una muestra de sangre (llamada Serología o VDRL). Después de que el chancro (úlceras) desaparece, un análisis de sangre es el único método cierto para detectar la sífilis. Algunas inyecciones que contienen antibióticos pueden curar la sífilis, pero no deshacen ningún daño que ya se haya producido. Las mujeres embarazadas deben recibir tratamiento de inmediato. El tratamiento puede evitar que el feto sufra daños posteriores, pero no cura ninguna complicación que ya esté presente.

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO

Un comportamiento de riesgo es una acción o conjunto de acciones y actitudes que asumen las personas exponiéndose directamente a la probabilidad de desarrollar un problema o situación que afecta su vida o su salud. Tener relaciones sexuales sin el uso del condón puede clasificarse como un comportamiento de riesgo, que nos pone en riesgo de contraer una Infección de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el VIH/SIDA.

Los comportamientos sexuales tienen diferentes niveles de riesgo para las diferentes Infecciones de Transmisión Sexual. El riesgo aumenta en la medida en que se entra en contacto con fluidos corporales. Cabe anotar que a través del sexo bucogenital (oral), así no haya eyaculación en la boca se pueden contraer una ITS como la Gonorrea o la Sífilis.

La siguiente clasificación de comportamientos no está establecida como un listado de cosas permitidas o prohibidas. Simplemente, cuanto más factible sea el intercambio de fluidos corporales, mayor será el riesgo de infección.

Si bien, la probabilidad de infección por tener relaciones desprotegidas con una persona infectada no es del 100 por ciento, tampoco es 0 por ciento. Al igual que para el embarazo. No siempre las relaciones sexuales conllevan a un embarazo, pero una sola relación sexual puede ser suficiente para embarazarse o adquirir una Infección de Transmisión Sexual, incluido el VIH/SIDA.

SIN RIESGO

- Masturbación en pareja sin heridas en la piel
- Masturbación solitaria
- Tocar, acariciar, lamer la piel sin tocar los genitales
- Besos
- Caricias
- Frotación de los cuerpos
- Abrazos
- Masajes
- Masaje erótico
- Hablar o fantasear
- Postergar el inicio de tus relaciones sexuales hasta que te sientas preparado/a.

RIESGOSO

- Sexo bucogenital (oral) a un hombre sin usar condón. Se aumenta el riesgo si se eyacula en la boca y además existen lesiones bucales o faríngeas como encías sangrantes, heridas, úlceras, abscesos dentarios, infecciones de la garganta o ITS orales. No hay que olvidar que el líquido que se secreta como lubricante antes de la eyaculación y durante la erección puede contener el VIH.
- Sexo bucogenital (oral) a una mujer sin una barrera de protección (tal como papel celofán o un condón cortado).
- Contacto boca-ano. Riesgo de transmisión de Hepatitis B.
- Contacto de semen o secreciones vaginales con heridas en la piel.

MUY ALTO RIESGO

Son de alto riesgo los comportamientos que impliquen penetración sin protección (uso del condón). El riesgo es aún mucho mayor si existe eyaculación.

- Relación sexual anal sin usar condón
- Relación sexual vaginal sin usar condón

PREVENCIÓN DE ITS

La forma más eficaz para evitar adquirir una ITS durante la relación sexual es usar siempre y de manera adecuada el condón. Para conocer más, consulta la sección de VIH/SIDA

Y SI TU PAREJA NO QUIERE USAR EL CONDÓN

Una estrategia eficaz para ayudar a negociar el uso del condón es revisar las diferentes objeciones que las personas establecen sobre el uso de condón y las posibles respuestas:

Si su compañero/a dice:	Usted puede decir:
“No me gusta usar condones. No se siente lo mismo”.	“Si al protegernos no nos estamos preocupando por un embarazo, una ITS o el VIH, sentiremos más placer”.
'Nunca hemos usado condones'	- 'No quiero correr más riesgos' - '¿Te das cuenta los sustos que hemos pasado?' - 'Nunca es tarde para reconocer los riesgos'
“No es muy placentero usar condón”	- “No es placentero tener un embarazo no deseado, adquirir una ITS o el VIH” - 'Si nunca lo hemos usado no sabemos cómo se siente' - 'Probemos' - 'A mí si me gusta' - 'Mirémoslo como parte de la relación'
“Al ponérmelo todo se interrumpe”	- 'No, si te ayudo a ponértelo' - 'Pero si no se demora tanto'
'¿No confías en mí?’	- 'Si, pero no sabemos de infecciones adquiridas en el pasado, tanto tuyas como mías' - 'Algunas ITS no tienen síntomas. Vayamos a lo seguro y usemos condón'
¿Por qué debemos usar el condón? ¿Crees que tengo SIDA?	'No solo las personas que tienen VIH/SIDA deben usar condones'
'No tengo condones'	'Yo sí'

¿Qué es VIH?

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un microorganismo que ataca al sistema de defensas de las personas. Al debilitarlo contra las enfermedades, hace que el organismo sea vulnerable a una serie de infecciones y cánceres, algunos de las cuales ponen en peligro la vida.

¿Qué significa exactamente la palabra sida?

La palabra sida significa:

S: Síndrome, porque hace referencia a un grupo de síntomas que indican o caracterizan colectivamente a una enfermedad.

I: Inmuno, porque hace referencia al sistema de defensas del organismo o sistema inmunológico.

D: Deficiencia, pues se trata de la carencia de algo, en este caso de las defensas del organismo.

A: Adquirida, porque la enfermedad no es hereditaria sino que se adquiere por una de las vías a través de las cuales se transmite el VIH.

¿Qué es el sida?

Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Se considera la etapa más avanzada del proceso, que empieza con la infección por el VIH. El sida se caracteriza por la manifestación clínica de dichas infecciones, debido a que las células de defensa están en niveles muy bajos y la carga del virus en la sangre es muy alta. Sin tratamiento antirretroviral, los síntomas comienzan a aparecer entre tres (3) y cinco (5) años después de adquirida la infección.

Los avances en el tratamiento han llevado a que las personas que viven con el virus logren mantener muy buena salud por más de 10 años y que cada vez se retrase más la aparición del sida.

¿Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA?

El VIH es el agente infeccioso que causa el sida, pero no todos los que viven con VIH tienen sida, porque el sida aparece únicamente cuando la destrucción de los glóbulos blancos (linfocitos) es lo suficientemente importante como para que el organismo no tenga como defenderse. En esta situación, microorganismos como los virus, las bacterias, los hongos y los parásitos aprovechan para entrar en el cuerpo, se multiplican y provocan la aparición de infecciones oportunistas tales como la tuberculosis y la toxoplasmosis, entre otras.

No todos los que tienen VIH tienen sida; sin embargo, todos los que tienen sida se han infectado previamente con el VIH.

¿Cuáles son las tres vías de transmisión del VIH/sida?

Tanto en la fase en que no hay síntomas (infección por VIH) como en aquella en que aparecen los síntomas (sida) las personas transmiten el virus a través de tres vías:

- **Vía sexual:** a través de relaciones sexuales sin protección, es decir, sin uso del condón. El sexo oral también se considera una forma de transmisión del VIH porque hay líquidos corporales que contienen el virus, tal como el semen y las secreciones vaginales, que entran en contacto con la mucosa oral.
- **Vía sanguínea:** por compartir objetos cortopunzantes contaminados con el VIH. La mayoría de los casos reportados en el mundo ocurren por compartir jeringas contaminadas que se utilizan en el consumo de drogas intravenosas, o por transfusiones de sangre no examinada previamente para la detección del virus.
- **Vía perinatal:** cuando la madre está infectada con el VIH, el virus puede pasar al feto o recién nacido; durante el embarazo, a través de la placenta; durante el parto, porque al pasar por el canal de parto entra en contacto con la sangre materna; y durante la lactancia materna, ya que la leche de la madre contiene el VIH.

¿Cuáles son los líquidos corporales que tienen el VIH y que al entrar en contacto con las mucosas corporales lo transmiten?

El semen, los fluidos vaginales, la sangre y la leche materna son líquidos corporales que pueden transmitir el VIH.

¿Cómo NO se transmite el VIH?

No es posible infectarse a través de las siguientes maneras:

- Dar o recibir caricias.
- Dar o recibir besos.
- Dar o recibir abrazos.
- Compartir el teléfono.
- Visitar personas enfermas.
- Compartir comida, cubiertos o vasos.
- Bañarse en piscinas públicas.
- Utilizar el mismo sanitario.
- Por picaduras de mosquitos o insectos.

- Trabajar, relacionarse o convivir con personas infectadas con el VIH.
- Donar sangre.

¿Cómo puedo saber si estoy infectado por el VIH?

Se puede saber si una persona se ha infectado con el VIH, realizando una prueba sanguínea.

¿Qué pruebas sanguíneas detectan el virus del VIH?

La prueba que detecta este virus es la de Elisa, la cual debe ser confirmada mediante un segundo examen denominado Western Blot.

¿Qué es la prueba de Elisa?

La prueba de Elisa para VIH es un examen de laboratorio que detecta los anticuerpos, es decir, las sustancias que produce el cuerpo para defenderse de los microorganismos. Esta prueba es presuntiva, su resultado debe confirmarse a través de un segundo examen: el Western Blot.

¿Qué es el Western Blot?

Cuando el resultado del test de Elisa es positivo, se realiza este examen para confirmar el diagnóstico; si el resultado de este es nuevamente positivo, se concluye que la persona está infectada por el VIH.

¿Qué significa un resultado positivo de una prueba confirmatoria como el Western Blot?

- Que los anticuerpos del VIH han sido detectados en la sangre del consultante.
- La persona está infectada con el VIH y puede transmitirlo a otras personas.
- No significa que la persona tiene el sida.

¿Qué significa un resultado negativo de un test de Elisa?

Significa que los anticuerpos del VIH no han sido detectados en la sangre del consultante, bien sea porque la persona no está infectada con el VIH o porque se encuentra en el período de ventana inmunológica.

¿Qué es el período de ventana inmunológica?

Es el período comprendido entre el momento en que la persona se infecta por VIH y la aparición de los anticuerpos. Este periodo dura en promedio tres meses, si la prueba de Elisa se realiza en este tiempo va a dar negativa.

Este resultado se llama falso negativo. Por esto se recomienda, si se considera haber estado expuesto al virus, repetir la prueba tres meses después. Durante el periodo de ventana inmunológica es posible transmitir el VIH.

¿Cómo proceder cuando se tuvo una actividad sexual de riesgo y la persona quiere hacerse la prueba?

Debe esperar tres meses para solicitar la prueba y evitar tener relaciones sexuales sin protección (sin condón) durante este período, ya que si está infectado puede transmitir el virus a otras personas.

¿Qué es la seroconversión?

La seroconversión es el momento en el que aparecen los anticuerpos del VIH. Es decir la persona pasa de ser seronegativa a ser seropositiva. Durante este proceso algunas veces la prueba puede dar un resultado indeterminado.

¿Qué es un resultado indeterminado?

Un resultado indeterminado significa que la presencia o ausencia de anticuerpos del VIH en la sangre del consultante no ha sido confirmada. Se debe a que:

- La persona se encuentra en el período de seroconversión.
- La persona tiene un estado de salud que afecta el test de VIH, como cuando existe artritis y otras enfermedades autoinmunes.

¿Qué se debe hacer si se tiene un resultado indeterminado?

Repetir el test entre uno y tres meses después del primero.

¿Cómo prevenir la transmisión del VIH por vía sexual?

La transmisión por vía sexual se puede prevenir así:

- Usando el condón en todas las relaciones sexuales. El condón es el método más efectivo para evitar la transmisión del VIH.
- Practicando el sexo seguro, es decir, todas aquellas relaciones sexuales que no son de tipo penetrativo.
- Retrasar el inicio de la vida sexual.
- Negociar con nuestra pareja la realización de la prueba para el VIH antes de tener relaciones sexuales con ella. Igualmente, negociar el método para protegernos.

¿Cómo prevenir la transmisión por vía sanguínea?

La transmisión por vía sanguínea se puede prevenir así:

- Evite el contacto con la sangre de otras personas.
- Asegúrese de no entrar en contacto con agujas, jeringas o elementos cortopunzantes que han estado expuestos a sangre o a fluidos de otras personas.
- En caso de transfusiones sanguíneas, exigir el sello nacional de calidad.
- En caso de cirugía programada, solicitar la autotransfusión.

¿Cómo evitar la transmisión del VIH por la vía perinatal?

Para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Tomar los medicamentos antirretrovirales.
- La cesárea es la forma de parto que se debe utilizar con el fin de evitar la transmisión a través del paso del bebé por el canal del parto (vagina).
- No dar pecho a su bebé porque la leche materna contiene el virus.

4. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El manejo inadecuado de la salud sexual y reproductiva es una problemática visible en nuestra sociedad, debido a las consecuencias desafortunadas que ha traído para nuestra población como lo son los incrementos en los embarazos en adolescentes y el aumento de los casos de personas con infecciones de transmisión sexual, esto debido a la falta de estrategias efectivas y espacios donde los jóvenes puedan acceder a información confiable y veraz que permitan el aseguramiento de la calidad de la salud sexual y reproductiva.

Según la ONUSIDA: “El número total de casos notificados hasta 31 de diciembre de 2005 asciende a 46.815 casos de infección por VIH y de SIDA, de las cuales 28.060 corresponden a personas con VIH, 10.283 a personas viviendo con SIDA. La mortalidad acumulada en el periodo fue de 13.194 casos” y Según e El director del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Diego Palacio: “Hay un ligero aumento en el embarazo de los adolescentes en los últimos años. Hacia 1990 la fecundidad estaba alrededor de 70 por cada mil mujeres de 15 a 19 años. En el 2005, el indicador se elevó a 90 por cada mil mujeres”.

Lo anterior en conexo con circunstancias de riesgo como el hecho de que el municipio de Amalfi sea productor de drogas ilícitas, situación que ha permitido el aumento en el consumo de estas sustancias en los jóvenes, facilita una vulnerabilidad mayor ya que el uso del preservativo se reduce lo que lleva a una mayor posibilidad de contagio de ITS y de embarazos no deseados.

La incertidumbre de los jóvenes frente a la posibilidad latente de estos riesgos afecta de forma considerable su futuro y reduce sus posibilidades de progreso, por lo cual la reactivación y funcionamiento eficiente de la Red de apoyo en salud sexual y reproductiva se hace tan importante en la comunidad amalfitana, mediante las actividades que realizara en pro de la juventud y la aseguración de sus derechos.

5. JUSTIFICACIÓN

Los embarazos en adolescentes y las infecciones de transmisión sexual son una problemática creciente en el municipio de Amalfi en donde en el presente año se han presentado 6 casos de sífilis, 5 de gonorrea, 9 de tricomaniasis y 3 de VIH, además de los casos no detectados pues el nivel actual de concientización sobre la importancia de realizarse las pruebas de ITS en la población es muy baja, por lo cual se estima que hay muchos más casos sin identificar. En cuanto a los embarazos en adolescentes en las estadísticas realizadas hasta el año 2009, el 30,58% del total registrado de nacidos vivos en el índice de natalidad, corresponde a mujeres entre los 12 y 19 años de edad, estas situaciones se constituyen en un problema de salud pública en el municipio.

Esto tiende a agravarse debido a la población flotante que hay en el municipio de Amalfi, a la construcción de hidroeléctricas, a la fiebre minera y la difícil situación de proliferación de cultivos ilícitos, que atraen una cantidad alta de forasteros que traen consigo infecciones y enfermedades y que dejan un alto índice de madres solteras.

Es por todo lo anterior que se hace necesario asegurar los derechos sexuales y reproductivos, trabajo con el que busca continuar la red social de apoyo aportando en la promoción del uso adecuado de métodos de planificación familiar y a la prevención de infecciones de transmisión sexual, pretendiendo ser constituida por adolescentes en su mayoría resaltando la importancia de la educación de pares, pues son precisamente los jóvenes quienes por falta de experiencia, información veraz y asesoría adecuada son los más vulnerables en la violación a sus derechos.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Lograr una defensa eficaz de los derechos sexuales y reproductivos mediante la definición de estrategias de promoción en el uso adecuado de los métodos de planificación familiar y en la prevención de infecciones de Transmisión sexual que permitan fortalecer la Red de Apoyo de salud sexual y reproductiva, para que esta a su vez transmita dicha información a la comunidad joven del municipio de Buga, durante el primer semestre del año 2012, con el propósito de mejorar la calidad de vida de esta población.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Capacitar a los integrantes de la Red de apoyo frente al uso adecuado de los métodos de planificación familiar y en la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Desarrollar actividades dentro de la comunidad Bugueña que permitan la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con el fin de promover los métodos de planificación familiar y prevenir las ITS en la comunidad.
- Evaluar los alcances de las actividades realizadas con la Red y a su vez con la comunidad joven del municipio de Buga frente al uso adecuado de los métodos de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual.

7. METODOLOGÍA

En el siguiente proyecto se implementó una metodología acción-participativa en donde en primera instancia se establecieron las actividades a realizar con los integrantes de la red social de apoyo en salud sexual y reproductiva, y para ello se invitó además de los integrantes que ya venían haciendo parte de este grupo, a jóvenes de las diferentes instituciones Educativas del municipio de Buga para que formaran parte de la Red.

Estas actividades se enmarcaron en un cronograma con el objetivo de ser cumplido a cabalidad, estas incluyeron fortalecimiento de los conocimientos en métodos de planificación familiar e infecciones de transmisión sexual de los integrantes del grupo mediante diferentes dinámicas y actividades que se realizaron en las reuniones de la red que tenían una frecuencia de cada 15 días, adicional a esto sí era requerido se convocaron a reuniones extraordinarias como se presenta a continuación:

- En la primera reunión se dio la bienvenida a los nuevos jóvenes integrantes de la red que forman parte de las Instituciones educativas del municipio, de igual forma se definieron actividades para proyectar la red hacia la comunidad, estableciendo un cronograma.
- Se convocó a una reunión extraordinaria en donde se planeó un stand de salud sexual y reproductiva para formar parte de la semana de la salud mental y la juventud, evento que se realiza en el municipio cada año, además se elaboraron las carteleras que identificaron a la red en cada actividad de esta semana.
- Se trató el tema de Infecciones de transmisión sexual, mediante un video con entrevistas, que se realizó con jóvenes amalfitanos donde estos hablaron de I.T.S desde el contexto del municipio, esto permitió que la red identificara los mitos y la falta de información en nuestra comunidad permitiendo aclarar dudas y ampliando los conocimientos en el tema.

Finalmente el impacto se midió con la realización de un videoclip donde se observaron las opiniones desde la experiencia personal con el trabajo realizado con la Red Social de Apoyo en Salud Sexual y Reproductiva con los integrantes de la Red y la comunidad Bugueña.

8. RESULTADOS

Con estas actividades se logro ampliar los conocimientos en salud sexual y reproductiva en estos jóvenes además de concientizarlos en la importancia de asesorarse adecuadamente sobre este tema y a participar de las actividades y grupos, que les permitan ampliar sus conocimientos y visión de los diferentes aspectos que rodean sus vidas y que a la vez les permiten ayudar e involucrarse con la comunidad.

Con estas actividades se identificaron los grandes vacios y desinformación que hay dentro de los jóvenes sobre sexualidad lo que confirmo la pertinencia de seguir trabajando con esta población, además se aclararon dudas sobre los temas tratados, lo que fue bien recibido por los jóvenes y por algunas instituciones educativas.

CONCLUSIONES

La red de apoyo en salud sexual y reproductiva es una excelente herramienta que tienen los organismos de salud locales para impactar de forma positiva a la comunidad y reducir los índices de embarazos no deseados e ITS.

Se hace imprescindible y urgente intensificar los esfuerzos por educar de forma adecuada en el tema de la sexualidad a la comunidad en general, porque la ignorancia y la falta de información veraz sobre este tema, se ha convertido en la base del problema de salud pública que aqueja a nuestra población.

Es necesario ser creativos y dinámicos al momento de formular estrategias que permitan un verdadero impacto, de forma especial en la población juvenil, pues esto es determinante para una buena comprensión de la información que se les transmite.

Es importante incluir poblaciones vulnerables discriminadas como lo son las trabajadoras(es) sexuales, en la fase de prevención y vigilancia epidemiológica, de forma especial en el tema de ITS y embarazos no deseados, porque de estas personas no solo depende su propia salud y bienestar, sino también la salud y bienestar de una cadena de seres humanos.

Para la ejecución exitosa de este tipo de proyectos dirigidos a la comunidad es indispensable la colaboración y articulación de todos los entes involucrados como lo son la alcaldía municipal, la dirección local de salud, las Instituciones prestadoras de salud, las Instituciones educativas y todas las demás entidades influyentes dentro de la sociedad.

RECOMENDACIONES

Dar continuidad al trabajo de la red de apoyo en salud sexual y reproductiva y no permitir su desactivación, debido a que la labor que desempeña en la comunidad es de alto impacto.

Es necesario continuar educando y realizando actividades con el tema de la sexualidad, enmarcado en un proceso que inicie con los niños en las Instituciones Educativas, que permitan que cuando lleguen a su juventud asimilen y continúen con el proceso en el tema de salud sexual y reproductiva adecuadamente.

Incrementar las acciones de prevención de I.T.S en poblaciones vulnerables como lo son las trabajadoras sexuales, puesto que esto a su vez es una acción de control epidemiológico importante.

BIBLIOGRAFÍA

KATZUNG, Bertram. Farmacología básica y clínica. Editorial manual moderno. Edición 10°

<http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/SALUD.html>

<http://www.onusida.org.co/documentos/UNGASS%20marzo%2006.pdf>

http://www.onusida.org.co/der_sex_rep.htm

http://www.profamilia.org.co/jovenes/004_temas/04enfermedades.htm

http://www.profamilia.org.co/jovenes/004_temas/03derechos.html

www.profamilia.org

www.opinionysalud.com