

PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA DE AGENTES
DE SALUD Y COMUNIDAD DE LA LOCALIDAD SANTAFÉ, BOGOTÁ:
APROXIMACIONES CUALITATIVAS A LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

ANYA SUÁREZ GÓMEZ
JAIRO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ
2015

PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA DE AGENTES
DE SALUD Y COMUNIDAD DE LA LOCALIDAD SANTAFÉ, BOGOTÁ:
APROXIMACIONES CUALITATIVAS DESDE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ANYA SUÁREZ GÓMEZ
JAIRO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

Trabajo de Grado

Asesor
EDGAR FERNANDO MUNAR
Docente
Universidad El Bosque

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ
2015

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá Octubre 30 del 2015

DEDICATORIA

A la memoria de mi madre, cuyo sacrificio y esfuerzo forjaron mi proyecto de vida y son la fuente de inspiración y fortaleza para seguir adelante.

A mis hermanos, sobrinos y amigos por ser mi soporte emocional de manera incondicional a través de los años.

A Guillermo Clavijo por la paciencia y por ser mi compañero de viaje en éste maravilloso camino llamado vida.

Esto es para ustedes.

Jairo

A mis amados hijos Isabellita y Samu por tener la paciencia de no tener a su mamá cerca durante este periodo, a mis padres que siempre han sido mi gran apoyo, a mis tías y mis primos que han estado ahí siempre para darme ánimos para acabar este proyecto.

A María Luisa por su apoyo incondicional y finalmente a la persona quien introdujo esta idea de realizar una Maestría: Santos Millán.

Este logro es para ustedes

Anya

AGRADECIMIENTOS

Nuestros sinceros agradecimientos a los docentes de la Universidad el Bosque quienes aportaron con sus conocimientos a la materialización de éste proyecto.

A los colaboradores del Hospital Centro Oriente E.S.E. del programa Territorios Saludables por permitirnos conocer y aprender de su quehacer diario en el mundo de la Salud Pública.

Al grupo de adolescentes y jóvenes del Territorio Laches quienes participaron en éste proyecto, por su buena disposición y sinceridad durante la realización del mismo.

A nuestros asesores, especialmente a Fernando Munar, por la paciencia y dedicación en el logro de ésta meta personal y profesional, éste triunfo también es de alguna manera suyo.

A nuestros familiares y amigos por su buena energía y apoyo constante.

Contenido

GLOSARIO.....	11
INTRODUCCIÓN	16
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	26
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	28
JUSTIFICACIÓN	29
OBJETIVO GENERAL.....	32
OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	33
MARCO REFERENCIAL.....	34
CAPÍTULO 1: POLITICA DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA	34
1.1 Definición de Política.....	34
1.2 Política y Sexualidad: caminos paralelos	35
1.3 Etapas en la construcción de una política	37
1.4 La Política y el espacio público en la determinación de la salud	39
CAPITULO 2: TEORÍA DE MEMES Y CULTURA	42
2.1 La cooperación emergente en la cultura	47
CAPÍTULO 3: TEORÍA DE LA ACCIÓN.....	52
3.1 El lenguaje en relación con la acción	52
3.2 La política pública entendida como acción pública	55
4. DISEÑO METODOLÓGICO	57
4.1 Diseño Del Estudio	57
4.2 Etapa De Revisión Documental	57
4.3 Entrada De Datos	59
4.3.1 Técnicas De Organización Y Análisis De La Información	59
4.3.2 Técnicas E Instrumentos De Recolección De Información	60
4.4 Identificación De Variables.....	61
4.5 Población	63
4.6 Lugar.....	64
4.7 Temporalidad	64
4.8 Muestreo	64
4.9 Estrategia E Instrumentos De Recolección	65
4.10 Entrevista.....	66
4.10.1 Entrevistas.....	66
4.10.2 Relatos.....	67
4.11 Plan De Análisis.....	68
4.11.1 Técnicas De Validación De La Información	68
4.12 Identificación, Clasificación Y Validación De Las Variables Que Intervienen En La Problemática	69
5. RESULTADOS	74
5.1 Promoción De La Salud Sexual Reproductiva De Los/ As Adolescentes Mediante Estrategias De IEC.....	74
5.2 Coordinación Intersectorial E Interinstitucional.....	76
5.3 Fortalecimiento De La Gestión Institucional.....	78
5.4 Fortalecimiento De La Participación	80

5.5 Potencialización De Las Redes De Apoyo	83
6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	86
6.1 Promoción De La Salud Sexual Reproductiva De Los/ As Adolescentes Mediante Estrategias De IEC.....	86
6.2 Coordinación Intersectorial E Interinstitucional.....	88
6.3 Fortalecimiento De La Gestión Institucional	89
6.4 Fortalecimiento De La Participación	90
6.5 Potencialización De Las Redes Sociales De Apoyo	91
CONCLUSIONES.....	93
RECOMENDACIONES	97
ASPECTOS ETICOS	100
ANEXOS.....	101
BIBLIOGRAFIA.....	110

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Matriz de doble entrada, modelo general	59
Tabla 2. Matriz de doble entrada. Datos agentes de salud	70
Tabla 3. Matriz de doble entrada. Datos adolescentes y jóvenes	71

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Actos que intervienen en la comunicación	53
Figura 2. Etapas del estudio	73

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Entrevistas a profundidad a agentes de salud	102
Anexo B: Entrevistas a profundidad a adolescentes y jóvenes	104
Anexo C: Relatos sobre salud sexual reproductiva	106
Anexo D: Consentimiento informado a agentes de salud, adolescentes y jóvenes	109

GLOSARIO

Agente de salud: recorren y caracterizan a las familias y el territorio donde habitan, garantizando, en términos generales: notificación de eventos de Salud Pública, Intervenciones de Resolución de problemas de salud-enfermedad y Gestión transectorial, realizan lectura de necesidades e identificación de la vulnerabilidad familiar.

Asimetría de la información: referido al ámbito del mercado, la información es asimétrica si alguna de las partes de la negociación o del contrato, en beneficio propio, no revela información que afectaría los términos del contrato. En el mercado de bienes y servicios la información es asimétrica cuando al consumidor le resulta costoso verificar los atributos del producto, pero por otra parte, el productor conoce perfectamente bien las características del bien o servicio que está vendiendo (<http://revistainvestigacionenfermeria.javeriana.edu.co/files/66.pdf>, último acceso 23 de noviembre 2015).

Atención Primaria En Salud: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/, último acceso 19 de octubre 2015)

Canalización: Dirigir a la comunidad a ejercer sus derechos a los diferentes servicios según la necesidad identificada por el personal de salud.

Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR): derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción.

(<http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf>,

último acceso 21 de octubre 2015)

Estrategia Territorios Saludables: modelo de atención en salud para Bogotá, con diseño, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones en salud individuales y colectivas.

llocución: la fuerza de la denuncia.

Investigación Cualitativa de tipo participativo: Actividad que combina la forma de interrelacionar la investigación y las acciones en un determinado campo seleccionado por el investigador, con la participación de los sujetos investigados. El fin último de este tipo de investigación es la búsqueda de cambios en la comunidad o población para mejorar sus condiciones de vida. (https://es.wikipedia.org/wiki/Investigación_cualitativa, último acceso 21 de octubre 2015)

Locución: denuncia de un evento.

Matriz o Cuadro de Doble Entrada: Tipo de operación de registro que permite organizar, sistematizar y comparar la información a partir de columnas horizontales y verticales que concentran y relacionan la información que se ha obtenido a partir de una lectura.

(<http://portalacademico.cch.unam.mx/alumno/tlriid1/unidad3/operacionesderegistro/cuadrodedobleentrada>, último acceso 24 de octubre 2015.)

Meme: Referido al término mimesis (imitación) y mem (memoria). Los memes son las unidades de información discreta de herencia cultural. Es la unidad básica de transmisión cultural o de imitación. Según esta definición, todo lo que llamamos cultura se compone de partículas o elementos que compiten entre sí; se propagan pasando de mente a mente de la misma forma que los genes lo hacen mediante la esperma y los huevos.

Memeplex: memes que se transmiten, copian y propagan conjuntamente; a veces para que nos infecte y se propague uno de ellos, el que de verdad interesa a quien lo propone, ha de presentarse acompañado y envuelto en otros. (Blackmore S. The Meme Machine. London: Oxford University Press; 2000)

Perlocución: los efectos de la denuncia.

Plan de Intervenciones Colectivas (PIC): El Plan de Salud de Intervenciones Colectivas (PIC), incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades que debe desarrollar el Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud de alta externalidad, para contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, las cuales son complementarias a las acciones

de promoción, prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Resolución 425 de 2008).

Plan Obligatorio de salud (POS): conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y está complementado con el reconocimiento de prestaciones económicas en caso de licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general

(https://es.wikipedia.org/wiki/Plan_Obligatorio_de_Salud, último acceso 29 de septiembre 2015).

Política de Salud Sexual Reproductiva: recoge los compromisos adquiridos por Colombia en los instrumentos internacionales de derechos humanos y en las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios como la opción libre e informada de la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción

(http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/salud_sexual1.php, último acceso 24 de octubre 2015).

Salud Sexual Reproductiva (SSR): La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (<http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf>, último acceso 25 de octubre 2015).

Sexualidad: La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.

Triangulación: Técnica de análisis de datos más característico en la investigación cualitativa. El principio básico consiste en recolectar y analizar datos desde distintos ángulos para compararlos y contrastarlos entre sí.

Vínculo: proveniente del latín “vinculum” y significa unión, lazo, atadura. Pueden existir vínculos materiales, como el que une a alguien con sus bienes, vínculos espirituales como los que reúnen a los miembros de una nación, o a los amigos, o al hombre con Dios, o vínculos de sangre que unen a los miembros de una familia entre sí, generando a su vez entre ellos también vínculos afectivos. Otros vínculos son profesionales como los que unen al médico con su paciente, o vínculos laborales como los que se establecen entre patrones y empleados. Algunos son voluntarios y otros impuestos por la naturaleza o por la ley. (<http://deconceptos.com/general/vinculo>, último acceso 27 de octubre 2015).

INTRODUCCIÓN

Antecedentes de políticas de salud sexual reproductiva

A Nivel Global

En el escenario mundial se ha dado importancia al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción (Ministerio de la Protección Social, 2003). Éstos principios se ha plasmado en las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de Salud Sexual Reproductiva. Otras conferencias internacionales relevantes son la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y las conclusiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas del año 2001, sobre la epidemia de SIDA en el mundo (Ministerio de la Protección Social, 2003).

En la década del 70, en la cual se llevó a cabo la I Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1974), algunos países iniciaron la aplicación de políticas de “control de la natalidad” en consideración a que se sostenía que el crecimiento demográfico obstaculizaba el desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). De la II Conferencia celebrada en 1984 se destaca el reconocimiento de los estrechos vínculos existentes entre la población, los recursos, el medio ambiente y el desarrollo, pero se mantuvo la presión a los países pobres para que redujeran sus tasas de natalidad.

La III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), representa un hito en el reconocimiento de los derechos reproductivos, como derechos humanos; allí se inscriben los asuntos de la sexualidad y la reproducción en las personas como sujetos morales y seres autónomos con capacidad para decidir, sin presiones, incentivos o violencia.

En la IV Conferencia de la Mujer en Beijín, en 1995, los movimientos sociales preocupados por las temáticas de la sexualidad, la reproducción, el estatus de la mujer y el ecologismo introducen el concepto de derechos sexuales de las mujeres, que posteriormente se reconocen como derechos sexuales de las personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

A Nivel Nacional

En Colombia las acciones en salud sexual reproductiva se enmarcan en la promoción de la planificación familiar, con la creación en el año 1959 de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Simultáneamente se crea la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP). Éstas dos entidades privadas estuvieron al tanto del acontecer internacional en cuanto al crecimiento de la población y sus desafíos, siendo pioneras en la formación de personal en diversas disciplinas para adquirir conocimientos sobre población y planificación familiar, apoyado con la cooperación de México, Chile y Estados Unidos.

A la vez que se promueve el análisis demográfico en el país, el movimiento feminista se torna más demandante en torno a separar la reproducción de la sexualidad y la popularización de métodos anticonceptivos, como derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y la maternidad. La búsqueda de autonomía reproductiva se afianza con la aparición de la píldora anticonceptiva (Brigerio, 2014), que llega a Colombia en 1960.

En el año 1965 se crea la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia, una entidad de carácter privado, sin ánimo de lucro, con inspiración solidaria y filantrópica hacia la promoción y defensa del derecho humano a la planificación familiar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). En 1967 el Ministerio de Salud desarrolla procesos de capacitación en el tema de demografía, sus implicaciones para el desarrollo y la salud, y métodos para regular las altas tasas de natalidad, con el nombre de "*paternidad responsable*", para no usar el término "*planificación familiar*".

En relación con el desarrollo normativo en el tema de salud sexual reproductiva, el Ministerio de Salud expide en 1984 la Resolución 8514 *“Por la cual se establecen algunas normas de “Regulación de la fertilidad”*, la primera reglamentación al respecto. En ésta se plasman los principios que la direccionan y señala la forma en que debe darse la información y otorgarse consentimiento, así como la responsabilidad del Ministerio en la prestación del servicio y la capacitación a los prestadores de servicios de salud en el tema de la regulación de la fertilidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En la década de los noventa, con la Constitución Política de 1991 se marca un hito en el tema de salud sexual en el país, toda vez que los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como derechos humanos, están íntimamente relacionados con el ejercicio del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la intimidad personal y familiar, al desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia, pensamiento y opinión, a formar una familia, a la atención en salud, a la educación, entre otros. En la Constitución Política se consagran los derechos fundamentales, los cuales permiten avanzar en la eliminación de la discriminación y por ende el reconocimiento de la diversidad, por razones étnicas, culturales, religiosas, sexuales, entre otras (Constitución Política de Colombia, 1991).

Por otra parte, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que está contenido en la Ley 100 de 1993, la cual ha sido aprobada con base en el artículo 49 de la Constitución, amplía la reglamentación en salud sexual reproductiva. Es así como el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS) incluyen acciones y servicios orientados a resolver las necesidades en salud sexual y reproductiva sin restricciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). A principio de 2011 se

promulga la Ley 1438 con el objetivo de establecer cambios puntuales con respecto al arreglo institucional del sistema.

En 2003 el Ministerio de la Protección Social adopta la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva para el período 2003 – 2007, priorizando como áreas de intervención la maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida y violencia doméstica y sexual.

Además de la reglamentación mencionada, la Corte Constitucional ha desarrollado avances normativos en el tema de los derechos sexuales y derechos reproductivos, estableciendo sentencias relacionadas con la vinculación de la Educación Sexual como cátedra obligatoria en la educación formal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014); reconocimiento del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo; derecho a la salud y a la no discriminación de personas que viven con VIH; el derecho al reconocimiento de parejas del mismo sexo, por citar algunos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El conocimiento y ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (especialmente en las mujeres) de más de medio siglo, ha estado acompañado de obstáculos de orden político, religioso y sociocultural, como lo son el patriarcado y el peso de la moralidad religiosa tradicional, lo que ha configurado la vulneración de las personas, en particular de las mujeres, a decidir sobre cómo formar una familia, sus relaciones sexuales, si desean o no tener hijos o a decidir cuántos hijos tener o cuándo.

A Nivel Distrital

En el año 2010 las Secretarías de Salud, Educación, Planeación e Integración Social, reconocieron la necesidad de ampliar el campo de intervención mismo de la salud sexual y reproductiva para lograr desarrollar acciones que permitieran trascender la reducción de daños y lograr “construir una ciudad en la que se reconozcan, restablezcan, garanticen y ejerzan los derechos individuales y colectivos, en las que se disminuyan las desigualdades injustas y evitables con la institucionalización de políticas de estado, que permitan trascender los periodos de gobierno (Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

Como avances en la normatividad Distrital en salud sexual reproductiva se destaca la propuesta de lineamiento de la Política Distrital de Sexualidad de Bogotá, enmarcada en el período 2012 – 2022, en convenio con la Universidad Nacional de Colombia y el Fondo Financiero Distrital de Salud (Secretaría Distrital de Salud, 2011). En esta propuesta se evidencia una visión ya no preventivista, si no más amplia de la realidad en la cual están inmersas las personas, se identifica la sexualidad como un fenómeno complejo donde interactúan diversos factores sociales, políticos, culturales, y biológicos que se integran significativamente en la vida de cada persona, y conforman contextos, identidades, dinámicas, de las personas, de los grupos y de las organizaciones.

Se reconoce también el goce efectivo de derechos para todas las personas habitantes de la ciudad de todas las condiciones sociales, culturales y económicas. Teniendo en cuenta las diversas culturas y géneros de la población Bogotana actual, el ejercicio para la elaboración de la Política de Salud Sexual Reproductiva contempla la participación activa de la población, para que las diferentes percepciones de la sexualidad sean entendidas y

respetadas para la convivencia y el disfrute de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

A Nivel Local

Como antecedentes a nivel Local, durante la Alcaldía de Luis Eduardo Garzón 2004-2006 se crea la estrategia *Territorios Saludables*, enmarcada en el modelo de Atención Primaria en Salud con el objetivo de romper con las barreras de acceso y discriminación (Programa de Gobierno de Luis Eduardo Garzón, 2004-2007, Lucho por Bogotá Humana y Moderna).

Desde el modelo de salud de *Territorios Saludables* se plantea una organización de respuestas de varios sectores tanto sociales como de salud, articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades y expectativas de la población, garantizando el derecho a la salud y el impacto positivo de los determinantes sociales, con un enfoque territorial y poblacional, desarrollando diferentes actividades para los diferentes ciclos vitales de una comunidad en un determinado territorio, dando así respuesta a la necesidad de abordar diversas realidades acerca de la sexualidad.

El desarrollo de la estrategia *Territorios Saludables* trabaja en componentes extramurales en los diferentes espacios en que la comunidad se relaciona: trabajo, organizaciones comunitarias, instituciones educativas y en el hogar. La estrategia, para el año 2014, está orientada a generar acciones que articulen los diferentes planes de beneficio y promuevan la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el

carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables.

Es en estos escenarios que se da a conocer la Política de Salud Sexual Reproductiva por parte de los profesionales de cada una de las ESE del Distrito Capital, ampliando las acciones de información, educación y comunicación y disminuyendo en los sujetos la asimetría de la información respecto a sus Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos.

Actualmente el programa *Bogotá Humana* propende por la búsqueda de un adecuado estado de Salud Sexual y Reproductiva, el cual implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual placentera, satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y el espaciamiento de los hijos, el derecho a tener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, el acceso y la posibilidad de elección de métodos para regular la fecundidad, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la dignidad humana (anexo operativo del Programa *Salud Sexual y Salud Reproductiva con enfoque territorial y Promocional de Calidad de Vida y Salud*). Es decir, el goce pleno de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Tomando como punto de partida los diferentes ámbitos de vida cotidiana, donde se desarrollarán estrategias en salud sexual y reproductiva y promoverán la gestión integral y planificación territorial de acuerdo a la política Nacional de Salud Sexual Reproductiva y a las políticas que se encuentran en construcción, las respuestas inmediatas en Salud Sexual Reproductiva según las necesidades identificadas en el territorio permite un trabajo intersectorial efectivo.

Finalmente, la operación del componente de Salud Sexual Reproductiva en el territorio tiene como objetivo un trabajo interdisciplinario con otros profesionales permitiendo reconocer las realidades sociales en salud sexual reproductiva y poder actuar ante las diferentes situaciones presentadas en el ejercicio de la sexualidad y los eventos que afecten la calidad de vida y salud, en el contexto territorial, para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud, mejorar la calidad y calidez de la atención con eficacia y efectividad en las intervenciones tanto en el plano colectivo como en el individual, integrando la respuesta social, según competencias de cada sector involucrado.

Dadas las diversas concepciones, representaciones sociales y prácticas que engloba el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en las sociedades urbanas contemporáneas, es pertinente generar conocimiento en éste sentido, indagando la percepción de la/el usuaria/o y la construcción de subjetividades, así como extraer las valoraciones y la percepción del usuario con respecto a las acciones realizadas por la Institución de salud en torno a temas relacionados con salud sexual y reproductiva.

El presente trabajo de investigación abordará éstos tópicos desde el análisis cualitativo mediante entrevistas a profundidad, realizadas a agentes de salud y usuarios del programa Territorios Saludables del Hospital Centro Oriente, Bogotá, Colombia. Se toma como escenario la Localidad, donde tienen lugar las prácticas en los centros de salud, como ámbito micro y cotidiano de las relaciones de poder que se ejercen, reconstruyen y reacomodan de manera permanente entre los agentes de salud, entre éstos con la Institución y los agentes de salud con los y las usuarias de los servicios.

Acotando la mirada desde la Salud Pública en el campo de la salud sexual reproductiva, el presente trabajo de investigación enfatiza la importancia de la investigación cualitativa en relación con las concepciones y prácticas de los agentes de salud y usuarios de los servicios frente a las decisiones reproductivas, en el marco de unas reglamentaciones que promueven la libre elección. El análisis de la libre elección en el tema de salud sexual reproductiva va más allá de los derechos abstractos destinados a sujetos legales individuales para profundizar en las prácticas sobre las cuales se montan las relaciones de poder que producen y reproducen “un” modelo de “sujeto libre y autónomo”.

Se rescata la centralidad que están tomando los temas de responsabilidad individual y libertad personal en el discurso contemporáneo, a la vez que se analiza desde la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva en qué medida los sujetos apropian los contenidos de la línea de acción de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los programas de promoción y prevención y los servicios destinados a la población general no responden a las necesidades específicas de los/las adolescentes, pese a que el país cuenta con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en éste sentido las acciones promocionales en salud sexual reproductiva no están diseñadas de acuerdo a las particularidades de esta población (Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva, 2003). Por otra parte, existe en la esfera de los imaginarios sociales un gran número de estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, las relaciones de pareja y de familia que configuran relaciones asimétricas entre los géneros y favorecen conductas de riesgo (Campo, A. 2010).

El panorama anterior, junto con la asimetría de la información en el tema de salud sexual reproductiva dirigida a la población adolescente (Pantélides, E. 2003), limita el desarrollo de competencias sociales que brinden condiciones sólidas que favorezcan la responsabilidad individual y libertad personal en el ejercicio de la sexualidad en esa etapa del ciclo vital.

El inicio de las prácticas de salud sexual y reproductiva en adolescentes trae consigo consecuencias en el plano personal y social, especialmente cuando éstas inician a edades tempranas. A nivel individual, en el caso del embarazo adolescente las consecuencias son casi siempre negativas, tanto para el niño como para la madre, en particular antes de haberse constituido una unión estable, sea ésta libre o formal (Flórez,

C. 2005). Los riesgos en términos de salud, deserción escolar, pérdida de futuras oportunidades económicas y dificultades emocionales, físicas y financieras, son algunas de las consecuencias para la joven madre.

En lo que respecta al niño, las consecuencias recaen en la salud - mayores riesgos de morbilidad y mortalidad durante el período neonatal -, en vista del escaso desarrollo físico y emocional de la mujer. En lo que toca a la sociedad global, el crecimiento de la población se acelera cuando las mujeres tienen su primer hijo antes de los 20 años, dada la reducción del tiempo de reemplazo entre generaciones (Flórez, C. 2005).

En el caso de Colombia, las Encuestas de Demografía y Salud indican que la incidencia de la fecundidad en adolescentes ha venido aumentando, junto a una tasa creciente de embarazos y nacimientos prematrimoniales y un aumento significativo del inicio temprano de la actividad sexual (Vignoli, J. 2004).

Dadas estas problemáticas que afectan directamente la perspectiva de desarrollo social y económico de la población adolescente, tanto a nivel nacional como Distrital y Local, es pertinente contemplar desde un abordaje contemporáneo la construcción de subjetividades en el tema de salud sexual reproductiva de las y los adolescentes, conocer las concepciones y prácticas de los agentes de salud y usuarios de los servicios frente a las decisiones reproductivas, en el marco de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera las percepciones y prácticas en materia de salud sexual reproductiva de un grupo de agentes de salud y comunidad receptora del programa Territorios Saludables de la Localidad de Centro Oriente, en Bogotá, convergen o están alineadas con los objetivos planteados en la Línea de acción de Salud Sexual y Reproductiva de los/as adolescentes de la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva?

JUSTIFICACIÓN

Es un hecho reconocido que los jóvenes inician su vida sexual a edades cada vez más tempranas. De igual manera es creciente el número de mujeres menores de 20 años que han sido madres o han estado en embarazo (20.5 % en el 2011). También se reconoce en el embarazo adolescente un factor que afecta la calidad de vida de las personas, por cuanto limita las posibilidades de desarrollo personal y social, y aumenta la dependencia económica en familias con recursos económicos escasos. El embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza (Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva, 2003).

La implementación de la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva en el país supone un campo complejo en las relaciones de poder en el que intervienen diversos actores sociales. Abordando éste campo bajo el nombre de salud reproductiva el presente trabajo de investigación enfatiza en las percepciones y prácticas de la comunidad y los agentes de salud en relación con las decisiones reproductivas en el marco de una normatividad que promueve la autonomía, entendida como la libre elección en derechos sexuales y derechos reproductivos en los territorios saludables bajo el modelo de salud de la Bogotá Humana.

Desde la perspectiva de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se establece como prioridad el desarrollo de investigación de tipo cualitativo y social

orientada a generar nuevo conocimiento que oriente acerca de los comportamientos, valores, relaciones de género, factores de riesgo y protectores, investigación sobre calidad y acceso a los programas de promoción y prevención, entre otros.

En la implementación de programas de Salud Pública en el Distrito Capital los profesionales de la salud que prestan sus servicios a los usuarios, deben propender por dejar de un lado su punto de vista personal frente a los temas que abordan, para hacer parte del colectivo, en representación de las instituciones. De éste modo el principal problema que supone la implementación de la política, es el debate entre lo individual y lo colectivo.

El profesional de la salud no debe abordar las situaciones desde su punto de vista individual, pues debe cumplir con unos objetivos y metas institucionales, trasmitiéndolos en consecuencia a través de un discurso alineado con esos objetivos y metas. En relación al usuario, el profesional le sugiere un determinado manejo de su situación de salud según la necesidad y problemática encontrada, pero es al final el usuario quien decide o no aceptar el manejo; es así que el profesional de la salud debe proponer un juego de cooperación con el usuario del sistema.

El presente trabajo de investigación tendrá como población objeto de estudio a agentes de salud y a la comunidad de adolescentes y jóvenes beneficiarios del programa Territorios Saludables de la Localidad Santafé, de la ciudad de Bogotá. Se indagará acerca de las percepciones y prácticas en salud sexual reproductiva de la población objeto, teniendo como categoría de referencia la línea de acción de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes.

El conocimiento generado a través del presente trabajo investigativo se pondrá a disposición de la comunidad científica, la Institución de salud y la comunidad en general, así como en escenarios académicos y de debate comunitario, de tal manera que la investigación contribuya a la toma de decisiones en el tema de salud sexual reproductiva.

OBJETIVO GENERAL

Indagar de qué manera están alineadas las percepciones y prácticas en materia de salud sexual reproductiva de un grupo de agentes de salud y comunidad receptora del programa Territorios Saludables de la Localidad de Centro Oriente, en Bogotá, con los objetivos planteados en la Línea de Salud Sexual y Reproductiva de los/as adolescentes.

OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Evaluar el grado de convergencia de las acciones de IEC en materia de salud sexual reproductiva llevadas a cabo por agentes de salud del programa Territorios Saludables con la Línea de Salud Sexual y Reproductiva de los/as adolescentes de la Localidad Santafé, en Bogotá.
2. Establecer el grado de alineación de las acciones de educación no formal en materia de salud sexual reproductiva realizadas por los agentes de salud del programa Territorios Saludables del Hospital Centro Oriente, con las estrategias de Coordinación Intersectorial e Interinstitucional de la Línea de Salud Sexual y Reproductiva de los/as adolescentes.
3. Conocer las percepciones y prácticas de los/as adolescentes y jóvenes usuarios del programa Territorios Saludables de la Localidad de Santafé en relación con el acceso a las actividades de promoción de la Salud Sexual Reproductiva que ofrece el Hospital Centro Oriente.
4. Evaluar la percepción sobre las acciones de educación y comunicación en Salud Sexual Reproductiva de los y las jóvenes y adolescentes usuarios del Hospital Centro Oriente, Localidad Santafé, Bogotá, en relación con la línea de Desarrollo de Investigación de la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva.

MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO 1: POLITICA DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

1.1 Definición de Política

En su libro *En defensa de la Política*, capítulo 1: La naturaleza del sistema político de gobierno, Crick (2001), británico teórico político y socialista democrático, sostiene que la política es una palabra de connotaciones negativas y una de las actividades peor evaluadas por las personas, pero a la que todos nos sometemos, “es un proceso de interrelaciones humanas asociadas al concepto de poder. La política es política por sí misma, valorable por lo que es, es llegar a acuerdos inestables, pero eficientes”. Crick definió la política como “la forma o las formas de conciliar intereses divergentes en el seno de un país plural”.

El mencionado autor hace una crítica a Platón, quien intenta reducir todo lo que compone la polis (o estado político) a la unidad, pues la polis es un conglomerado de múltiples miembros. Esto hace que la Política Pública de Salud Sexual Reproductiva (PPSSR) sea un poco difícil de llevar a cabo como está escrita, ya que los acuerdos contemplados en esta pueden ser inestables debido a la enorme gama de intereses que están expuestos dentro de una variedad de conocimientos y experiencias con los que se compone un estado.

La política es el resultado de la aceptación de la existencia simultánea de grupos diferentes, y por tanto, de intereses diferentes y tradiciones, dentro de una unidad territorial, sujeta a un gobierno común, y su implantación señala el origen o el reconocimiento de la libertad. Se puede llegar a una conciliación de la Política de SSR. “Que las ideas de vida, que pueden ser contrarias, acepten temporalmente una determinada situación” (Crick, 2001).

1.2 Política y Sexualidad: caminos paralelos

El sistema político de gobierno consiste en escuchar diferentes grupos, conciliarlos y ofrecerles legalidad y protección, con el fin de cumplir con el objetivo general de la gobernación: el mantenimiento del orden. Teniendo en cuenta el concepto de salud sexual y reproductiva escrito dentro de la Política, cabe resaltar que la sexualidad está ligada a la calidad de vida de los individuos tanto en el ámbito de lo individual como de lo social, también contempla que un buen estado de Salud Sexual Reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, pero este concepto dentro de la idea del desarrollo de una política acepta y escucha realmente a los grupos que pertenecen a la sociedad.

¿Desde qué punto de vista se llega a las conciliaciones, o qué clase de conciliaciones se crean entre el trabajador de la salud de determinada institución y la comunidad? Crick (2001) hace varias definiciones de política, pero también hace un paralelo con la sexualidad, pues tanto la sexualidad como la política, son igual de extensas y hacen

acuerdos tácitos basados en presunciones; las dos son actividades indispensables para que la comunidad se perpetúe, en las dos se dan diferencias radicales: éxito y fracaso, tragedia y gozo; tanto la política como la sexualidad son actividades de las que no se puede prescindir.

Por tanto Crick, defiende la política porque es una actividad inevitable pero organizativa, que intenta dar conciliación y organización a las actividades inferiores, pero dependientes de las políticas. Se relaciona con la Salud Pública en el momento que se crean los programas y los que se deben ceñir a las políticas propias en salud, de lo contrario las actividades de promoción y prevención estarían sin control y con menos grado de aplicación en la comunidad, es decir, estaríamos en una situación aún más compleja.

Sabiendo esto, lo que busca la Política de Salud Sexual Reproductiva es un cambio profundo en la sociedad y por eso se entrelaza con la Política de Juventud, sin embargo, citando a Nagel (1996) quien habla sobre la igualdad y la parcialidad, aludiendo que por lo general si no siempre, se tiene dos puntos de vista, uno desde lo individual, al que le llama personal, y otro desde el punto de vista de los demás es decir, lo impersonal; se puede decir que esta perspectiva se evidencia en la implementación de la Política en cada uno de los territorios, pues cada agente o individuo cambiante interpreta la misma desde su perspectiva.

Aplicando estos conceptos al contexto de la Salud Pública, decimos que las instituciones implantan un lugar y unos programas, para que los usuarios hagan uso de ellos, sin embargo, es una constante que dichas instituciones no piensen tanto en el bienestar de

los usuarios sino en el bienestar lucrativo propio, causando de esta manera debilidad en la implementación de los programas de promoción y prevención en salud.

Es difícil mantener un punto de vista impersonal de las cosas de la vida que importan personalmente, es decir, una persona no puede cegarse ante situaciones adversas de salud pública, cuando esas situaciones también hacen parte de ella. Un ejemplo se ve reflejado en el embarazo adolescente, pues generalmente, los adolescentes que quedan embarazados (hombres y mujeres) son estudiantes de una institución educativa, y esa institución no puede hacer caso omiso de esos eventos, por tanto debe crear estrategias de cultura y conocimiento en salud sexual y reproductiva para que no se presenten estos casos (Flórez, CE. 2005).

La autora María C. Morales (2010) afirma que la efectividad de los dispositivos de poder de las instituciones de bienestar y salud, van en dos direcciones contradictorias: por un lado, se delega al joven la responsabilidad de sus decisiones; pero por otro, se le genera una dependencia del sistema productivo y del mundo adulto.

1.3 Etapas en la construcción de una política

Nagel (1996) habla de los valores que intervienen en la construcción de una teoría política y los divide en cuatro etapas: La primera etapa se refiere a la equidad de los dos puntos de vista, es una perspectiva impersonal, donde la vida de todos tiene la misma importancia, y nadie es más importante que ningún otro.

La segunda etapa es la generación de la ética a partir del punto de vista personal; aunque todos tienen la misma importancia, es difícil ser impersonal en algunos aspectos, por tanto se da prevalencia al aspecto con mayor peso preferencial, de esta manera se alivian las necesidades urgentes y las carencias más serias.

La tercera etapa es de tipo personal e impersonal, ya que hace referencia a la ética Kantiana, la cual trata de ver las cosas simultáneamente desde el punto de vista individual para llegar a un punto de vista compartido. Se desarrolla una progresión que va de lo personal a lo ético, punto esencial para el desarrollo de acuerdos entre lo individual y lo colectivo.

La cuarta y última etapa se refiere a la construcción de instituciones, requiriendo una conexión entre la ética de la conducta individual y la política. Las bases éticas de una teoría de Salud Pública emergen de la división que se da en cada individuo entre dos puntos de vista. Los resultados dependen de la capacidad de las personas para adoptar un punto de vista impersonal, aunque éstas hagan parte de la situación que está siendo considerada.

El problema central en Salud Pública es intentar reconciliar la posición de la colectividad (población) con la posición del individuo. Es entonces que Nagel invita a que nos separemos de nuestro yo, de nuestra individualidad y nos involucremos en lo colectivo. En este trabajo de investigación se podrá evidenciar este efecto teniendo en cuenta las entrevistas realizadas a los diferentes agentes que día a día reciben e imparten la educación de la Política de Salud Sexual Reproductiva.

1.4 La Política y el espacio público en la determinación de la salud

En el espacio público operan los políticos de manera profesional y dentro de éste espacio, quien no tenga el cargo adecuado e irrumpa allí sin invitación, es considerado un intruso. Según Bauman (2008), es difícil lograr fusionar campañas políticas (caracterizadas por desarrollar un tema único) con las pequeñas voces (privadas) para lograr una causa; al final esta intención seguirá su curso natural, es decir, la decadencia, la zozobra, el abandono y el olvido.

Bauman reafirma que la cultura es un trueque: un valor atesorado se sacrifica a cambio de otro, igualmente imperativo y caro al corazón, es decir, que el mayor don de la cultura es la seguridad que ofrece. Bauman habla sobre tres vocablos que fundamentan esa cultura y la hace más fuerte:

- Seguridad: Todo aquello que haya sido ganado o conseguido, seguirá en nuestro poder y además conservará el mismo valor.
- Certeza: es conocer la verdad correspondiente al conocimiento perfecto, es conocer la diferencia entre lo razonable y lo insensato, lo confiable y lo engañoso.
- Protección: es el resguardo al peligro extremo, amenazará nuestro cuerpo y sus extensiones.

Cuando Bauman cita en su obra *Múltiples culturas, una sola humanidad* al secretario del Interior Jack Straw, quien propende por que los administradores del espacio público tuvieran en cuenta ésas pequeñas voces, aclara que la ley debe aplicarse únicamente por

manos elegidas y no que la gente la tome por sus propias manos, adoptando medidas que hagan innecesario que las pequeñas voces resuenen.

Se reconoce que el hecho de poder construir una comunidad de sujetos solitarios a partir del miedo, la sospecha y el odio es un problema, aun cuando para los políticos sea la forma más viable de hacerlo, pues a partir de la amistad y la solidaridad es mucho más complicado hacerlo en la actualidad. Bauman reconoce en el mundo contemporáneo un contenedor lleno hasta el tope del miedo y la desesperación flotantes, que buscan desesperadamente una salida.

Citando el relato de René Girard, Bauman (2008) rescata que en una comunidad siempre que el disenso se presenta difusamente y no de forma focalizada, y que hay una sospecha mutua de hostilidad presentes, la única forma de lograr la solidaridad comunitaria es la elección de un amigo común y la unión de fuerzas mediante un acto de atrocidad colectiva que apunta a un blanco común. La comunidad, por ende no tolerará las personas que se nieguen a unirse al tumulto general, pues esa negativa pone en duda la justicia misma del acto.

No obstante, en el desarrollo de la salud de los ciudadanos y de los ecosistemas con los que viven, no hay espacios determinados por procesos puramente biológicos o naturales en un espacio geográfico; la dimensión histórica de los procesos biológicos humanos y ecológicos de la ciudad no consiste solamente en que los procesos físicos y biológicos del ser humano y de los ecosistemas urbanos se rijan directamente por leyes sociales, sino que lo natural tiene como necesario lo social para desarrollar su propio espacio legal, y a su vez participa en la configuración de la historia del todo social. Las formas de desarrollo

de la vida en la ciudad –y en la sociedad en general– se transforman de modo continuo; no hay nada constante en la vida humana, y sus cambios están determinados por las condiciones del modo de reproducción social imperante (Breihl, 2003).

La salud se desarrolla como proceso concatenado entre las dimensiones espaciales de lo general, lo particular y lo singular (micro). Luego, debemos comprender que si bien los fenómenos de la dimensión general y particular tienden a reproducir y conservar sus condiciones –la determinación de salud dada por la lógica general que se impone en la formación social municipal en este caso–, en cambio los procesos más específicos y singulares tienden a generar nuevas condiciones desde los ámbitos locales. Dicho de otro modo, la determinación de la salud en la ciudad se produce en dos direcciones dialécticamente opuestas (Breilh, 2003).

Vistos estos dominios/órdenes y formas de movimiento que participan en la determinación social, reconocemos que son procesos complejos (es decir multidimensionales, contradictorios, jerárquicos, tienen aspectos comunes pero a la vez son diversos, y operan unas veces como sistemas regulares y en otros como sistemas irregulares) y que no deben ser reducidos a un paquete de factores empíricos (variables) apenas asociados linealmente.

CAPITULO 2: TEORÍA DE MEMES Y CULTURA

El término meme fue incorporado por el exponente de la nueva escuela del evolucionismo Richard Dawkins hacia 1976, referido al término mimesis (imitación) y mem (memoria). Dawkins realiza un paralelo del neologismo memes con el concepto de genes. Así como los genes representan la unidad mínima de transmisión de herencia biológica, en un sentido los memes son las unidades de información discreta de herencia cultural (Yañez, 2002). Los memes, como los genes, son replicantes empeñados en introducirse en tantos cerebros como puedan y en iniciar una competición que da forma a nuestras mentes y a nuestra cultura, del mismo modo en que la selección natural ha diseñado nuestros cuerpos.

Sin duda alguna hoy día se acepta el hecho que las ideas y las culturas evolucionan, toda vez que ambas se difunden de un lugar a otro y de una persona a otra sin límites geográficos, en pleno auge de la era de las telecomunicaciones. La teoría de la memética ha logrado establecerse con fuerza propia para explicar la evolución de la cultura, en paralelo a los preceptos meramente biologicistas de la teoría de la evolución de Darwin. El lenguaje por sí mismo es un ejemplo de evolución cultural. En éste sentido, ciertos memes se perpetúan al ser promovidos como creencias personales, deseos, opiniones y posesiones, lo que conlleva a la formación de un memplex (o autoplex) (Blackmore, 2000).

Los elementos que intervienen en cualquier proceso evolutivo comprenden abundancia de elementos diferentes en primer lugar, herencia y replicación, conservando fecundidad y fidelidad de las copias que se producen y por último idoneidad diferencial o número de copias en función de su interacción con el medio (Yañez. Op.cit.). Éste principio aplica tanto a la evolución de especies biológicas como a los rasgos culturales de una sociedad establecida.

Es así como la variedad de comportamientos humanos, explica Blackmore en su obra *El poder del meme*, han sido copiados de manera más o menos adecuada de otros seres humanos, sin que todas estas copias sobrevivan. Los memes se replican gracias a cierto tipo de “ingeniería inversa” de una persona que copia el comportamiento de otra, y no por una “transcripción química”, como ocurre en la replicación de los genes (Blackmore, 2000). Al respecto, la autora propone una teoría memética que sugiere que desde que la evolución genética ha creado criaturas capaces de imitarse entre sí, nació un segundo replicador.

A partir de entonces, nuestras mentes y cerebros son el resultado de dos replicadores, no de uno. De ser cierto éste postulado, entonces los memes son los responsables de haber creado las mentes humanas y la cultura, así como los genes han creado los cuerpos humanos.

Retomando los aportes de Dawkins (1976) al desarrollo de la teoría de memes, él incorpora el concepto de complejo memético coadaptado. Con esto quiere describir a un grupo de memes que prosperan en compañía de otros. Así como los genes se agrupan buscando su mutua preservación, para finalmente producir organismos biológicos, de tal

modo se espera que los memes se agrupen entre sí para establecer agrupaciones de ideas que surjan en presencia de otras.

La incorporación de memes en el cerebro tiene la propiedad de potenciar y conformar las estructuras preexistentes, favoreciendo el rediseño de funciones, de aquellas funciones que genéticamente están proporcionadas, dadas o determinadas a funciones transmitidas a través de la cultura (Dennet, 1999). Al potenciarse las estructuras preexistentes del cerebro, es posible lograr una capacidad de anticipación mejorada, pero, ¿hasta qué punto deben ser complejos y a largo plazo los planes para el futuro?

En éste sentido es posible identificar complejos de ideas que buscar replicarse en forma de ideologías políticas, creencias religiosas, teorías científicas, corrientes artísticas y metalenguajes. De esta manera serán más exitosos aquellos grupos de memes bien estructurados con diversos grupos especializados que sirvan de carnada, gancho o amenaza (Blackmore. Op.cit.). Tal como las religiones, los sistemas políticos o las sectas, los cerebros son un refugio seguro para todo tipo de memes individuales y son protegidos de la destrucción por varios trucos meméticos.

Blackmore afirma que los memes tienen la capacidad, a diferencia de los genes, de saltar de un cerebro a otro en cuestión de segundos con el fin de replicarse, aun estando a considerable distancia geográfica. En virtud del avance de las telecomunicaciones, se ha aumentado la velocidad de propagación de los memes de manera espectacular. Éste hecho es contrario a la selección natural (genética), mostrando que los memes tienen la capacidad de propagarse en detrimento de sus portadores; lo anterior se evidencia a diario con la emergencia de tendencias mundiales vía redes sociales.

Nuestra cultura actual proviene de una larga herencia de creencias, costumbres, inventos, etc. que han ido evolucionando a lo largo de los años hasta dar lugar a las sociedades actuales. En su libro *La Máquina de Memes*, Blackmore (2000) se basa en una de las “invenciones” más importantes de la especie humana, el cultivo de la tierra, para explicar la relevancia de la memética en la evolución de la cultura.

En un principio, deberíamos plantearnos: ¿Por qué razones se extendió el cultivo de la tierra? A lo cual, normalmente, solemos ofrecer dos tipos de respuestas. En primer lugar, se cree que esta práctica se expandió porque hacía felices a los pueblos y en segundo lugar, porque ofrecía una ventaja genética a quienes lo practicaban. Sin embargo, si analizamos de forma más detallada ambas explicaciones podremos observar que, ciertamente, no son del todo plausibles.

Por un lado, se ha comprobado que el cultivo de tierra en vez de facilitar la vida a los campesinos, se la complicó aún más de modo que debían hacer demasiados esfuerzos (al recolectar el maíz, al amasar el pan, etc.) e incluso llegaron a sufrir deformaciones en dedos, pies y espalda. Por otro lado, en relación a la ventaja genética, se ha podido observar a través del estudio de vestigios esqueléticos que los primeros campesinos realmente no se alimentaban bien y estaban plagados de enfermedades, por lo tanto, esta práctica no aumentó su probabilidad de supervivencia ni de tener descendencia.

¿Podrían los memes darnos una explicación más adecuada de por qué se extendió el cultivo de la tierra? En este caso, debemos preguntarnos, desde el punto de vista del

meme, cómo se beneficiaría éste y no de qué modo salen favorecidos los humanos (o son más felices) cuando inventan algo. Según la teoría memética, los memes se transmiten por diversas razones entre las que se encuentran algunas poco benignas. Es posible que se reproduzcan bajo la apariencia de ser ventajosos cuando en realidad no lo son, porque el cerebro humano es capaz de imitarlos fácilmente. Los memes se retienen porque nos han llamado la atención, porque nos han parecido interesantes, no necesariamente porque nos vayan a ayudar.

Por lo tanto, si seguimos esta línea de pensamiento, desde la teoría memética sí que se podría explicar cómo y por qué evolucionó la cultura, mientras que desde otras teorías no se podría o la explicación que se daría sería insuficiente. La autora, en este caso, dedica demasiado esfuerzo en dismantelar y desmentir el resto de teorías evolucionistas y quizás no acaba de quedar del todo claro qué hizo que el meme del cultivo de la tierra se expandiese. Por otro lado, basa su explicación en un solo aspecto de la cultura y quizás otros aspectos sí que se pueden explicar mejor desde el resto de teorías y la memética no puede aportar una solución mejor.

En el campo de la Salud Sexual Reproductiva se emplean las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) para promover condiciones que hagan viable la salud, además de otras estrategias que apoyan el fortalecimiento de la participación social, sin embargo algunas de estas ideas como las de los métodos de planificación han sido más difundidas que otras y se han convertido en memplex, y las temáticas trabajadas han sido permeadas por creencias personales, deseos, opiniones y posesiones.

En el escenario en el que se materializan las experiencias relacionadas con la salud sexual reproductiva del colectivo convergen tanto los memes generados al interior de las Instituciones, como aquellos gestados al interior de la cultura popular, vía expresiones como la música, las tradiciones orales y los medios masivos de comunicación, que promueven toda serie de valores, no siempre alineados con el clima propicio para el cambio social y cultural que se busca.

Los memes pueden ser de gran ayuda para el sujeto en cuanto al desarrollo de competencias tanto cognitivas como sociales, en el aspecto de SSR las competencias sociales son muy interesantes debido a la habilidad que debe adquirir el ser frente a su capacidad de pensar, su actitud y sus prácticas, por esta razón es importante conocer el concepto de meme e ir visualizando cuales ideas sobre el tema se deben replicar para tener un abordaje que posibilite ampliamente el desarrollo de la Política de Salud Sexual Reproductiva.

2.1 La cooperación emergente en la cultura

Las sociedades humanas muestran mucha más cooperación de la que es típica en especies vertebradas, y cooperamos con no parientes a una escala masiva (Blackmore. Op.cit.). Así como hay quienes buscan en éste hecho una respuesta relacionada con las ventajas biológicas, la autora Susan Blackmore propone una teoría memética del altruismo.

De otra parte, Nowak ha dedicado muchos años al estudio de cómo la selección natural puede llevar a la ayuda mutua, de manera que la competición se convierta en cooperación

(Martin Nowak, *Súper cooperadores*, 2012). El autor reconoce en la cooperación el pilar fundamental de la innovación, dándole un lugar preferencial como principio para explicar la evolución. Si bien en principio existían dos principios básicos de evolución, anota Nowak, el de mutación y el de selección, en donde el primero genera diversidad genética y el segundo escoge a los individuos más adecuados a un determinado entorno. Es pertinente incorporar la cooperación como tercer principio para poder entender los aspectos creativos de la evolución.

El autor afirma que de la cooperación puede emerger el aspecto constructivo de la evolución, desde los genes hasta los organismos, y de ahí hasta el lenguaje y los comportamientos sociales complejos. En éste sentido, el origen de muchos de los profundos problemas de salud pública que aquejan a la sociedad contemporánea puede encontrarse en la profunda tensión entre lo que es bueno y deseable para el colectivo y lo que es bueno y deseable para el individuo.

Las problemáticas actuales que enfrentan las sociedades a nivel global demandan nuevos abordajes, haciendo necesario mantener el control de la implacable fuerza creativa inherente al ser humano, pero también reconociendo en la cooperación un elemento indispensable para la evolución de la especie.

El autor de *Súper Cooperadores* propone que la evolución echa mano de mecanismos diversos a fin de superar las limitaciones de la selección natural; es así que durante miles de años dichos mecanismos han forjado la evolución genética de las células en micro y macro organismos. De igual manera estos mecanismos de cooperación conforman la

evolución cultural, las pautas de cambio de comportamiento, nuestra forma de vestir, de hablar, las expresiones artísticas y demás.

En una escala de tiempo más corta que la de la evolución genética, los seres humanos aprendemos unos de otros y en ese orden, alteramos nuestra manera de actuar (Nowak). De tal modo, las actitudes que asumimos frente a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva, estarían de manera no consciente marcadas por mecanismos de cooperación. Desde éste punto de vista la política de salud sexual y reproductiva debe trabajar particularmente en la importancia de los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familia.

Nowak distingue dos formas de cooperación: directa e indirecta. La reciprocidad directa es la que va de A hacia B y de B hacia A. Una persona (A) hace o da algo a otra persona (B) y ésta responde a la primera persona. El intercambio que se produce entre A y B puede tener un valor equivalente y en ese caso nos encontramos ante la forma de reciprocidad típica de los contratos. Pero también puede ocurrir que su valor no sea equivalente y entonces nos encontramos con otras formas de reciprocidad como, por ejemplo, la amistad.

En cualquier caso, la respuesta de B hacia A debe ser considerada apropiada por A (aunque no sea equivalente), si se quiere que la reciprocidad pueda durar en el tiempo y afirmarse como norma social. La reciprocidad es con frecuencia una interacción repetida. El hecho de que sea apropiada es condición necesaria para que la relación dure en el

tiempo, puesto que si una de las partes siente que la otra se aprovecha de la relación, la reciprocidad deja de ser sostenible.

Hay también otras formas de reciprocidad muy relevantes para la vida social. Son las formas de la reciprocidad indirecta. La reciprocidad indirecta tiene una estructura doble. La primera va de A hacia B, hacia C. A actúa en relación con B; esta acción de A produce efectos sobre la manera en que B trata a un tercer sujeto C, sin que entre C y A exista relación directa. En el ámbito familiar, esta estructura relacional se encuentra en la base de buena parte del proceso educativo. Pero muchas dinámicas internas en las organizaciones dependen también de la reciprocidad indirecta que se encuentra en la base de la cultura organizativa que se crea con el tiempo y de la cooperación espontánea (Sebastián, C. 2015).

Por su parte, la segunda forma de reciprocidad indirecta es la que va de A hacia B y de C hacia A. A se comporta de una determinada manera con B y un sujeto externo, C, que observa la primera acción de A hacia B, se ve influenciado por ella en su relación directa con A.

Este tipo de dinámica es muy importante para la vida económica más corriente. Pensemos por ejemplo en un cliente (C) de una empresa (A) que interprete la acción realizada por ésta a favor de un proyecto social (B) como un medio para aumentar sus beneficios. Este cliente podría llegar a penalizar la acción "social" de la empresa. Los seres humanos somos los únicos animales capaces de atribuir un sentido a las acciones propias y ajenas. Por eso la reciprocidad no juega sólo en el campo de las acciones, sino

también en el de las intenciones. Los hechos “objetivos” no nos bastan, queremos comprender el mensaje relacional y motivacional que estos incorporan.

CAPÍTULO 3: TEORÍA DE LA ACCIÓN

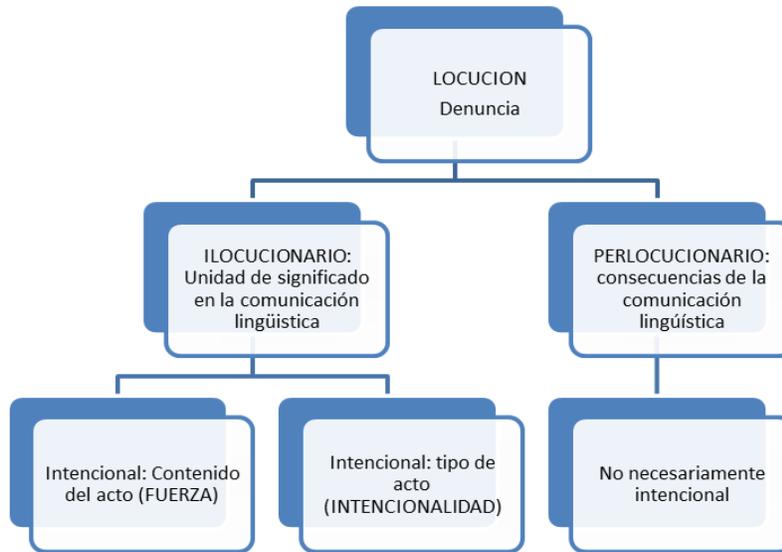
3.1 El lenguaje en relación con la acción

John R. Searle, en su libro *Mente, Lenguaje y Sociedad*, Capítulo 6: *Cómo funciona el lenguaje*, resalta tres actos específicos que intervienen en la comunicación: la LOCUCION (denuncia de un evento), la ILOCUCION (la fuerza de la denuncia) y la PERLOCUCION (los efectos de la denuncia).

El acto ilocucionario, es la unidad mínima completa de comunicación lingüística humana, es esencialmente intencional y es la unidad de significado de la comunicación. Los actos no van ligados a las consecuencias de los actos, es decir, transmitir una idea puede ser intencional, pero las consecuencias ligadas a esa idea no lo son.

Cuando se tiene la intención de comunicación, se tiene la intención de producir comprensión, pero la comprensión significará que se capte el significado. La mente crea el significado al imponer condiciones de satisfacción sobre condiciones de satisfacción, entonces los límites del significado son establecidos por los límites de la mente, esos límites son propósitos ilocucionarios de tipo afirmativo, directivo, compromisorio, expresivo y de declaraciones. La figura 1 explica cada uno de ellos.

Figura 1. Actos que intervienen en la comunicación



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA DEL AUTOR.

Propósito Afirmativo: Compromete al hablante con la verdad de la proposición, como por ejemplo las afirmaciones, descripciones, clasificaciones y explicaciones.

Propósito Directivo: Intenta que el oyente actúe de tal modo que su conducta concuerde con el contenido proporcional del acto de habla directivo, por ejemplo las órdenes, peticiones y ruegos.

Propósito Compromisorio: constituye un compromiso por parte del hablante de adoptar el tipo de acción representado en el contenido proporcional, por ejemplo las promesas, compromisos, juramentos, contratos y garantías.

Propósito Expresivo: Expresa la condición de sinceridad del acto de habla, por ejemplo disculpas, agradecimientos, felicitaciones, bienvenidas y condolencias.

Declaraciones: Produce una modificación en el mundo representándolo como si hubiera sido modificado, por ejemplo “os declaro marido y mujer”, “declaramos la guerra” y “está despedido”.

Aplicado al presente trabajo de grado, es frecuente que se dispongan muchas actividades de educación y difusión de la Política de Salud Sexual Reproductiva, pero con lenguaje equivocado, causando una confusión en la comunidad y al tiempo una transmisión errónea de los conceptos, o puede ser que la información entregada no sea tan fuerte en términos de impacto o pertinencia para lograr el cambio en la cultura de la población objeto de las intervenciones en salud pública; aún existen barreras y tabús que impiden que las personas pregunten sobre las dudas al respecto, pero también el mensaje transmitido no es el afirmativo, es decir, según Searle, no se compromete al hablante con la verdad de la proposición.

Un escenario inquietante frente a la vivencia de la salud sexual y reproductiva, es la vulnerabilidad en el conocimiento, dado por la asimetría de la información de la comunidad en el tema de Salud Sexual y Reproductiva. Los usuarios formulan sus inquietudes, y el auxiliar de salud responde desde su conocimiento y sus experiencias previas, no solo en su historia de vida sino en las experiencias desarrolladas en la comunidad donde trabaja, de ésta forma, no se aplicarían los vocablos correspondientes LOCUCION, la ILOCUCION y la PERLOCUCION.

Teniendo en cuenta que actualmente nuestro sistema de salud es un modelo de competencia regulada se da la dinámica de la oferta y la demanda, en donde cada una de las partes dentro del sistema tiene sus propios intereses en búsqueda de un mayor beneficio, es allí donde surge la asimetría de la información. Una de las principales causas de esta brecha radica en la falta de conocimiento de las personas acerca de sus derechos en salud, el desconocimiento de la capacidad científica y humana de los trabajadores del sector, y la ineficacia de los tratamientos ofertados en el Plan Obligatorio de Salud. Estos problemas solo los resuelve una minoría de personas quienes han sido empoderados en el tema de derechos en salud.

3.2 La política pública entendida como acción pública

En su obra *Acción Pública y Desarrollo Local*, publicada en 2005, el mexicano Enrique Cabrero adopta el término “acción pública”, para referirse a las políticas públicas, pues es más comprensible en nuestro idioma, mientras que el de “política pública” tiende a ser equívoco y complicado. Aunque el sentido dado por Cabrero al término “acción pública” no corresponde al concepto generalmente aceptado para políticas públicas, puesto que no se refiere a conjuntos más o menos homogéneos de actividad, sino más bien al efecto agregado de todas las actividades de los diversos gobiernos en un lugar determinado a lo largo de un periodo.

Cabrero extrae tres tipos de itinerarios de acción pública de los gobiernos municipales: tradicional, innovador y transformador. Por otro lado, los actores no gubernamentales pueden ordenarse en tres tipos de arreglos: la propensión a la no cooperación, a la

movilización y a la cooperación. De este modo, con base en los diferentes tipos de gobierno y sociedad, se construye una matriz en la que un gobierno tradicional y una sociedad apática (que no coopera) producen una acción pública de baja intensidad; un gobierno innovador y una sociedad activa (con propensión a la movilización) generan una acción innovadora y por último, el resultado de la convergencia de un gobierno transformador y una sociedad cooperativa es una acción pública de alta intensidad.

La lección o mensaje es que el impulso al desarrollo local requiere la sinergia de un gobierno innovador o transformador, que sume esfuerzos con una sociedad activa o cooperativa. Por otra parte, la matriz arroja además varios escenarios de desencuentro o conexiones fallidas, en los que un tipo de gobierno no converge con la forma correspondiente de sociedad. En estos casos, más que darse el aprendizaje social y desarrollo, se produce una frustración pública que ocasiona desfases, rezagos y retrasos del desarrollo.

De este modo, entre las lecciones que se desprenden de esta obra está en primer lugar que el gobierno no puede actuar solo, requiere de la convergencia de la sociedad. Asimismo, la falta de conexión arroja frustración y un aprendizaje negativo, que incita a la desconfianza y cancela el desarrollo, hasta que se den de nuevo las condiciones para la convergencia y la producción de capital social. Una observación relevante de esta obra es que no todas las alternancias políticas producen convergencia, capital social y desarrollo. Según esta perspectiva, el desarrollo resultante parece depender más bien de acciones colectivas sujetas a tendencias y movilizaciones, que van más allá de voluntades o acciones individuales de los gobernantes.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Diseño Del Estudio

El presente estudio se enmarca en el enfoque de Investigación Cualitativa de tipo participativo. Se trata de una actividad que combina la forma de interrelacionar la investigación y las acciones en un determinado campo seleccionado por el investigador, con la participación de los sujetos investigados. El fin último de este tipo de investigación es la búsqueda de cambios en la comunidad o población para mejorar sus condiciones de vida. Se trabajarán entrevistas abiertas, técnicas de observación y observación participante.

4.2 Etapa De Revisión Documental

Para la organización de la información y su posterior análisis se emplea la matriz o cuadro de doble entrada, la cual es un tipo de operación de registro que permite organizar, sistematizar y comparar la información a partir de columnas horizontales y verticales que concentran y relacionan la información que se ha obtenido a partir de una lectura, en este caso la lectura de las entrevistas realizadas y los relatos (Chávez, O).

Estos datos se organizan en dos o más columnas, según las comparaciones que muestre la lectura. En cada eje vertical se ordena la información teniendo en cuenta categorías, en el horizontal figuran las categorías de las comparativas que requiere la lectura (Almeraya, Juan M.) Los pasos para elaborar la matriz son: la lectura de las entrevistas y los relatos, determinar los ejes o conceptos que se relacionan entre si y por ultimo ubicar los conceptos en cada una de las columnas.

Para reducir la información recogida se debe categorizar, fragmentar y codificar la misma, lo cual ayudará a emitir conclusiones mediante técnicas como la triangulación.

4.3 Entrada De Datos

4.3.1 Técnicas De Organización Y Análisis De La Información

Para organizar la información se utilizaron categorías de análisis agrupadas en matrices de doble entrada, como la que se muestra en la tabla 1:

Tabla 1. Matriz de doble entrada, modelo general.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DIMENSIONES	TECNICAS	FUENTE
Maternidad Segura	Percepción de Género Lenguaje Sexual Imaginarios sexuales	Imaginarios Sexuales Mitos Noviazgo	Relatos Entrevista	Comunidad de laches: adolescentes – Técnicos auxiliares de Enfermería
Planificación Familiar	Relaciones Sexuales Lenguaje Sexual	Métodos Anticonceptivos Edad Riesgo Prácticas sexuales	Entrevista Relatos	Comunidad de laches: adolescentes – Técnicos auxiliares de Enfermería
Salud sexual y	Relaciones	Virginidad	Relatos	Comunidad de

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DIMENSIONES	TECNICAS	FUENTE
reproductiva de los y las adolescentes	Sexuales Lenguaje Sexual	Aprendizajes en la escuela Papel de los y las docentes Metodología en Educación Sexual	Entrevista	laches: adolescentes – Técnicos auxiliares de Enfermería
ITS Y VIH/SIDA	Lenguaje Sexual Orientación Sexual	Conocimiento del cuerpo	Relatos	Comunidad de laches: adolescentes – Técnicos auxiliares de Enfermería

4.3.2 Técnicas E Instrumentos De Recolección De Información

La presente investigación recolectará la información mediante el uso de entrevistas semi - estructuradas y relatos. En las entrevistas la información entregada por la comunidad y los técnicos auxiliares de enfermería fue el producto de su forma particular de ver la realidad en torno a la Política de Salud Sexual Reproductiva, por tanto la información estará siempre orientada por esa forma de ver la realidad.

Los datos son el producto de la interacción entre entrevistadores (investigadores) y entrevistados (as). Se realizó un total de 16 entrevistas, ocho a agentes de salud del Hospital Centro Oriente y 8 a adolescentes de la Localidad de Santafé, Territorio 2. Las preguntas se estructuraron teniendo en cuenta las cinco estrategias de la Línea de acción Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes de la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva, la cual comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Los relatos surgieron de las asesorías grupales en Salud Sexual Reproductiva que se establecen en el lineamiento del Ámbito Escolar y que se llevaron a cabo en dos colegios del área urbana de la localidad de Santafé en el micro territorio de Laches. El análisis se dio simultáneamente con la recolección de datos. En la recolección de datos la labor de los investigadores no se limitó sólo a registrar información, sino que hubo una interacción entre recolección de datos, análisis, nuevos datos y así sucesivamente.

4.4 Identificación De Variables

Para el presente estudio las variables para el análisis de datos corresponden a las estrategias de la Línea de Salud Sexual y reproductiva de los y las Adolescentes:

- a. Promoción de la SSR de los/ as adolescentes mediante estrategias de IEC: en el campo de la promoción de la SSR mediante estrategias de IEC se plantea la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos dirigidos a que los y las

adolescentes, especialmente de las poblaciones más vulnerables y con énfasis tanto en los hombres como en las mujeres.

- b. Coordinación intersectorial e interinstitucional: En desarrollo de esta estrategia se plantea el establecimiento de alianzas estratégicas para la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos de formación inicial y en servicio, mediante acciones de educación formal, no formal e informal, dirigidas a los oferentes y demandantes de servicios de SSR y a las redes de las que hacen parte los y las adolescentes.
- c. Fortalecimiento de la gestión institucional: El fortalecimiento de la gestión institucional en cuanto a la SSR de los adolescentes está dirigido a la reorientación de los servicios para que realmente sean útiles a este grupo poblacional.
- d. Fortalecimiento de la participación: Las estrategias y líneas de acción en cuanto al fortalecimiento de la participación de las/los adolescentes deben centrarse en facilitar el acceso y promover la participación cualificada de los y las adolescentes como individuos o como parte de organizaciones juveniles en las asociaciones y ligas de usuarios que funcionan en torno a las EPS y ARS o en los comités de salud departamentales o municipales; además de promover las responsabilidades de los adolescentes en cuanto al autocuidado, con especial énfasis en la doble protección.
- e. Potencialización de las redes sociales de apoyo: se trata de identificar las redes sociales de apoyo de los/las adolescentes que existen en las diferentes comunas y/o localidades y en las instituciones escolares, entre otros, para ofrecerles

programas de educación integral y de servicios centrados en la promoción de la salud sexual y reproductiva, la doble protección, la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones sexuales y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

4.5 Población

La localidad de Santa Fe está ubicada en el centro de la ciudad. Limita, al norte con la localidad de Chapinero; al sur con las localidades de San Cristóbal y Antonio Nariño; al oriente con el municipio de Choachí y al occidente con las localidades de Los Mártires y Teusaquillo. Santa Fe está compuesta por un área urbana y rural (diagnóstico Local 2014, Hospital Centro Oriente).

El Hospital Centro Oriente dividió la localidad en dos territorios para el desarrollo del programa de territorios saludables con el propósito de brindar una mayor y mejor cobertura a la comunidad desde el modelo humano de atención en salud para el acercamiento de los servicios de salud a la población en su propio territorio con el propósito de responder efectivamente a las necesidades y expectativas de la población, garantizando el derecho a la salud y la afectación positiva de los determinantes sociales, con un enfoque territorial, poblacional, basado en la Atención Primaria en Salud - APS.

La selección de los sujetos de estudio se dio principalmente por la facilidad de intervención en los diferentes espacios de interacción con el Hospital Centro Oriente, seguido por la relación que existe entre la educación en materia de salud sexual reproductiva que se imparte en las instituciones a técnicos auxiliares de enfermería en

formación y a técnicos ya ejerciendo sus conocimientos en campo, además del conocimiento que tienen los agentes de salud frente a la Política de Salud Sexual Reproductiva, el socializan en la comunidad del territorio Laches a través de acciones de Información Educación y Comunicación (IEC).

4.6 Lugar

La investigación se realiza en la localidad de Santafé, en el micro territorio de Laches, con la colaboración voluntaria de ocho técnicos auxiliares de enfermería con experiencia y manejo de la estrategia de Territorios Saludables, y ocho adolescentes y jóvenes sensibilizados en la Política de Salud Sexual Reproductiva establecida en el desarrollo de la estrategia de Territorios Saludables. Además, se complementa con dos relatos de vivencias propias de la profesional Enfermera del mismo territorio, quien también aborda la Política De Salud Sexual en el Ámbito escolar.

4.7 Temporalidad

La recolección de información se realiza en el mes de septiembre 2015.

4.8 Muestreo

En la presente investigación cualitativa se utilizó el muestreo probabilístico debido a la dificultad de entrevistar o relatar a todo el universo poblacional. En investigación

cualitativa habitualmente no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra (Valles, J.M. 1997).

Existen varios tipos de muestreo en investigación cualitativa, la técnica empleada especialmente para esta investigación se denomina *Muestreo de Casos Críticos*, en ésta la selección de casos investigados sirvieron como referencia para el resto de la población con relación a las percepciones y prácticas en materia de salud sexual reproductiva, tanto del grupo de agentes de salud como de la comunidad receptora del programa Territorios Saludables de la Localidad de Centro Oriente, en Bogotá.

Se utilizó esta técnica debido a la utilidad de la misma para el abordaje de problemas emergentes como lo es la salud sexual reproductiva en adolescentes, además para poder establecer de qué manera éstas percepciones y prácticas están alineadas con los objetivos planteados en la Línea de Salud Sexual y Reproductiva de los/as adolescentes.

4.9 Estrategia E Instrumentos De Recolección

El estudio permitió la interacción con los sujetos sociales, explorando las percepciones que tienen los sujetos frente a la Política de Salud Sexual Reproductiva, para esto se utilizó estudio de caso entendido como una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, con este método los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas; esto es,

documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos (Chetty, 1996).

4.10 Entrevista

El tipo de entrevista utilizado en la investigación, fue la entrevista a profundidad. Este tipo de entrevista permitió tener un mayor acercamiento a las percepciones personales de los agentes de salud y adolescentes ya que de esta forma, se pueden analizar e interpretar los imaginarios que ellos y ellas tienen sobre el tema estudiado, en este caso salud sexual reproductiva, y se buscó dar respuesta a cada uno de los objetivos propuestos en la investigación.

Las preguntas incluidas en las entrevistas se formularon a la luz de las estrategias contenidas en la Línea de acción Salud Sexual Reproductiva de los/as adolescentes de la Política Nacional de Salud Pública, buscando obtener la información cualitativa requerida para dar cumplimiento a los objetivos generales y específicos del estudio (Anexos A y B).

4.10.1 Entrevistas

- Mujeres

Agentes de salud: Edad entre 26 a 40 años.

Adolescentes y jóvenes: Edad entre 14 a 17 años.

- Hombres:

Adolescentes y jóvenes: Edad entre 14 a 17 años.

Estrato al que pertenecen: El estrato social al que pertenecen las técnico auxiliares de enfermería y las mujeres y hombres encuestados es el 2.

4.10.2 Relatos

- Mujeres

Edad: Entre 13 a 17 años

- Hombres: 15 años

Estrato al que pertenecen: El estrato al que pertenecen las mujeres y hombres de los relatos es el 2.

4.11 Plan De Análisis

4.11.1 Técnicas De Validación De La Información

La técnica utilizada para validar la información recolectada fue la Triangulación. La Triangulación, según Denzin, (citado por Bisquerra, 2004) es una de las técnicas de análisis de datos más característico en la investigación cualitativa. El principio básico consiste en recolectar y analizar datos desde distintos ángulos para compararlos y contrastarlos entre sí; el autor define la triangulación como “la combinación de metodologías en el estudio de un mismo fenómeno”. Para Kemmis (citado por Bisquerra, 2004), consiste en un control cruzado entre diferentes fuentes de datos: personas, instrumentos, documentos, o la combinación de todos ellos.

La Triangulación actualmente se entiende en un sentido amplio, dándose cuatro tipos básicos de triangulación y una combinación entre ellos: triangulación de datos, de investigadores, teórica, metodológica y la múltiple. Entre éstas técnicas la utilizada para la investigación fue la Triangulación Múltiple.

La Triangulación Múltiple combina varios tipos de triangulación, datos, observadores, metodologías. La combinación de niveles de Triangulación consiste en utilizar más de un nivel de análisis, los cuales pueden ser individuales, sociales e interactivos. Paul, J. (1996, citado por Rodríguez, O.) ha apuntado en este sentido que la divergencia de los resultados derivados de la utilización de múltiples métodos ofrece oportunidades únicas para entender la realidad organizativa. En el presente estudio se tiene en cuenta el nivel

de análisis individual y social desde el punto de vista de los usuarios del sistema y los agentes de salud de la Localidad Santafé.

El investigador se sitúa así en un nivel de análisis más profundo, pudiendo descubrir dinámicas no percibidas hasta entonces. De este modo, podrá proponer interpretaciones más complejas del fenómeno a estudio.

4.12 Identificación, Clasificación Y Validación De Las Variables Que Intervienen En La Problemática

El presente estudio se enfocará en las categorías de:

- a. Promoción de la Salud Sexual Reproductiva de los/ as adolescentes mediante estrategias de IEC,
- b. Coordinación intersectorial e interinstitucional,
- c. Fortalecimiento institucional
- d. Fortalecimiento de la participación
- e. Potenciación de las redes sociales de apoyo.

Las cuales corresponden a las estrategias de la línea de acción Salud Sexual Reproductiva de los/ as adolescentes. A continuación se muestran las matrices de doble entrada elaboradas para el análisis de la información cualitativa para agentes de salud y para adolescentes y jóvenes (tablas 2 y 3, respectivamente):

Tabla 2. Matriz de doble entrada. Datos agentes de salud

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DIMENSIONES	TECNICAS	FUENTE
Promoción de la SSR de los/las adolescentes mediante estrategias de IEC	Estrategias de Información Educación y Comunicación	Metodología en Educación Sexual Lenguaje Sexual	Entrevista a profundidad	Técnicos auxiliares de Enfermería
Coordinación intersectorial e interinstitucional	Capacitación del talento humano Alianzas Estratégicas	Creencias propias. Discurso repetitivo.	Entrevista a profundidad	Técnicos auxiliares de Enfermería
Fortalecimiento de la gestión institucional	Conocimiento de la oferta de servicios de SSR. Canalización a programas de SSR	Virginidad Noviazgo Riesgos permitidos	Entrevista a profundidad	Técnicos auxiliares de Enfermería
Fortalecimiento de la participación	Reconocimiento de organizaciones juveniles comunitarias	Aprendizajes en la escuela Papel de los y las docentes	Entrevista a profundidad	Técnicos auxiliares de Enfermería

Potenciación de las redes sociales de apoyo	Identificación de redes de apoyo de los/las adolescentes.	Hospital Institución educativa Padres de familia	Entrevista a profundidad	Técnicos auxiliares de Enfermería
--	---	--	--------------------------	-----------------------------------

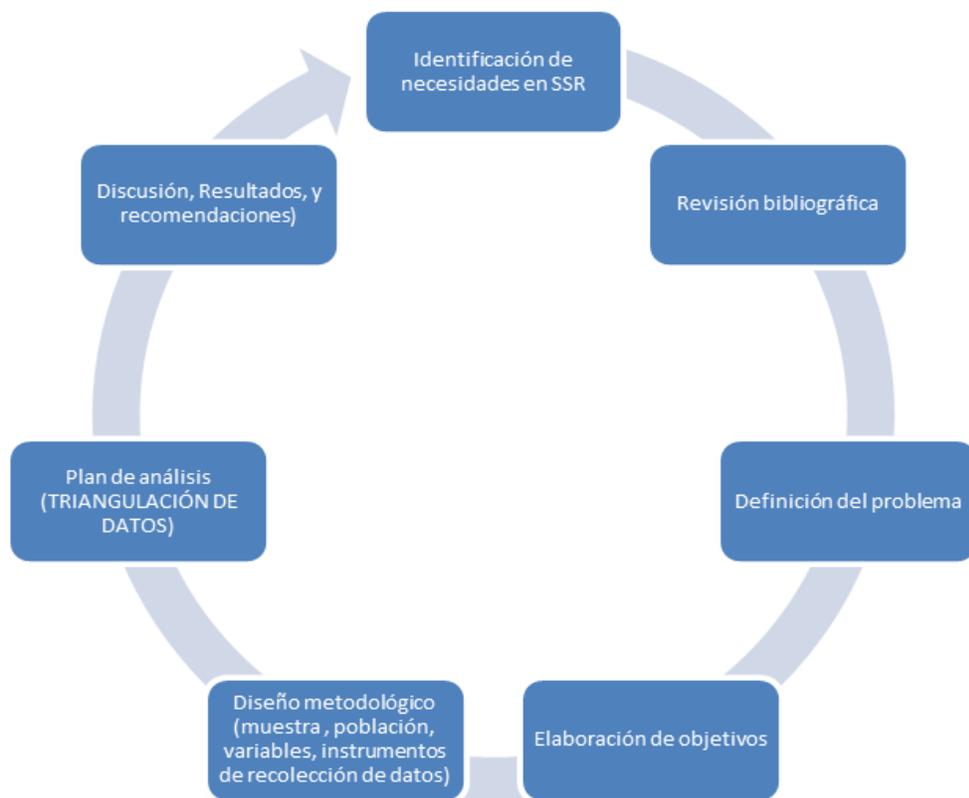
Tabla 3. Matriz de doble entrada. Datos adolescentes y jóvenes

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DIMENSIONES	TECNICAS	FUENTE
Promoción de la SSR de los/las adolescentes mediante estrategias de IEC	Estrategias de Información Educación y Comunicación	Metodología en Educación Sexual Lenguaje Sexual	Entrevista a profundidad	Adolescentes de la comunidad de Laches
Coordinación intersectorial e interinstitucional	Capacitación del talento humano Alianzas Estratégicas	Creencias propias. Discurso repetitivo.	Entrevista a profundidad	Adolescentes de la comunidad de Laches
Fortalecimiento de la gestión institucional	Conocimiento de la oferta de servicios de SSR. Canalización a	Virginidad Noviazgo Riesgos	Entrevista a profundidad	Adolescentes de la comunidad de Laches

	programas de SSR	permitidos		
Fortalecimiento de la participación	Reconocimiento de organizaciones juveniles comunitarias	Aprendizajes en la escuela Papel de los y las docentes	Entrevista a profundidad	Adolescentes de la comunidad de Laches
Potenciación de las redes sociales de apoyo	Identificación de redes de apoyo de los/las adolescentes.	Hospital Institución educativa Padres de familia	Entrevista a profundidad	Adolescentes de la comunidad de Laches

Etapas Del Estudio

Figura 2. Etapas del estudio



5. RESULTADOS

El Programa Territorios Saludables aborda acciones de promoción de la salud en los ámbitos de vida cotidiana, dentro de las que se incluye la promoción de la salud sexual reproductiva en adolescentes y jóvenes. Los agentes de salud brindan asesoría familiar con enfoque biopsicosocial, teniendo en cuenta la dinámica del territorio.

Al indagar sobre las percepciones y prácticas en salud sexual reproductiva de un grupo de agentes de salud y comunidad receptora del programa Territorios Saludables, se obtienen los siguientes resultados, los cuales se analizan posteriormente en relación con la Línea de Salud Sexual Reproductiva de los/as adolescentes de la Política Nacional.

5.1 Promoción De La Salud Sexual Reproductiva De Los/ As Adolescentes Mediante Estrategias De IEC

Agentes De Salud

Dentro de ésta categoría se evidencia que para éste grupo encuestado es importante tener un adecuado lenguaje con los jóvenes, así como identificar el contexto en que están inmersos, la información brindada en el tema de SSR se centra primordialmente en el tema de métodos de planificación.

“Situaciones de la familia, dónde vive, qué clase de estudios tiene, son cosas que tengo en cuenta.” **Luisa, agente de salud.**

“El núcleo familiar, los antecedentes de la familia, los estratos, y su nivel educativo.” **Magnolia, agente de salud.**

“Yo le informo los métodos que hay, el Jadelle, el norplant, los métodos de barrera, de protección como tal el preservativo” **Natalia, agente de salud.**

Adolescentes Y Jóvenes

Para el grupo encuestado de adolescentes se encuentra que identifican que en su proyecto de vida hay decisiones que deben tomar con responsabilidad, que el diálogo es importante en sus relaciones y en el entorno familiar y social, sin embargo, manejan gran volumen de información frente al tema de SSR, que hace que en la construcción de conocimientos se evidencian todavía contradicciones.

“Porque pues creo que estamos como muy pequeños como para, o sea somos muy bebés como para criar bebés.” **Laura, 15 años.**

“... no me parece que una persona deba tener un hijo a ésa edad. Porque ni siquiera nosotros nos hemos formado bien como personas como para venir a formar a otras personas”. **Santiago, 16 años.**

“Siempre se busca la manera de hablar”. **Santiago, 16 años.**

“Por un descuido. Por no poner atención a lo que me dijeron mis papás.” **Karen, 17 años.**

5.2 Coordinación Intersectorial E Interinstitucional

Agentes De Salud

Se evidencia que los agentes de salud más que haber recibido una capacitación formal en temas de SSR parten de sus propias vivencias para impartir la educación que brindan a los usuarios de los servicios de salud. Se evidencia que de la totalidad de las encuestadas, solo una ha recibido capacitación en cómo abordar a los adolescentes y sobre métodos de anticoncepción. Un agente de salud reconoce que en su Institución Educativa de formación técnica recibió alguna formación en estos temas, sin embargo, en la institución en donde labora no se visualiza como formadora en temas de SSR al personal técnico.

“Una trataba sobre cómo llegar a abordar a los adolescentes... Y la otra era sobre el método anticonceptivo como tal.” **Ángela, agente de salud.**

“El conocimiento que uno adquiere estudiando.” **Milena, agente de salud.**

“Sólo se habla es de las mortalidades, de los territorios, pero no se habla nunca de salud sexual reproductiva.” **Milena, agente de salud.**

“Sí nos dan pautas de cómo abarcar a la comunidad, pero de pronto se infunden más como en otros temas.” **Sandra, agente de salud.**

“Sí nos han brindado información pero continuas, no.” **Natalia, agente de salud.**

Adolescentes Y Jóvenes

Este grupo poblacional reconoce en el Hospital Centro Oriente a la Institución que promueve la educación en temas de SSR, igualmente los adolescentes y jóvenes refieren que a través de las acciones de educación en SSR aprenden sobre temas que desconocen.

“Nos enseñan bastante sobre el cuidado del cuerpo.” **Santiago, 17 años.**

“Uno aprende cosas que de pronto no sabía.” **Santiago, 16 años.**

“Nos enseñan cosas que no sabemos a veces.” **Cristal, 15 años**

5.3 Fortalecimiento De La Gestión Institucional

Agentes De Salud

Los agentes de salud reconocen que los jóvenes y adolescentes aún sienten mucho temor de acceder a los servicios de SSR. Del mismo modo, identifican que la autonomía en este grupo poblacional debe ser la principal característica a fortalecer para la participación efectiva de ellos de la oferta de servicios. Se evidencia que el agente de salud debe profundizar en el conocimiento de las rutas de SSR existentes en la institución de salud, aunque identifican que existen programas con atención diferencial para jóvenes.

“Digamos que la gran barrera de acceso son ellos. La autonomía que ellos tienen al tomar sus decisiones.” **Luisa, agente de salud.**

“Pero como tal que sepa yo que hay una ruta, no.” **Luisa, agente de salud.**

“Tenemos unos servicios que se llaman servicios amigables en salud.” **Luisa, agente de salud.**

“La vergüenza, tienen mucha pena ante eso...ellos son muy apáticos a que uno entre al tema.” **Magnolia, agente de salud.**

“De pronto el temor de que los papás sepan de que ya comenzaron vida sexual.”
Omaira, agente de salud.

“Se pasa como por muchas manos las canalizaciones.” **Sandra, agente de salud.**

“Ahorita está lo del Jadelle, el implante; entonces pues nosotros les decimos a ellos que se acerquen al Jorge Eliécer.” **Sandra, agente de salud.**

“El tema de barreras de acceso, el tema las EPS, yo he mandado varias chicas a planificar con las mamás o solitas y siempre me las devuelven por el tema de la EPS y de aseguramiento, que no pueden.” **Ángela, agente de salud.**

“Siempre ponen disculpas, siempre hay como una barrera que no puedo, que mi mamá no me deja, que no tengo EPS, que no acá no se pueden enterar, de que sí yo estoy planificando pero igual no, no es verdad muchas veces.” **Milena, agente de salud.**

Adolescentes Y Jóvenes

Dentro de las limitaciones de éste grupo poblacional para acceder a los programas de SSR se encuentran la falta de tiempo, el desconocimiento mismo de la existencia de éstos programas en las instituciones de salud, así como el poco reconocimiento de la utilidad de éstos servicios, de igual manera se evidencia bajo grado de conocimiento de la existencia de éstos programas de salud por parte de la población adolescente. Adicionalmente manifiestan que para ellos sería más amigable asistir a los servicios de SSR si se hace

mediante invitación de las instituciones y cuando puedan asistir acompañados por sus pares.

“No veo la necesidad por lo que no he empezado la vida sexual”. **Laura, 15 años.**

“Por el tiempo, mantengo ocupado”. **Santiago, 17 años.**

“No creo que necesite ese apoyo por el momento”. **Santiago, 16 años.**

“Porque no sé cómo”. **Cristal, 15 años.**

“Con amigos, ir acompañado con amigos.” **Cristal, 15 años.**

“Pues en parte es porque no lo necesito, o sea no es como necesario”. **Camilo, 16 años.**

5.4 Fortalecimiento De La Participación

Agentes De Salud

Los agentes de salud no identifican organizaciones comunitarias con énfasis en población adolescente y joven en el territorio donde trabajan, sin embargo sí han participado en organizaciones juveniles a nivel de juntas de acción comunal e instituciones educativas en

las que estudian una carrera profesional. Se infiere que la pertenencia a éste tipo de organizaciones está más ligada al proyecto de vida del agente de salud.

“Yo participé en una organización juvenil en la universidad. No es enfocada hacia éste tema, es hacia otro tema. Pero yo sí pienso que no hay una buena información acerca de procesos en los cuales los jóvenes se puedan incluir a esto.” **Luisa, agente de salud.**

“En un proyecto que hizo la Alcaldía para repartir los preservativos a los adolescentes que son gays de la Localidad Santa Fé.... Uy espectacular, eso lo vuelvo a repetir”. **Omaira, agente de salud.**

“Sí. Las que se hacen con la junta de acción comunal... es muy gratificante hacia la comunidad ver que uno les puede apoyar a ellos a través de diferentes actividades.” **Sandra, agente de salud.**

He estado por participar pero en proyectos del colegio de mi hija, que es algo ya a nivel privado.” **Ángela, agente de salud.**

“Pues en cuanto a la comunidad no veo que haya así alguna de un tema juvenil o algo así... sí me gustaría tomarlo para pues ayudar a los jóvenes en cuanto a éste tema.” **Milena, agente de salud.**

Adolescentes Y Jóvenes

La población entrevistada refiere que su participación en grupos comunitarios es muy limitada y se debe principalmente a su falta de interés y de tiempo; así mismo manifiestan desconocimiento frente a sus derechos como usuarios del sistema de salud.

“Pues en algunos casos no me ha llamado la atención.” **Santiago, 17 años.**

“No me llama la atención.” **Cristal, 15 años.**

“En la policía cívica juvenil... uno aprende desde las cosas que... de primeros auxilios, también lo de antinarcóticos y todo eso.” **Santiago, 16 años.**

“Casi no me queda tiempo.” **Karen, 17 años.**

“En éste momento tengo... un dúo con un amigo, de música”. **Camilo, 16 años.**

5.5 Potencialización De Las Redes De Apoyo

Agentes De Salud

El agente de salud identifica como redes sociales y de apoyo en los adolescentes un primera instancia a sus amigos, dentro de su círculo familiar a su mamá, luego la institución educativa y por último a la institución de salud. Este orden no está dado por el nivel de importancia sino del grado de vinculación social que tiene el joven con su entorno.

“Yo pienso que lo principal son los amigos... puede ser un factor negativo un factor positivo que uno puede afianzar ésas redes con ellos. Entonces se podrían prevenir muchas cosas si las redes con los amigos fueran fuertes.” **Luisa, agente de salud.**

“El colegio... Y ya el servicio de salud de cada uno, la EPS de cada uno.”

Magnolia, agente de salud.

“Antes era en los colegios, hoy en día también son los padres... “no yo le hablo a mi hija de planificación y todo eso, o a mi hijo”. Los padres que son machistas: “ésa ni novio tiene”, y la niña ya comenzó la sexualidad hace 3 años. Entonces ésos son como los obstáculos que se presentan.” **Omaira, agente de salud.**

“La familia es importante y creo que nosotros en éste programa ha sido de vital importancia, yo he visto muchos resultados por parte del programa y ha sido muy bueno. Tengo el resultado de varias chicas que he logrado que planifiquen gracias a nuestra oportuna intervención.” **Ángela, agente de salud.**

“Pues las principales redes que tenemos ahorita están en el Jorge Eliécer Gaitán que les ofrecen a las chicas pues más que todo los métodos de planificación; allá brindan algunas charlas sobre éste tema. Pero pues a veces es difícil con los adolescentes porque ellos no, como decía anteriormente, ellos toman esto como un juego.” **Milena, agente de salud.**

Adolescentes Y Jóvenes

Los adolescentes y jóvenes refieren como redes de apoyo en orden jerárquico a su mamá, en ocasiones a su papá, seguido de la institución educativa y la institución de salud. Reconocen que estas relaciones están dadas directamente por el nivel de confianza que se establezca con cada uno de los actores mencionados.

“A mi mamá”. **Laura, 15 años.**

“En el colegio... y en la casa” **Laura, 15 años.**

“Pues con mis compañeros. Y ya.” **Santiago, 17 años.**

“No, pues trato de buscar, primero de responderme yo mismo pero si no puedo, pues a mis padres.” **Santiago, 16 años.**

“De pronto hace falta que un día meten materias donde uno puede ver la educación sexual porque no lo hay, pues entonces eso hace falta.” **Santiago, 16 años.**

“Mis papás me explicaban todo eso común y corriente, ¿cierto?” **Karen, 17 años.**

“Pues es que, no parto tanto desde los estudiantes sino desde los papás, porque puede que las chicas quieran ir, quieran planificar, pero si los papás están como se dice muy chapados a la antigua, porque acá pasan muchos casos, que dicen que si las llevan a planificar entonces las están mandando a que tengan relaciones sexuales”. **Karen, 17 años.**

“Hospital Centro Oriente.” **Camilo, 16 años.**

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentará el análisis y discusión por cada variable de investigación.

6.1 Promoción De La Salud Sexual Reproductiva De Los/ As Adolescentes Mediante Estrategias De IEC

Tanto los agentes de salud como los adolescentes consideran que el diálogo y la comunicación son herramientas importantes para fortalecer las estrategias de SSR, sin embargo, los agentes de salud no cuentan con herramientas metodológicas para fortalecer el dialogo y autonomía en los adolescentes en el tema de SSR.

Las acciones de IEC en éste tema van enfatizadas solamente a métodos de planificación, dejando de lado temas importantes contemplados en la Política Nacional de SSR como la prevención de ITS- VIH. Se puede afirmar que los contenidos de las acciones de IEC en temas de SSR dirigidas a adolescentes están permeadas en los agentes de salud por las creencias personales, las opiniones y la historia de vida propia (Blackmore, 2010). Desde el punto de vista de la teoría de memes, estas creencias frente a los métodos de planificación, usadas como estrategia para prevenir embarazos en adolescentes, no tienen por sí solas el efecto esperado en el adolescente.

De acuerdo con Bauman (2008), se puede decir que a pesar que las auxiliares traten de asesorar con su propia experiencia de SSR al adolescente, el tiempo y contexto de cultura de cada uno es diferente, por lo cual no se genera la filiación necesaria para generar un

vínculo duradero y que permita apropiarse efectivamente los conocimientos en el tema. La falta de herramientas para impartir las estrategias de IEC a los adolescentes en cuanto a técnicas de negociación de conflictos, puede generar en este grupo poblacional riesgos frente al manejo de situaciones de violencia en pareja o con la familia.

Por otra parte no se logra crear el vínculo necesario en la relación agente de salud – usuario, haciendo que la comunicación en temas de SSR vaya en una sola vía, en este caso, del agente de salud al adolescente, Esta información no permea al joven y finalmente no tiene impacto (Nowak, 2012). La forma en que el agente de salud establece la relación con el adolescente puede no ser la apropiada, impidiendo que se genere un vínculo y una respuesta recíproca que dure en el tiempo y aporte en la vivencia del adolescente.

En el momento en que el agente de salud no recibe reciprocidad del adolescente, el agente crea una cultura organizativa de imaginarios institucionales hacia el adolescente, en la cual no se genera un ambiente de cooperación. Al parecer se trata un juego de “competencia” entre los actores, dado que los agentes de salud intentan “imponer” sus conocimientos y creencias en el tema de salud sexual y reproductiva pero el adolescente no tiene interés en dicha actividad por que no comparte dichas creencias o conocimientos.

Por último, para los adolescentes el embarazo a esta edad es un tema que perciben con preocupación y refieren que es una decisión que debe asumirse con responsabilidad. Ellos transmiten la idea de esa decisión de manera intencional, aunque las contradicciones en la construcción de conocimientos no correspondan con la posibilidad de llevar a la práctica una sexualidad responsable y sana.

6.2 Coordinación Intersectorial E Interinstitucional

Las entrevistas realizadas muestran que los agentes de salud no se encuentran capacitados ni fortalecidos en temas de SSR; sienten que se le da más interés a otras temáticas. A la luz de la política nacional de SSR se deben fortalecer las alianzas estratégicas entre instituciones para mejorar la capacitación al talento humano.

Si bien los adolescentes reconocen a la institución de salud como una de las principales fuentes de información en el tema, esta formación ha sido liderada por profesionales de enfermería a través de la línea de ámbito escolar del Programa Territorios Saludables y no por los agentes de salud de nivel técnico ni por los docentes, quienes a diario tienen contacto más directo con los adolescentes y sus padres.

Los agentes de salud no han recibido formación en SSR por parte de instituciones de salud o educación, a la vez los adolescentes manifiestan que lo que aprenden sobre éste tema, para ellos desconocido, es a través de las acciones del Programa Territorios Saludables. Este escenario sugiere que cada una de las partes conoce parcialmente la información sobre SSR, evidenciándose asimetría de la información.

Así mismo, desde la oferta institucional de servicios de SSR y en el contexto de un sistema de salud concebido bajo el modelo de mercado regulado, se da la dinámica de la oferta y la demanda de las instituciones de salud (IPS), donde cada una tiene sus propios intereses y busca un mayor beneficio, distorsionando la estrategia de coordinación intersectorial e interinstitucional en el tema de SSR de adolescentes.

Desde lo institucional (entidades de salud y educación) se evidencia propensión a la formulación de acciones no articuladas y propensión a la no cooperación frente al abordaje del tema de SSR en adolescentes. En relación con ésta situación, se establece que el tipo de Gobierno tradicional junto con una sociedad apática (no cooperante, desinformada y desinteresada) producen una acción pública de baja intensidad (Cabrero, 2005).

6.3 Fortalecimiento De La Gestión Institucional

La institución de salud no ha sido ajena a ésta necesidad de la población, creando los servicios amigables para adolescentes y jóvenes. A pesar que desde su infraestructura física y organizacional se ha preocupado por ser llamativa al joven, las entrevistas realizadas evidencian que éste grupo poblacional no accede a los servicios de SSR entre otras causas por falta de tiempo, poco interés y el desconocimiento mismo de los programas.

En relación con el temor de los jóvenes y adolescentes por acceder a los servicios de SSR, se puede decir que desde la operación de ésta estrategia de la Política Nacional de SSR, la efectividad de estas acciones va en dos direcciones contradictorias. Por una parte, se le delega al joven la responsabilidad de tomar decisiones, pero por otra se le genera dependencia del sistema productivo y del mundo adulto (Morales, 2010).

Retomando la teoría de memes (Blackmore, 2000) se sugiere que los memes con los que se han ofertado los servicios de SSR para adolescentes y jóvenes en el Territorio no han

sido llamativos para ellos y no resultan interesantes, aunque tengan la intención de ayudar. Al respecto, sería prudente contemplar el abordaje de otros temas y estrategias que logren transmitir otras ideas en el tema de SSR a este grupo poblacional.

De acuerdo con uno de los objetivos propuestos en el presente estudio, se evidencia un bajo grado de alineación entre lo manifestado por agentes de salud y adolescentes y jóvenes en cuanto al acceso a los servicios de SSR y los propuesto en ésta estrategia de la política Nacional.

6.4 Fortalecimiento De La Participación

La información cualitativa recolectada en el presente estudio evidencia que hay poco conocimiento por parte de agentes de salud y adolescentes y jóvenes de la existencia de organizaciones juveniles comunitarias en el Territorio. Por esta razón la participación la participación es limitada, además de la falta de interés y tiempo que refieren los adolescentes.

Desde la percepción del grupo de adolescentes y jóvenes y los agentes de salud entrevistados en el estudio, se infiere que la pertenencia del joven y el adolescente a grupos comunitarios no está bien identificada ni valorada como útil para la vida cotidiana. Esto podría tener relación con las formas de desarrollo de la vida en la ciudad, las cuales se transforman de modo continuo (Breihl, 2003).

De acuerdo con el planteamiento de Denet (1999), sabiendo que la estructura mental del adolescente y el joven es un mundo en continuo cambio permeado por la cultura, para fortalecer la participación de este grupo poblacional se deben crear estrategias vinculantes y llamativas que sean atractivas, con ideas afines a las necesidades y gustos de ellos.

Según los hallazgos cualitativos del presente estudio, se evidencia un bajo grado de alineación de la estrategia de fortalecimiento de la participación dentro de la población estudiada.

6.5 Potencialización De Las Redes Sociales De Apoyo

Sabiendo que la potencialización de las redes radica en la seguridad, certeza y la protección que brinden a la persona que se vincula a ellas, en el entorno de los adolescentes y jóvenes éstos atributos que caracterizan su red social en el tema de SSR son fundamentales para posicionar el papel que cumplen las redes de apoyo en la promoción de acciones de auto cuidado personal.

En este estudio se encontró que tanto para los agentes de salud como para los adolescentes y jóvenes las madres de familia, la institución educativa y la institución de salud de su Territorio constituyen los actores primordiales de sus redes de apoyo en temas de SSR, cuyo nivel de vínculo y reciprocidad es directamente proporcional al grado de confianza que se genera con cada actor.

Desde una perspectiva de la memética, se reconoce que ciertos grupos de ideas tienen la capacidad de perpetuarse al ser promovidos como creencias personales, deseos, opiniones y posiciones (Blackmore, 2000). Todo este grupo de ideas configura un memplex de los adolescentes en el tema de SSR, el cual debe ser descifrado y puesto en función de generar un vínculo duradero con los actores que configuran esta red.

De igual manera la forma en que los actores que configuran la red social en SSR de los adolescentes representan el punto de partida de los comportamientos que se copian de manera más o menos adecuada por este grupo poblacional. Se hace necesario indagar sobre las creencias que tienen frente a temáticas de SSR para fortalecer el desarrollo de la investigación de la Política Nacional de SSR.

Esta investigación resalta la importancia de continuar indagando frente a las situaciones que ejercen influencia de la SSR de jóvenes y adolescentes.

CONCLUSIONES

La implementación de la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva en el ámbito Local ha estado determinada por las directrices dadas por las instituciones de salud y educación del orden Distrital, mediante estrategias de promoción de la salud. En lo que refiere a la línea de Salud Sexual reproductiva de los/ as adolescentes y jóvenes, si bien la institución educativa es el escenario en donde éste grupo poblacional recibe información sobre el tema, es el personal de salud del Hospital Centro Oriente el que lidera estas acciones. Por su parte, el Hospital Centro Oriente cuenta con un programa de atención diferencial dirigida al grupo poblacional adolescente y joven del Territorio Laches, el cual oferta servicios de salud sexual reproductiva, programa que debe fortalecer para que los adolescentes asistan.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, existe un bajo nivel de coordinación intersectorial e interinstitucional en la Localidad Santa Fe en relación con la oferta de capacitación continuada al recurso humano en salud en temas de salud sexual reproductiva. El recurso humano del Hospital Centro Oriente evidencia debilidades en este sentido y los contenidos sobre salud sexual reproductiva que replican en la comunidad del territorio se fundamentan principalmente en sus propios conocimientos y vivencias, mostrando un bajo grado de alineación con las estrategias contempladas en la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva.

En el ámbito escolar se evidencian vacíos en los currículums educativos frente al abordaje de temáticas relacionadas con salud sexual reproductiva, hecho preocupante teniendo en cuenta las dudas que manifiestan tener sobre este tema los adolescentes y jóvenes entrevistados y que asisten a esta institución. Pese a ésta falencia, el grupo poblacional manifiesta ser receptora de un gran volumen de información, la cual se apropian y vivencian a través del contacto con sus redes sociales más cercanas como la institución de salud, sus madres y sus pares.

Las acciones de Información, Educación y Comunicación empleadas para la promoción de la salud sexual reproductiva dirigida a adolescentes y jóvenes del Territorio de Laches enfatizan en sus contenidos el tema de métodos de planificación familiar, dejando de lado otras temáticas importantes como la prevención de enfermedades de transmisión sexual-VIH, los derechos sexuales reproductivos y la ruta de acceso a los servicios de salud sexual reproductiva ofertados por el Hospital Centro Oriente.

Dado que los agentes de salud muestran dominio en ciertas temáticas sobre salud sexual reproductiva y desconocen otras; y que los adolescentes y jóvenes desconocen sus derechos sexuales reproductivos y la existencia de rutas de acceso a los servicios de salud con enfoque diferencial en su Localidad, se evidencia un escenario con evidente asimetría de información, dado que cada una de las partes conoce parcialmente la información relacionada con la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva.

En relación con el acceso de la población adolescente y joven de la Localidad Santa Fe a los servicios de salud sexual reproductiva ofertados en el Territorio, se evidencian debilidades frente al fortalecimiento de la gestión institucional, pues por una parte refieren

no asistir por falta de tiempo, poco interés y desconocimiento mismo de la existencia de los programas de atención diferencial. Por otra parte, el personal de salud percibe como barrera de acceso en los adolescentes y jóvenes el temor de estos a chocar con sus padres y la falta de autonomía para una participación más activa dentro del sistema de salud. Al respecto el presente estudio encontró bajo grado de alineación frente al acceso real de jóvenes y adolescentes a los servicios de salud sexual reproductiva y lo propuesto en la estrategia de fortalecimiento de la gestión institucional de la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva.

El anterior hallazgo es concordante con la débil participación de los adolescentes y jóvenes en organizaciones de base comunitaria en el orden Local. Al respecto se encontró que la población adolescente de la Localidad Santa Fe desconoce sus derechos como usuarios en el sistema de salud y tiene una baja participación en organizaciones juveniles, aduciendo falta de interés y poco tiempo libre para hacerlo. En este mismo sentido el personal de salud del Hospital Centro Oriente también muestra débil conocimiento y vinculación con éste tipo de organizaciones juveniles, lo cual limita el fortalecimiento de la participación de ambos actores para el cumplimiento de las normas del Plan Obligatorio de Salud para adolescentes en el tema de Salud Sexual reproductiva.

El hecho que tanto los agentes de salud como la población adolescente y joven que participó en el estudio reconozca en la institución Local de salud, en sus padres de familia y sus pares más cercanos a sus redes sociales de apoyo en temas de salud sexual reproductiva, constituye un hallazgo importante. Al respecto, se debe reconocer a cada uno de éstos actores como pieza clave en la configuración de la red que puede potenciar los conocimientos y prácticas en el tema dentro del Territorio, por lo que se hace

necesario caracterizar el grado y tipo de vínculos que el adolescente genera con cada uno de los actores de esta red, como una forma eficiente de promover la salud sexual reproductiva en este grupo poblacional. Esta caracterización de las redes puede ser muy útil para elaborar una investigación al respecto.

RECOMENDACIONES

Reconociendo la importancia que tiene para el adolescente y el joven las instituciones de la localidad que participan en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, es pertinente desarrollar estrategias locales que promuevan la conformación de redes que sean atractivas para los adolescentes. Así mismo, se hace evidente que los mismos adolescentes trabajen en la elaboración de piezas publicitarias, para que los mensajes en temas de salud sexual reproductiva sean llamativos e incluyentes.

Sabiendo que la institución educativa a la que asiste la población abordada en este estudio carece de un currículo dirigido a la promoción y la enseñanza de temas de salud sexual reproductiva de adolescentes y jóvenes, se hace necesario incluir dentro del Proyecto Educativo Institucional un manual de educación en el tema que aborde de manera abierta y constante a la comunidad educativa y fortalezca las acciones de coordinación intersectorial e interinstitucional contempladas en la Política Nacional de Salud Sexual Reproductiva.

Para garantizar el abordaje del tema de salud sexual reproductiva de manera transversal en el escenario educativo local, es importante generar alianzas estratégicas entre las instituciones de salud y educación, mediante la armonización de acciones conjuntas que prioricen los grupos etáreos y las temáticas de mayor relevancia en este campo, potenciando así las estrategias de información, educación y comunicación que adelanta actualmente el Programa de Territorios Saludables del Hospital Centro Oriente.

Teniendo en cuenta del papel protagónico que tiene la Institución de salud en la promoción de temas de salud sexual reproductiva en el territorio, es pertinente fortalecer la gestión institucional para la difusión masiva del portafolio de servicios diferenciales para adolescentes y jóvenes, de manera que este grupo poblacional tenga un acercamiento efectivo y duradero en el tiempo con la institución de salud y conozca sus derechos en materia de salud sexual reproductiva y haga uso de los servicios de salud desde edades tempranas.

En este mismo sentido y buscando tener un mayor impacto de las estrategias de Información, Educación y Comunicación, se requiere el fortalecimiento de la capacitación del recurso humano en salud en el dominio de las diferentes temáticas que abarca la esfera de la salud sexual reproductiva humana, más allá de la mera visión preventivista del embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual, de manera que se logre un mayor impacto a través de estas estrategias, mediante el uso de lenguaje adecuado que genere confianza en la población joven y adolescente.

Si bien el presente estudio deja claro que el conocimiento sobre temas de salud sexual reproductiva que se permea a los adolescentes y jóvenes del Territorio es abundante en cantidad, son muchas las dudas que manifiesta la población investigada frente al tema. Con el ánimo de generar una comunicación vinculante y duradera del adolescente y el joven con sus madres de familia y con sus pares, es pertinente el desarrollo de material educativo y estrategias de comunicación llamativas para el adolescente, como aplicaciones de acceso libre para teléfonos móviles, juegos de video o juegos de rol, que mediante un lenguaje franco y sin prejuicios morales promueva el fortalecimiento de las

redes sociales de apoyo para la profundización de conocimientos en el tema de la sexualidad humana.

ASPECTOS ETICOS

Para la realización de las entrevistas a profundidad con agentes de salud del Hospital Centro Oriente y el grupo de adolescentes y jóvenes del Territorio Laches se contó con el consentimiento informado por parte de cada uno de los sujetos incluidos en el estudio.

Se garantizó a la población incluida en el presente estudio la custodia y confidencialidad de información cualitativa recolectada por los investigadores.

Los investigadores declaran que no existe conflicto de intereses alguno con las instituciones Locales o Distritales mencionadas en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldana M. Redes Complejas. México; 2006. www.fis.unam.mx/~max/English/notasredes.pdf, (último acceso 22 de octubre 2015).
2. Almeraya J. El Uso de Herramientas Digitales a Nivel Superior: Una Propuesta Didáctica Para el Análisis de Textos. Texcoco: De México; 2013.
3. Bauman Z. Múltiples Culturas, Una Sola Humanidad. Barcelona: Katz Editores; 2008.
4. Blackmore S. The Meme Machine. Londres: Oxford University Press; 2000.
5. Blackmore S. O Poder do Meme. Brasil: Investigación y ciencia; 2000.
6. Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
7. Campo- Arias A, Ceballo G, Herazo E. Prevalencia de Patrón de Comportamiento de Riesgo Para la Salud Sexual y Reproductiva en Estudiantes Adolescentes. *Rev Latinoamer Enfermagem* 2010; 18 (2): 170 – 4. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_05.pdf (último acceso 11 de septiembre 2015).

8. De Lellis M, Mozobancyk S. El Proceso de Salud - Enfermedad Desde la Perspectiva de la Complejidad. Una Nueva Mirada en Salud Pública. Secretaría de Publicaciones Facultad de Psicología; 2009.
9. Martínez O, Procel M. Propuesta de Análisis Para la Integración de Información Para Apoyar la Toma de Decisiones en Una Organización Pública. Tesis maestría. Instituto Politécnico Nacional; 2013.
10. Dennett D. La Peligrosa Idea de Darwin. Galaxia Gutemberg; 1999.
11. Flórez C. Factores Socioeconómicos y Contextuales que Determinan la Actividad Reproductiva de las Adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005, 18 (6): 388-402 <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n6/28940.pdf> (último acceso 25 de agosto 2015).
12. Hernández G. Bernard Crick, En defensa de la política. *Centro de Investigación y Docencia Económicas*, 2002. <http://aleph.academica.mx/jspui/handle/56789/4540> (último acceso 08 de septiembre 2015).
13. Holland J. Sistemas Adaptativos Complejos. Redes de neuronas artificiales y algoritmos genéticos, Alejandro Pazos Sierra (coord.). A Coruña: Universidade, 1996, p. 259-295. <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/9449> (último acceso 27 de septiembre 2015).

14. Lozares C. La Teoría de Redes Sociales. En *Papers: revista de sociología*. 1996. p. 103-126. <http://ddd.uab.cat/record/53049/> (último acceso 24 de agosto de 2015).
15. Mendoza E. Acción Pública y Desarrollo Local. *Región y Sociedad*, 2007; 19 (38) <http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v19n38/v19n38a8> (último acceso 13 de septiembre de 2015).
16. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. *Ministerio de la Protección Social*. República de Colombia. 2003.
17. Nagel T. Igualdad y Parcialidad: Bases Éticas de la Teoría Política. Barcelona: Paidós; 1996.
18. Pantélides E, et al. Investigación Reciente Sobre Sexualidad y Salud Reproductiva de las/los Adolescentes en América Latina: Qué Hemos Alcanzado, Qué Falta Hacer, Cuáles Son Nuestras Falencias. *La Salud Como Derecho Ciudadano en América Latina*, 2003; 73-87. http://www.researchgate.net/profile/Edith_Pantelides/publication/265509292_Investigacin_reciente_sobre_sexualidad_y_salud_reproductiva_de_laslos_adolescentes_en_Amrica_Latina_qu_hemos_alcanzado_qu_falta_hacer_cules_son_nuestras_falencias/links/543ed4760cf2eaec07e80ab8.pdf (último acceso 12 de septiembre 2015).

19. Prada E. Los Insumos Invisibles de Decisión: Datos, Información y Conocimiento. En *Anales de documentación*; 2008. p. 183-196. <http://revistas.um.es/index.php/analesdoc/article/view/24881> (último acceso 21 de agosto 2015).
20. Salazar R, Miller N. Comunidades Emergentes. Resistencias y Vicisitudes. *Revista de Ciencias Sociales* (RCS); 2011;17 (2): 377-378. https://scholar.google.com/scholar?q=Salazar+R%2C+Miller+N.+Comunidades+Emergentes.+Resistencias+y+Vicisitudes.+Revista+de+Ciencias+Sociales+%28RCS%29%3B+201117+%282%29%3A+377-378.&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5 (último acceso 13 de septiembre 2015).
21. Searle J. *Mente, Lenguaje y Sociedad: La Filosofía en el Mundo Real*. Barcelona: Alianza Editorial, 2001.
22. Sebastián C. " Tit-for-tat": La Emergencia de la Reciprocidad en Niños y su Relación con las Conductas Prosociales Desde una Perspectiva Comparada. 2015. Tesis doctoral. Universidad Complutense; 2014.
23. Solé R. *Redes Complejas: Del Genoma a Internet*. España: Tusquets editores, 2009.
24. Stern C, et al. Masculinidad y Salud Sexual y Reproductiva: Un Estudio de Caso con Adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 2003; vol. 45,

- p. s34-s43. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700007 (último acceso 18 de septiembre 2015).
25. Trujillo E, Henao J, González C. Toma de Decisiones Sexuales y Reproductivas en la Adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 2007; 10 (1): 49-63. <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n1/v10n1a06.pdf> (último acceso 28 de agosto 2015).
26. Urrea F. Saberes, Culturas y Derechos Sexuales en Colombia. *Revista Colombiana de Antropología*, 2006, vol. 42, p. 355-363. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0486-65252006000100013&script=sci_arttext&lng=en (último acceso 09 de octubre 2015).
27. Valles M. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Chile: Síntesis Editorial, 2000. http://academico.upv.cl/doctos/ENFE-4072/%7B0156537F-94C8-43CF-B91A-6ABB5550C70F%7D/2013/S2/IT_Valles_Tecnicas_cualitativas.pdf (último acceso 27 de septiembre 2015).
28. Vignoli J. La Fecundidad Alta en América Latina y el Caribe: Un Riesgo en Transición. United Nations Publications, 2004. https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=TJNQjISK_cMC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Vignoli+J.+La+Fecundidad+Alta+en+Am%C3%A9rica+Latina+y+el+Caribe:+Un+Riesgo+en+Transici%C3%B3n.+United+Nations+Publications,+2004.&ots=A1

[kim82ryr&sig=wClvGEaRpiSRaKidAL39I5Neo18&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](#) (último acceso 19 de agosto 2015).

29. Watts D. Seis Grados de Separación. La Ciencia de las Redes en la Era del Acceso. Barcelona: Paidós; 2006.
30. Yáñez C. La Lógica Factual en el Análisis Argumental. En Actas del V Congreso de Lingüística General: León 5-8 de marzo de 2002. *Arco Libros*, 2004. p. 2557-2568. http://catedraunesco.univalle.edu.co/pdf/la_logica.pdf (último acceso 16 de octubre 2015).
31. Stern C et al. Masculinidad y Salud Sexual y Reproductiva: Un Estudio de Caso con Adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 2003, vol. 45, p. s34-s43. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700007 (último acceso 28 de agosto 2015).