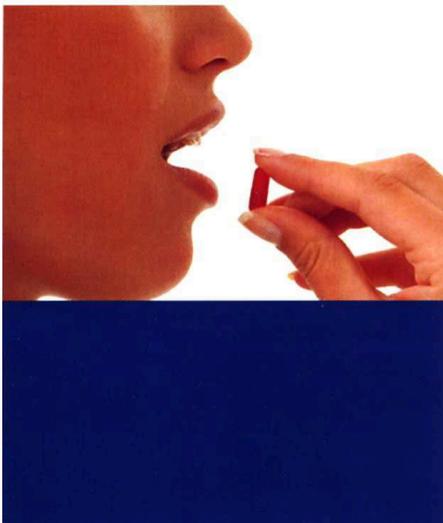


**La experiencia de las mujeres con la planificación familiar se ve intervenida por otros factores externos importantes, como las normas de género y las situaciones socio-políticas, colocando a la planificación familiar dentro del contexto de necesidades de salud reproductiva más importante para las mujeres.**



Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, entre el rango de variación de 2.2. a 2.7 Bogotá presenta la tasa global de fecundidad más baja (2.2.) comparado contra otras regiones del país, siendo la Atlántica la más alta (2.7). Respecto de la duración del intervalo intergenésico el Distrito Capital presenta un aumento (48,2 meses) con respecto del resto del país (41,6 meses), aunque hay diferencias según el nivel socioeconómico, así como del grado de escolaridad y la edad.

La misma encuesta muestra que en Bogotá las mujeres utilizan en un 82,5 por ciento cualquier método anticonceptivo y en un 74,2 utilizan métodos modernos, principalmente, esterilización femenina (27 por ciento) y DIU (21 por ciento). Llama la atención que en la ciudad el uso del condón masculino es significativamente mayor que en la nación, ya que estas cifras son del 10,1 por ciento en el Distrito Capital y del 7,1 por ciento en el país. Lo anterior significa que el 25,8 por ciento de mujeres de Bogotá, D.C. no tienen acceso a un método de planificación familiar moderno y seguro, situación que, teniendo en cuenta la tasa global de fecundidad ideal (1,6) y la tasa global de fecundidad observada (2,2), afecta significativamente las necesidades en anticoncepción de individuos y parejas, necesidades obstaculizadas por condiciones sociales, personales y logísticas.

La experiencia de las mujeres con la planificación familiar se ve intervenida por otros factores externos importantes, como las normas de género y las situaciones socio-políticas, colocando a la planificación familiar dentro del contexto de necesidades de salud reproductiva más importante para las mujeres. Pero aquellos obstáculos que corresponden a la estructura, organización o proceder de los servicios de salud deben ser corregidos para satisfacer las reales necesidades de la comunidad. Esto ha obligado a acciones gubernamentales orientadas a reevaluar y reestructurar servicios que tengan impacto en la comunidad, que acerquen a la población en edad fértil a los servicios de salud y que vinculen y hagan partícipe al hombre en la anticoncepción, fomentando los factores protectores y las medidas de autocuidado en salud sexual y reproductiva.

Desde lo normativo, son oportunidades para el Distrito Capital, en aras de asegurar calidad de vida en planificación familiar, las siguientes:

El Acuerdo 191 de 2005 emanado del Concejo de Bogotá, por medio del cual se establece en Bogotá, D.C., la obligación para la Secretaría de Salud y las entidades prestadoras de servicios de salud, de facilitar el acceso gratuito a todos los métodos temporales y definitivos de planificación familiar.



**La inclusión de estos métodos modernos generó la necesidad de fortalecer las competencias del talento humano en el conocimiento en métodos anticonceptivos modernos, la consejería, la gestión de servicios de regulación de la fecundidad**

El Plan Nacional de Salud Pública: Que define la Salud Sexual y Reproductiva como una prioridad en salud pública.

El Acuerdo 380 de 2007 emanado del Concejo de Bogotá que incluye en el POS el condón, el implante subdérmico y la anticoncepción de emergencia.

Las resoluciones 0769 y 1973 de 2008 emanadas del Minprotección Social que actualiza la norma técnica de planificación familiar, adoptando los contenidos del Acuerdo 380 de 2007.

Desde lo político, Bogotá cuenta con el actual Plan de Gobierno Distrital el cual, dentro de sus metas, establece la disminución de la mortalidad materna y perinatal, la erradicación de embarazos en grupos de 10 a 14 años y la reducción del 20 por ciento de embarazos en grupos de 15 a 19 años; metas que hacen de la regulación de la fecundidad una de las estrategias que participan del cumplimiento de tales objetivos.

#### ***Uso de métodos anticonceptivos en el Distrito Capital***

El programa de Salud Sexual y Reproductiva a través del componente de regulación de la fecundidad en cumplimiento a las metas estipuladas en las Políticas Nacional y Distrital de Salud Sexual y Reproductiva y en virtud del acuerdo 191 de 2005 “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EN BOGOTÁ, D.C., LA OBLIGACIÓN PARA LA SECRETARÍA DE SALUD Y LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, DE FACILITAR EL ACCESO GRATUITO A TODOS LOS MÉTODOS TEMPORALES Y DEFINITIVOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR”, desde el año 2007, contrató con las Empresas Sociales del Estado en el plan de beneficios de población pobre no asegurada el suministro del condón a toda la población en edad fértil, el implante subdérmico de levonorgestrel 75 mg, el inyectable mensual y la anticoncepción de emergencia, contratación que incluyó, además, la ampliación en la gama de anticonceptivos hormonales inyectables y orales con la intención de satisfacer las diferentes necesidades anticonceptivas de mujeres, parejas y adolescentes del Distrito Capital

En el 2008, bajo el principio de proporcionar métodos temporales modernos a la población de Bogotá y adoptar los contenidos del Acuerdo 380 de 2007 emanado del CNSSS, incluye en la matriz del plan de beneficios para población pobre no asegurada el anticonceptivo hormonal oral noretindrona 1 mg + etinilestradiol 35 mcg (el único de los MAC del Acuerdo 380 que Bogotá no había contratado previamente) y agrega otra modalidad de implante subdérmico con molécula de tercera generación (etonogestrel 0,68 mg) NO-POS para su oferta a población pobre no asegurada en edad fértil con énfasis en población adolescente y joven.

La inclusión de estos métodos modernos generó la necesidad de fortalecer las competencias del talento humano en el conocimiento en métodos anticonceptivos modernos, la consejería, la gestión de servicios de regulación de la fecundidad y el abordaje a adolescentes y jóvenes, por lo que en el primer trimestre de 2008 realizó la distribución a ESE, EPS subsidiadas y contributivas de la publicación “Gestión en anticoncepción moderna: modelo y guía para el mejoramiento continuo”, publicación elaborada por la SDS y lanzada en marzo de 2008.





De la base de datos que consolida los reportes trimestrales de nuevos usuarios de métodos anticonceptivos del régimen subsidiado y población pobre no enviado a la SDS por las Empresas Sociales del Estado.

De la base de datos que consolida los reportes trimestrales de nuevos usuarios de métodos anticonceptivos del régimen subsidiado y población pobre no enviado a la SDS por las Empresas Sociales del Estado, se puede extraer la siguiente información para el año 2008, que da cuenta de los nuevos usuarios por modalidad anticonceptiva y por régimen de aseguramiento, incluidos los nuevos métodos anticonceptivos POS y los NO-POS contratados en el plan de beneficios para población pobre no asegurada:

**Gráfica 4**

NUEVOS USUARIOS DE MAC TEMPORALES- DATO PRELIMINAR USUARIOS FFDS Y SUBSIDIADOS REPORTES ESE- BOGOTÁ 2008															
MODALIDAD/RÉGIMEN	MÉTODOS HORMONALES						MÉTODOS DE BARRERA			MÉTODOS NATURALES		SUMINISTROS AGE			
	TOTAL DU	SUBDÉRMICOS		TOTAL SUBDÉRMICOS	INJECTABLES	ORALES	CONDÓN MASCULINO	CONDÓN FEMENINO	TOTAL CONDONES	(OVULOS, TABLETAS)	TOTAL MÉTODOS NATURALES	TOTAL MÉTODOS MODERNOS			
FFDS Y EPS-S	LEVONORGESTREL	ETONORGESTREL	TOTAL CONDONES MASCULINOS				TOTAL CONDONES FEMENINOS	USUARIOS VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL					USUARIOS EMERGENCIAS ANTICONCEPTIVAS	TOTAL SUMINISTROS AGE	
	5302	0	5752	23889	125538	100090	87	180177	1141	4746	346545	341799	294	212	506

**Gráfica 5**

NUEVOS USUARIOS DE MAC TEMPORALES- DATO PRELIMINAR USUARIOS FFDS Y SUBSIDIADOS REPORTES ESE- BOGOTÁ 2008																
MODALIDAD/RÉGIMEN	MÉTODOS HORMONALES						MÉTODOS DE BARRERA			MÉTODOS NATURALES		SUMINISTROS AGE				
	TOTAL DU	SUBDÉRMICOS		TOTAL SUBDÉRMICOS	INJECTABLES	ORALES	CONDÓN MASCULINO	CONDÓN FEMENINO	TOTAL CONDONES	(OVULOS, TABLETAS)	TOTAL MÉTODOS NATURALES	TOTAL MÉTODOS MODERNOS				
FFDS Y EPS-S	LEVONORGESTREL	ETONORGESTREL	TOTAL CONDONES MASCULINOS				TOTAL CONDONES FEMENINOS	USUARIOS VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL					USUARIOS EMERGENCIAS ANTICONCEPTIVAS	TOTAL SUMINISTROS AGE		
	2247	4141	0	4141	13484	52622	167269	21	167290	1094	4228	245116	240888	181	112	293
	3055	10381	12887	47	99	72511	12818	66	12864	47	518	100795	106277	113	99	213

Dichos reportes efectuados por las Empresas Sociales del Estado permiten evidenciar un aumento en el año 2008 de nuevos usuarios de métodos anticonceptivos temporales en Bogotá frente a los nuevos usuarios del año 2007.

Así mismo, acogiendo los Acuerdos 191 de 2005 del Concejo de Bogotá y el Acuerdo 380 de 2007 del Minprotección Social, se encuentra que el Distrito Capital, en aras de la garantía del ejercicio del derecho sexual y reproductivo a la anticoncepción de emergencia, se intervino a 506 mujeres y parejas en urgencias anticonceptivas, de las cuales 212 fueron atendidas en servicios de salud para asesorar prioritariamente su necesidad frente a la práctica de una relación sexual no protegida y el suministro de anticonceptivo de emergencia; para, posteriormente, canalizar a consulta de regulación de la fecundidad con el propósito de acompañar la elección informada de un método anticonceptivo moderno y seguro.

## Enfermedades de Transmisión Sexual

Las infecciones de transmisión sexual -aunque son altamente prevenibles- siguen siendo parte fundamental de las problemáticas en salud pública. Las cargas de estigmatización y desconocimiento sobre las mismas, asociadas a los tabúes sociales y familiares, vacíos en la educación y barreras de acceso a servicios de salud y al preservativo, generan espacios aptos para la transmisión sostenida, especialmente, en adolescentes y adultos jóvenes.

### Infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)

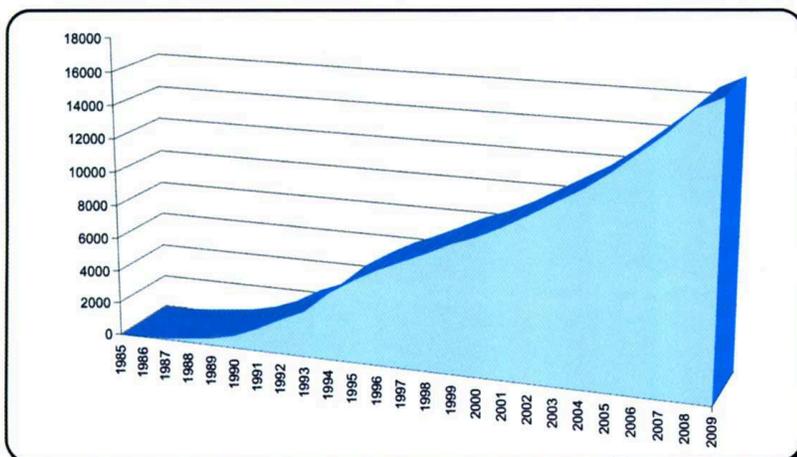
La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y desarrollo del posterior Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es uno de los eventos de interés en salud pública de más difícil manejo debido a los múltiples determinantes relacionados con los entornos y mecanismos de transmisión del virus.

El desconocimiento general sobre la realidad del VIH está fundado en la estigmatización de la enfermedad y las personas viviendo con VIH. Se continúa señalando a ciertos grupos poblacionales como responsables de la epidemia y únicas personas a riesgo para la enfermedad.

En la Gráfica 6 se observa el número de casos de VIH/SIDA notificados entre 1985 y el 21 de junio de 2009 esto es 17.101

**Gráfica 6**

**Acumulado de casos notificados de VIH/SIDA 1985 a II trimestre de 2009, Bogotá, D.C.**

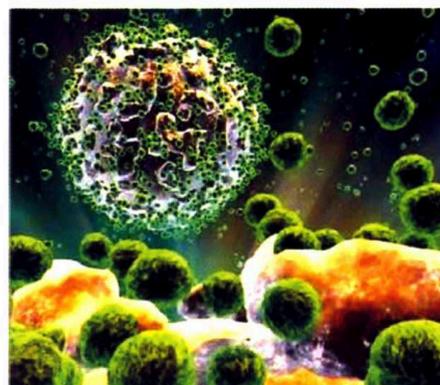


Fuente: SIVIGILA – SAA, SDS 1985 a 2009

Según el último estudio nacional de prevalencia de VIH en población general, Bogotá, D.C. se encuentra en cuarto lugar luego de Atlántico, Santander y Valle quienes, respectivamente, presentaron los siguientes resultados: 1,67, 1,33 y 1,01 por ciento. Teniendo en cuenta las cifras arrojadas por el estudio centinela de prevalencia de VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) la epidemia en el Distrito Capital se puede considerar como concentrada. No se deben dejar de lado los datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y Hemovigilancia que indican que el número de casos está en aumento y prenden las alarmas ante la imperiosa necesidad de tomar acciones contundentes para evitar la generalización de la epidemia.

Los grupos de edad que históricamente y hoy continúan siendo los más afectados son los que se encuentran entre los 19 y 49 años de edad que agrupan el 89 por ciento del total de casos notificados, de este rango, el grupo quinquenal de 25 a 29 años agrupa el 19,6 por ciento del total de casos, impactando fuertemente la estructura social y productiva de la ciudad y el país.

**El desconocimiento general sobre la realidad del VIH está fundado en la estigmatización de la enfermedad y las personas viviendo con VIH. Se continúa señalando a ciertos grupos poblacionales como responsables de la epidemia y únicas personas a riesgo para la enfermedad.**

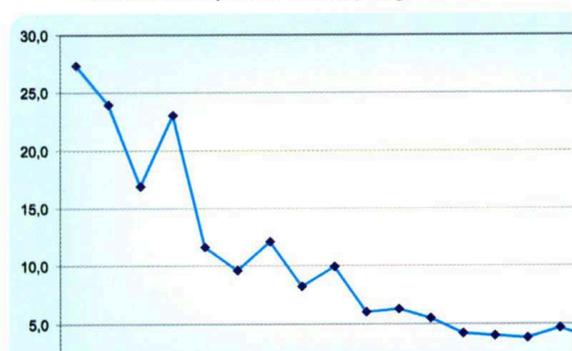


Es importante analizar la epidemia a la luz de la distribución según sexo, históricamente se ha advertido como una enfermedad concentrada en poblaciones vulnerables como HSH. La gráfica 7 muestra por cada hombre que contrae el virus cuantas mujeres lo hacen, esto indica que las mujeres cada día son más afectadas por la enfermedad. Lo anterior está relacionado con la estructura machista que se mantiene en la sociedad y que genera dificultad para acceso a educación formal, relaciones inequitativas en la negociación del uso del preservativo y condiciones laborales inadecuadas como principales determinantes.



**Por cada hombre que contrae el virus cuantas mujeres lo hacen, esto indica que las mujeres cada día son más afectadas por la enfermedad.**

**Gráfica 7**  
**Razón de transmisión hombre - mujer del VIH según notificación de casos confirmados, 1989 a 2008, Bogotá, D.C.**

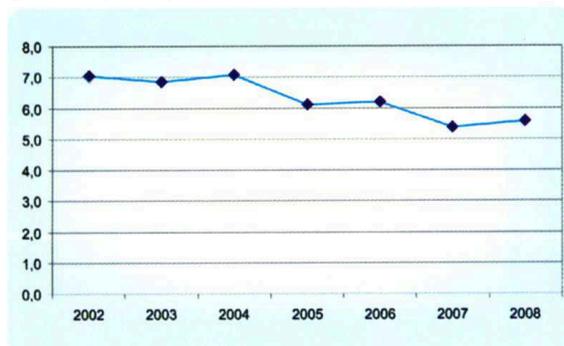


Fuente: SIVIGILA – SAA, SDS 1985 a 2009

Con la aparición de la terapia antirretroviral (TAR) en 1996, en algunos países se han logrado inmensos beneficios que se traducen en una reducción espectacular de las tasas de mortalidad y morbilidad, en mejor calidad de vida de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS) e inclusive de la percepción que se tenía del VIH, de ser una afección mortal, convirtiéndola en una enfermedad crónica tratable. Sin embargo, el acceso limitado de la TAR en países como el nuestro no ha permitido alcanzar estos logros .

Bogotá no es la excepción en lo relacionado con la mortalidad por SIDA, aunque se hacen grandes esfuerzos por garantizar el tratamiento integral a las PVVS, la fragmentación del sistema de salud crea grandes barreras y define importantes diferencias en el acceso al mismo según el tipo de vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Gráfica 8**  
**Mortalidad por SIDA, tasa por 100 mil habitantes, 2002 a 2008, Bogotá, D.C.**



Fuente: Estadísticas vitales SDS 2002 a 2008

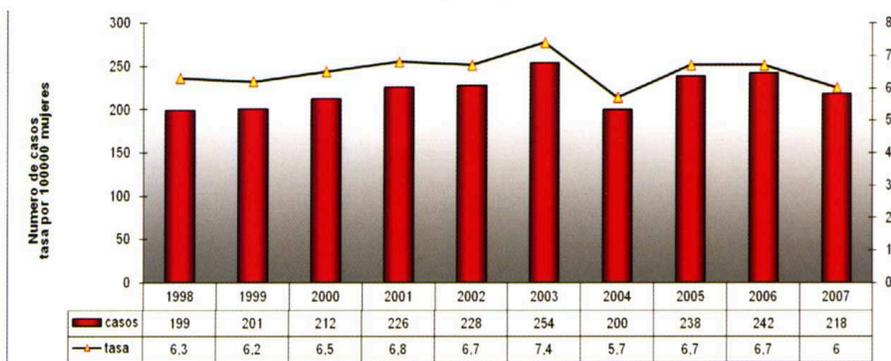
En la gráfica 8 se observa la disminución en la mortalidad por SIDA en el Distrito Capital, es importante evidenciar cómo la reducción ha sido leve y requiere de mayores esfuerzos e integración de todos los actores del SGSSS en pro del mejoramiento de la calidad de vida de las PVVS y la ruptura de las cadenas de transmisión que permitirán a largo plazo limitar nuevos contagios.



## SÍFILIS CONGÉNITA

**No hay información de la prevalencia de Sífilis Congénita para el 2005, en el 2006 se registraron 16 casos de vinculadas con un porcentaje de positividad de 0,10, para la vigencia 2007 el número de casos es de 42 de vinculadas con un porcentaje de positividad 0,19.**

**Gráfica 9**



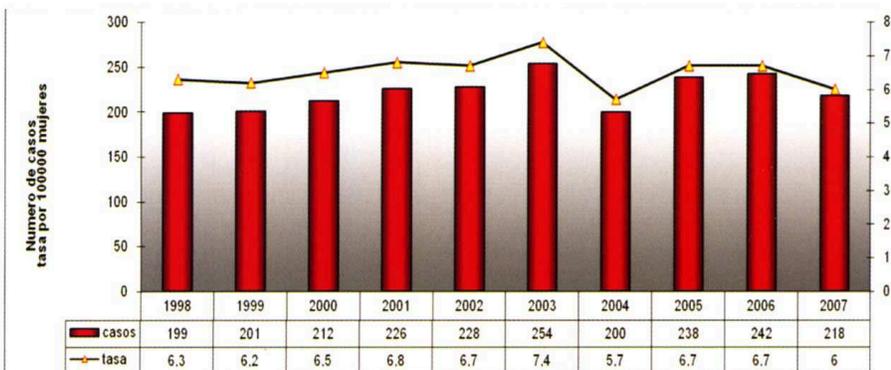
Fuente: Vigilancia Epidemiológica, SDS. Datos preliminares

No hay información de la prevalencia de Sífilis Congénita para el 2005, en el 2006 se registraron 16 casos de vinculadas con un porcentaje de positividad de 0,10, para la vigencia 2007 el número de casos es de 42 de vinculadas con un porcentaje de positividad 0,19. La fuente de información es el Laboratorio Centralizado de VIH. Tabla No. 1.

**Tabla 1**

AÑO	SIFILIS GESTACIONAL	SIFILIS CONGÉNITA
2004	209	237
2005	272	219
2006	325	244

**Gráfica 10**  
**Cáncer del Aparato Reproductor**



Fuente: estadísticas vitales área de vigilancia en salud pública – certificados de defunción DANE. Datos preliminares 2006-2007

De acuerdo con los datos estimados por la SDS, la cobertura global de citología alcanzada para el año 2008, es de 67 por ciento, a pesar que la cobertura ha incrementado en los últimos años, continua por debajo del estándar ideal para lograr reducir la mortalidad; los resultados no son congruentes con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2005, que refieren para la población de Bogotá, cobertura para los últimos 3 años del 82,7 por ciento . (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Cobertura de citología cervico-vaginal, Bogotá, 2006-2008**

<b>AÑO</b>	<b>COBERTURA DE CCV EN BOGOTÁ</b>
2007	61%
2008	73%
2009	77%

Fuente: SDS, acciones en salud pública

La baja cobertura de citología, el difícil acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento de lesiones preneoplásicas y cáncer de cuello uterino, las falencias en el seguimiento y la falta de articulación de las acciones que conforman el programa reducen la adherencia al mismo limitando el impacto que se pueda lograr sobre la historia natural de la enfermedad.

Al evaluar las estrategias de inducción a la demanda diseñadas por las EPS se encuentra que se contratan actividades de inducción intramural con las ESE responsables de la toma de citología cervicovaginal, pero se desconocen las estrategias utilizadas, no hay control de calidad, planteamiento de metas o flujo de información.

El 55 por ciento de las EPS no realizan inducción extramural o lo hacen de manera deficiente, eso se ejemplariza en el hecho que cuentan con una sola persona para llevar a cabo las actividades de inducción a todos los programas de promoción y prevención, además, de ser responsables del seguimiento de pacientes con CCV positiva.

En la población subsidiada y vinculada, se presenta una pobre adherencia al esquema 1-1-3, de las 66.723 pacientes que ingresaron al esquema en el año 2006, tan solo permanecen en él 10.352 mujeres , lo que equivale a una pérdida de por lo menos el 85 por ciento de las pacientes, esta grave falta de adherencia disminuye el éxito del tamizaje, ya que la sensibilidad de la prueba se incrementa con el número de citologías consecutivas.

Según el instructivo de seguimiento de citología llevado por los primeros niveles de atención, la búsqueda efectiva de pacientes positivas y negativas para el año 2008 fue de 50,4 por ciento, las principales causas de ineffectividad son: no se encuentra en el domicilio al momento de la llamada 15 por ciento, dirección incorrecta 11 por ciento, cambio de domicilio 5 por ciento de los casos.

Hay una mejora en la oportunidad de lectura de citología en el Citocentro que pasó de 16,42 días en promedio global en el año 2002 a 6,75 días durante el primer semestre del 2003 y 1,5 días promedio en mayo 2007 y la entrega de resultados pasó de 27 días a 8,25 días.

La oportunidad para colposcopia en Bogotá para el año 2008, según los datos analizados en el libro de actividades de prevención y control de cáncer de cuello uterino, es de 95 días.

La barrera de acceso al diagnóstico definitivo, a través de colposcopia, detectada con mayor frecuencia, es la necesidad de autorización para el procedimiento diagnóstico, la



**Hay una mejora en la oportunidad de lectura de citología en el Citocentro que pasó de 16,42 días en promedio global en el año 2002 a 6,75 días durante el primer semestre del 2003 y 1,5 días promedio global en mayo 2007 y la entrega de resultados pasó de 27 días a 8,25 días.**

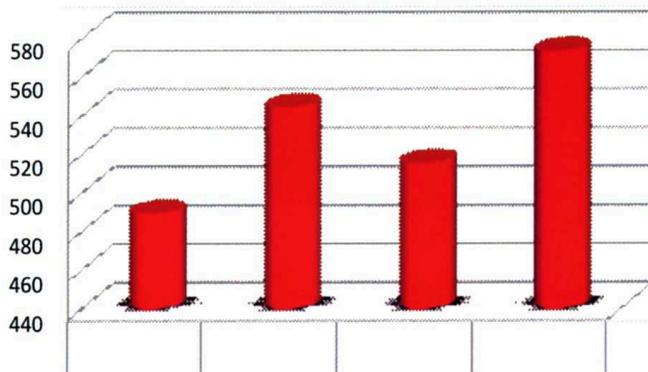
cual es exigida en el 89 por ciento de las EPS, el punto de autorización queda en sitios lejanos al lugar de residencia en el 50 por ciento de los casos y en el 78 por ciento de las EPS no entregan la autorización de forma inmediata, lo que implica múltiples desplazamientos.

No existen Unidades de Patología Cervical y Colposcopia funcionando en Bogotá, las actividades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento se encuentran fragmentadas, en algunos sitios, inclusive, solo se practica colposcopia sin dar información a la paciente sobre el resultado del mismo.

En conclusión, la carga social del cáncer de cuello uterino es una consecuencia del deficiente modelo de atención y de prestación de servicios que impone barreras administrativas, operativas y geográficas para el acceso oportuno de las usuarias del programa.

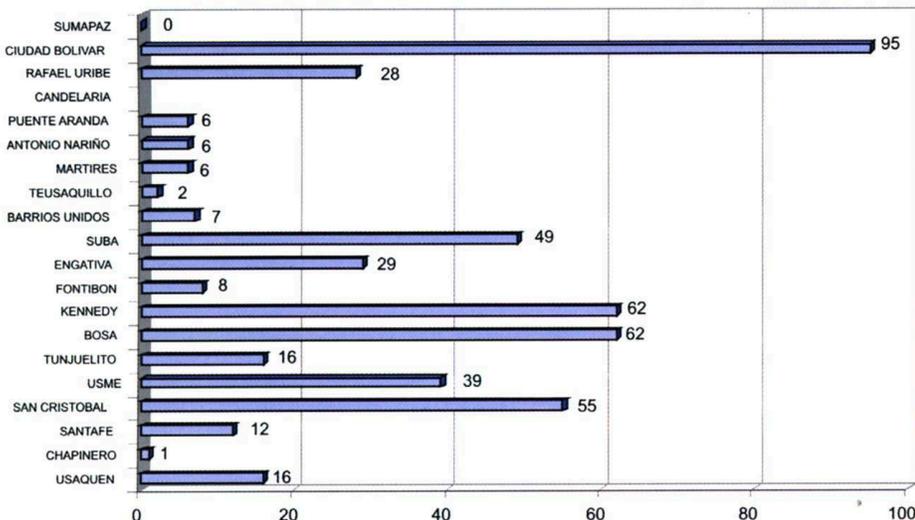
### Embarazo en Adolescentes

**Gráfica 11**  
**Nacimientos en Adolescentes (10 a 14 años) en Bogotá. Período 2005 – 2008**



Fuente 2003: DANE, certificado de nacido vivo. Sistema de estadísticas vitales.  
Fuente 2004: Boletín Epidemiológico Distrital  
Fuente 2005 - 2007: Bases de datos de la SDS nacidos vivos. Información preliminar.  
Fuente 2008: Base DANE (enero a mayo); Junio a Diciembre nacidos vivos SDS Información preliminar

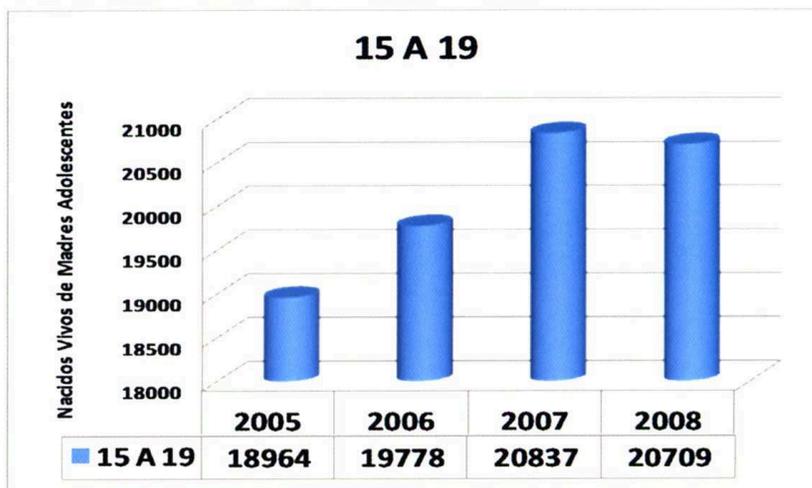
**Gráfica 12**  
**Número de Nacidos Vivos de Gestantes entre 10 a 14 años distribuidos por localidad – 2007**



Las localidades que presentan mayor número de nacidos vivos en gestantes de 10 a 14 años (gráfica 12) son Ciudad Bolívar, Kennedy y Bosa y en gestantes de 15 a 19 años (gráfica 14) Ciudad Bolívar, Suba y Kennedy.

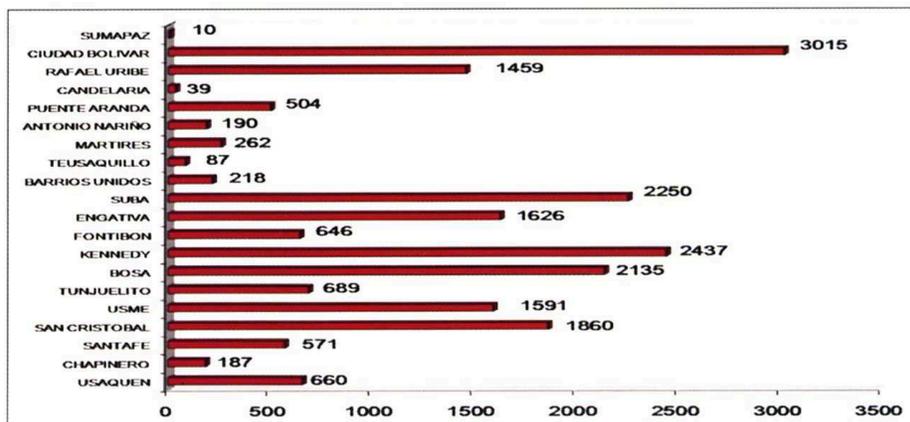


**Gráfica 13**  
**Nacimientos en Adolescentes (15 a 19 años) en Bogotá. Periodo 2005 - 2008**



Fuente 2003: DANE, certificado de nacido vivo. Sistema de estadísticas vitales.  
Fuente 2004: Boletín Epidemiológico Distrital  
Fuente 2005 - 2007: Bases de datos de la SDS nacidos vivos. Información preliminar.  
Fuente 2008: Base DANE (enero a mayo); Junio a Diciembre nacidos vivos SDS Información preliminar

**Gráfica 14**  
**Número de Nacidos Vivos de Gestantes entre 15 a 19 años de edad distribuidos por localidad - 2007**



FUENTE: Certificado de defunción – Certificado de nacido vivo. Base de datos DANE – Sistema de Estadísticas Vitales

Las localidades que presentan mayor número de nacidos vivos en gestantes de 10 a 14 años (gráfica 12) son Ciudad Bolívar, Kennedy y Bosa y en gestantes de 15 a 19 años (gráfica 14) Ciudad Bolívar, Suba y Kennedy.

Al revisar los datos en términos de número de nacidos vivos de adolescentes de 10 a 19 años (gráficas 11, 13) entre la vigencia 2005 a 2008, se observa una disminución de 0,28 puntos porcentuales durante el 2005, en el 2006 un aumento de 8,4 puntos porcentuales, en el 2007 de 19,11 puntos porcentuales y en el 2008 de 24,9 puntos porcentuales. Por lo anterior, se observa una tendencia al aumento, que sugiere algunos factores que condicionan dicho comportamiento, posiblemente siendo uno de estos la situación de población desplazada. Así mismo, se tendrá que identificar, en primera instancia, el porcentaje de estas gestantes que pertenecen a etnias indígenas, dado que culturalmente los indígenas -como parte de su proyecto de vida- prefieren la tenencia de hijos a temprana edad; posteriormente, revisar los factores que condicionan la gestación en “adolescentes occidentales”, donde posiblemente se expresa un problema social en términos de disfunción familiar, pocas oportunidades de estudio, proyectos de vida, necesidad de reconocimiento por parte de la sociedad, entre otras.

**Tabla 3**  
**Comportamiento de Nacidos Vivos en Adolescentes de 10 a 19 años Período 2004 – 2008**

Línea de base año 2002: 20535 Nacidos Vivos de gestantes adolescentes de 10 a 19 años	Vigencia 2004	Vigencia 2005	Vigencia 2006	Vigencia 2007	Vigencia 2008
Programado nacimientos de 10 a 19 años	20124	19508	18.748	17927	17044
Nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años	490	489	544	515	573
Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años	19115	18964	19778	20837	20709
Nacimientos en adolescentes de 10 a 19 años	19605	19453	20322	21352	21282
Comportamiento	519	55	-1574	-3425	-4238
Porcentajes de cambio	2.5	0.28	-8.4	-19.1	-25.3

*Fuente: Base de datos estadísticas vitales. Nacidos vivos datos preliminares.*

**Se evidenció un mayor porcentaje de nacidos vivos en gestantes de 10 a 14 años en las localidades de Santafé (1,07 por ciento), San Cristóbal (0,67), Usaquén (0,44), así mismo, hubo un mayor porcentaje de nacidos vivos en las gestantes de 15 a 19 años en las localidades de Ciudad Bolívar (25,4 por ciento), Usme (24,6), Santafé (23,5), San Cristóbal (22,2) y Rafael Uribe (21 por ciento).**



A nivel Distrital de acuerdo con la meta de plan de gobierno del Plan Distrital anterior “Reducir en un 17 por ciento los nacidos vivos de gestantes adolescentes de 10 a 19 años” y el plan actual “Reducir en ciento por ciento los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años” y “Reducir en 20 por ciento los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años”, el comportamiento en el año 2004 fue de una disminución de 2,5 puntos porcentuales, en el año 2005 de 0,28 puntos, para el 2006 fue un aumento de 8,4 puntos, año 2007 un aumento de 19,1 puntos y para la vigencia 2008 el aumento fue de 25,3 por ciento.

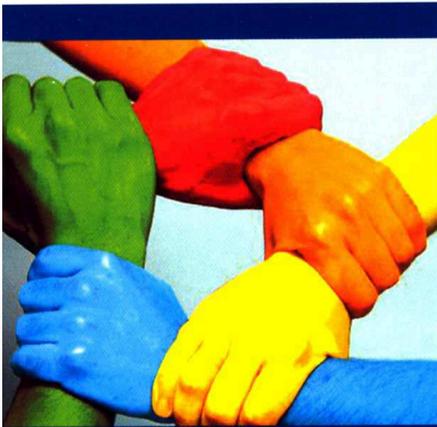
Según el comportamiento de nacidos vivos en gestantes adolescentes, en la vigencia 2004 se evidencia un mayor porcentaje de nacidos vivos en gestantes de 10 a 14 años en las localidades de Ciudad Bolívar (1,42 por ciento), Kennedy (1,09), San Cristóbal (1,02), Bosa (0,88), Suba (0,77), Rafael Uribe (0,63 por ciento); nacidos vivos en gestantes de 15 a 19 años en las localidades de Santafé (22,68 por ciento), San Cristóbal (21,29), Ciudad Bolívar (25,31), Usme (24,11), Rafael Uribe (20,03), Bosa (19,34 por ciento).

En la vigencia 2005 el mayor porcentaje de nacidos vivos en gestantes de 10 a 14 años se dio en las localidades de Ciudad Bolívar (0,79 por ciento), Santa fe (0,76), Mártires (0,63), Rafael Uribe (0,54), Usme (0,52), Bosa (0,51 por ciento); en nacidos vivos de gestantes de 15 a 19 años se presentó en mayor porcentaje en las localidades de Usme (23,95 por ciento), Ciudad Bolívar (23,59), San Cristóbal (21,22), Santafé (23,02), Rafael Uribe (20 por ciento).

En la vigencia 2006 se evidenció un mayor porcentaje de nacidos vivos en gestantes de 10 a 14 años en las localidades de Santafé (1,07 por ciento), San Cristóbal (0,67), Usaquén (0,44), así mismo, hubo un mayor porcentaje de nacidos vivos en las gestantes de 15 a 19 años en las localidades de Ciudad Bolívar (25,4 por ciento), Usme (24,6), Santafé (23,5), San Cristóbal (22,2) y Rafael Uribe (21 por ciento).

En la vigencia 2007 se presentó un mayor porcentaje de nacidos vivos en gestantes de 10 a 14 años en las localidades de Ciudad Bolívar (0,83 por ciento), San Cristóbal (0,69), Usme (0,62), Bosa (0,62), Santafé (0,54) y Antonio Nariño (0,51 por ciento), así mismo, se presentó un mayor porcentaje de nacidos vivos en gestantes de 15 a 19 años en las localidades de Ciudad Bolívar (26,22 por ciento), Santa Fe (25,78), Usme (25,46), San Cristóbal (23,35), Rafael Uribe (21,51) y Bosa (21,35 por ciento).

Del total de nacidos vivos de Bogotá en el 2008 las localidades que presentaron un mayor porcentaje de nacidos vivos de gestantes de 10 a 14 años resultaron ser Ciudad Bolívar (16,4 por ciento), Kennedy (13,4), Bosa (11,5), Rafael Uribe (10,3), San Cristóbal (10,5) y Usme (10,5 por ciento), igualmente, se presentó un mayor porcentaje de nacidos vivos en gestantes de 15 a 19 años en las localidades de Ciudad Bolívar (14,7 por ciento), Kennedy (13), Bosa (11,6), Suba (10,8), San Cristóbal (8,1) y Usme (8 por ciento).



**La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales.**

## DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

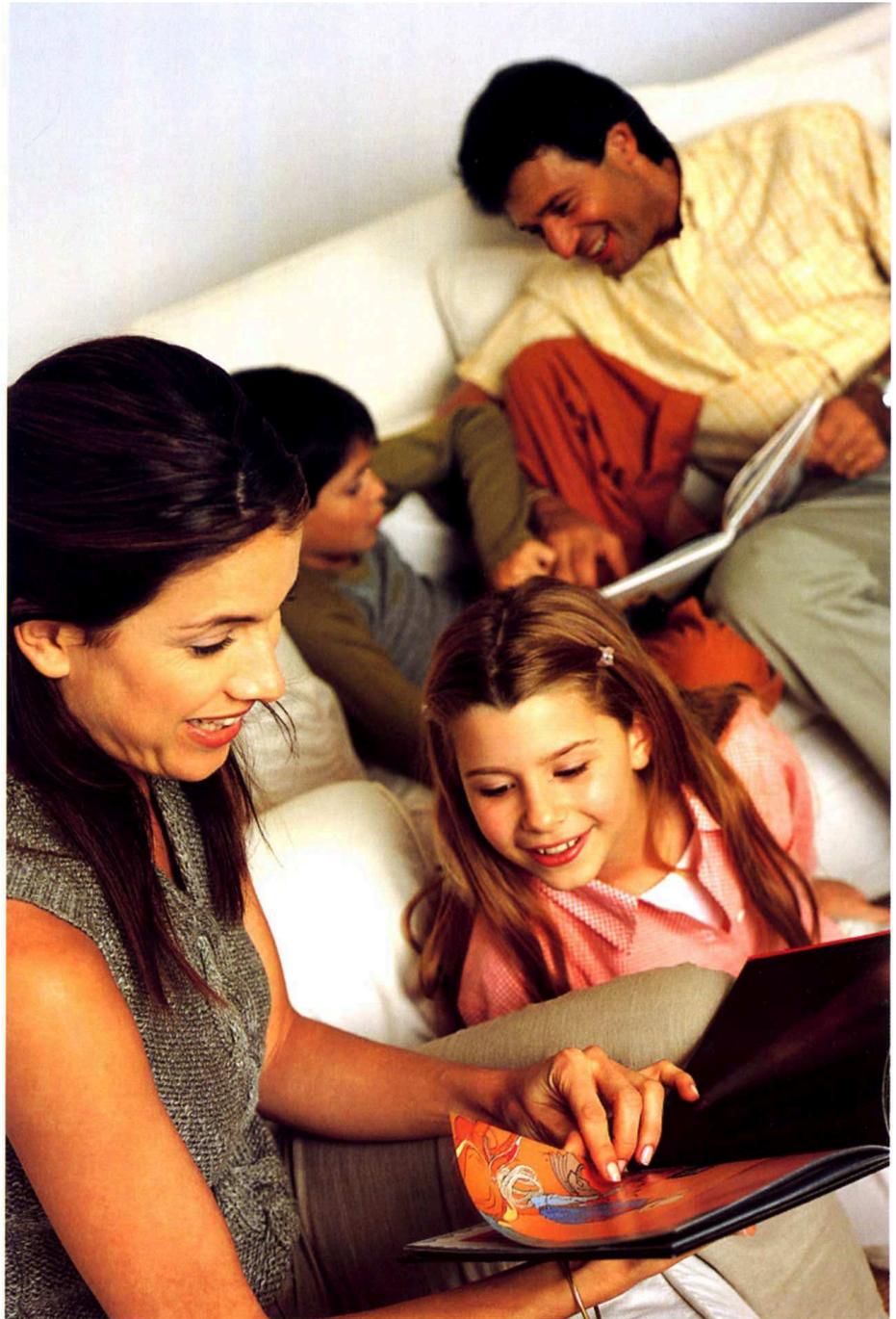
*“He oído de cosas que desde la sexualidad se pueden reclamar, como por ejemplo, cuántos hijos se pueden tener, qué estilo de planificación se puede escoger, con quién y cuándo decido tener mis relaciones sexuales”.*

*Madre Gestante, Grupo Focal Chapinero, julio 2008*

Son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad, inherentes a todas las personas, para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. El derecho a la privacidad sexual. Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
5. El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

**Todo ser humano tiene derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.**



8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
10. El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.



## METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta las líneas de la Política Nacional de SSR, la Secretaría Distrital de Salud definió como temáticas priorizadas la maternidad segura, regulación de la fecundidad, Enfermedades de Transmisión Sexual, cáncer del aparato reproductor y SSR en adolescentes, de acuerdo con impacto social y económico que las problemáticas relacionadas con estas temáticas, representan para la población del Distrito.

A partir de las temáticas definidas, cada localidad realizó una priorización sustentada en el diagnóstico local y el conocimiento de expertos locales (referentes de SSR y de la Red Social Materno infantil).

Para la construcción del estado del arte de la SSR de cada localidad, se recolectó la información disponible a través de convocatoria a los diferentes actores que convergen localmente. De manera complementaria y con el fin de caracterizar las temáticas priorizadas, a través de las percepciones de la comunidad, se desarrollaron entrevistas grupales y grupos focales de acuerdo con las líneas priorizadas. Estas entrevistas fueron definidas como abiertas y estructuradas, para lo cual se construyeron preguntas orientadoras, en donde se procuró que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutieran, desde la experiencia personal, una temática o hecho social objeto de investigación. Esta técnica permitió recolectar datos cualitativos a través de espacios de interacción con los diferentes actores, permitiendo la expresión de ideas para dar respuesta a las problemáticas priorizadas, generando una aproximación a la realidad de acuerdo con la percepción de los participantes y definiendo la caracterización de las problemáticas evidenciadas.

A continuación se describen las temáticas desarrolladas en las entrevistas grupales, clasificándolas según la línea de la política abordada:

**Tabla 4.**  
**Temáticas desarrolladas en las entrevistas grupales.**

LINEA PRIORIZADA	TEMAS TRATADOS EN LAS ENTREVISTAS GRUPALES
Maternidad segura	*Conocimiento de signos de alarma *Demoras en atención materna *Rol de la pareja en la gestación
Regulación de la fecundidad	*Métodos de planificación
ETS	*ETS – VIH
Cáncer del aparato reproductor	*Citología
SSR en adolescentes	*Reconocimiento del propio cuerpo *Inicio temprano de relaciones sexuales

Fuente: Entrevistas grupales desarrolladas en las diferentes localidades del Distrito, durante la Sala Situacional de SSR

Tanto los derechos sexuales y reproductivos como el autocuidado fueron transversales a todas las líneas priorizadas y desarrolladas en las entrevistas grupales.

La información recolectada se analizó según los determinantes sociales en salud (estructurales, intermedios y proximales), con las alternativas de solución para cada una de las líneas, a través de unidades de análisis, con participación de profesionales de salud pública, organizaciones e instituciones locales, equipo directivo de los hospitales y la comunidad.

## ACTORES PARTICIPANTES

La Sala Situacional se construyó con la participación de diferentes actores:

Instituciones locales: Alcaldías locales, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Secretaría de Integración Social, CADEL, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Comunidad: se trabajó según las etapas de ciclo vital (infancia, juventud, adulto y persona mayor), personas en condición de desplazamiento, estudiantes universitarios, personal docente, madres, personas en situación de prostitución, colegios, gestantes, lactantes y posparto.

Equipos de Salud Pública, Líderes de proceso y administrativos de los hospitales.

Cada participante suministró la información pertinente a las temáticas de SSR según sus competencias y participó en la construcción de los núcleos problematizadores y en el análisis de las problemáticas priorizadas.



**Cada participante suministró la información pertinente a las temáticas de SSR según sus competencias y participó en la construcción de los núcleos problematizadores y en el análisis de las problemáticas priorizadas.**

## RESULTADOS

La lectura de necesidades se desarrolló dentro del concepto de determinantes sociales, lo cual permitió definir las posibilidades de intervención a los problemas observados y los diferentes niveles de articulación requeridos para generar respuestas efectivas a éstos.

La clasificación de las necesidades observadas en cada uno de los temas priorizados se llevó a cabo según los determinantes sociales identificados.

A continuación se presentan las temáticas desarrolladas en cada localidad:

**Tabla 5**  
**Distribución de temáticas priorizadas según localidad, Sala Situacional SSR.**  
**Abril – Junio 2008**

TEMATICA PRIORIZADA													
Maternidad segura		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Regulación de la fecundidad			X	X		X	X	X					X
Salud sexual y reproductiva del adolescente	X	X	X	X				X	X	X			
Cáncer Cervico - Uterino			X	X			X	X		X		X	
ITS VIH/SIDA	X	X	X	X			X	X		X	X	X	X

Fuente: Informes sala situacional SSR locales. Abril – Junio de 2008

Partiendo de las temáticas priorizadas para cada localidad, a continuación se presentan los resultados de la Sala Situacional de SSR, por cada línea, exponiendo la definición de determinantes y alternativas de solución planteadas. Los resultados expuestos en este documento son producto del análisis de la información de todas las localidades del Distrito, así como de las entrevistas grupales desarrolladas para cada temática.



**Se presentan las necesidades identificadas en la Sala Situacional de Salud Sexual y Reproductiva, en lo relacionado con Maternidad Segura a la luz de los determinantes en salud.**

## MATERNIDAD SEGURA

*“[...] el embarazo llega en un momento en que para mí era importante viajar, salir, poder moverme, entonces digamos que en ese sentido ni estaba planeado y pues en el momento yo no era conciente de los cambios que iban a ocurrir en mí porque no había sido una persona que, sí quería hijos, pero no era lo urgente para mí. Pero en la medida en que fueron pasando los días, digamos que uno empieza a hacer una conciencia de que ya no soy yo, sino somos dos, eso hace que uno recapacite y diga no pues hay que dejar el trabajo y hay que ir a pedir el control. Siempre sentí en esa experiencia que la materna tiene un lugar consentido, es como cuando uno entra a párvulos, que si a los niños chiquitos les da sueño, los dejan dormir durante el periodo del colegio; así me sentía yo como materna, me sentí que a donde llegué la materna tenía un lugar especial”.*

*Doctora, Grupo Focal, Nodo de Mortalidad Materna RUU,  
Mayo 28 de 2008*

### **NECESIDADES**

Las agendas de los organismos internacionales y la agenda nacional priorizan la salud materno-infantil como estrategia de desarrollo. A pesar de ello, aún se observa que en nuestra ciudad existen serias dificultades al respecto. Una de las estrategias para realizar intervenciones en la salud de la población es actuando sobre sus determinantes, pero previo a ello se debe conocer cuál es la influencia que cada uno de ellos tiene en el estado de salud de la población. A continuación se presentan las necesidades identificadas en la Sala Situacional de Salud Sexual y Reproductiva, en lo relacionado con Maternidad Segura a la luz de los determinantes en salud.

### **Determinantes estructurales**

En relación con el planteamiento de políticas educativas, se evidenció que estas permiten que los sistemas educativos no sean formativos en la autonomía frente a la toma de decisiones de niños y adolescentes. También es evidente que los planes y programas de la mayoría de profesiones de la salud, están orientados a soluciones resolutorias, más que promocionales y preventivas.

Hay muchas deficiencias en la legislación: políticas insuficientes encaminadas a la resolución de problemáticas como el fenómeno del desplazamiento y la migración, políticas que aún favorecen la inequidad de género, diversas políticas económicas y laborales son inequitativas para toda la población, incluyendo a los profesionales de la salud, quienes se ven sometidos a condiciones laborales desfavorables.



Además, la falta de difusión de la legislación con respecto de la interrupción voluntaria del embarazo genera dificultades en su implementación.

La cultura machista afecta el compromiso compartido frente a la regulación de la fecundidad y el acceso a los controles prenatales. La mujer se ve sometida a presión emocional, económica, familiar y cultural, lo que afecta el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

### ***Determinantes Intermedios***

Hay desconocimiento por parte de los profesionales de la salud acerca de los paquetes de contratación ofertados a las gestantes, generando deficiencia en la atención, mientras los programas y proyectos de apoyo a gestantes, tienen muy poca cobertura, principalmente, por las condiciones contractuales, en donde la población objeto es muy limitada; a esto se suma muy poca interdisciplinariedad en la atención a la familia gestante evidenciado por falta de articulación entre la atención desde las intervenciones en salud pública y el componente asistencial, resaltando la insuficiente respuesta domiciliaria acorde con el enfoque promocional de la calidad de vida y salud individual y familiar.

Se presenta malnutrición por malos hábitos, por aspectos culturales y por falta de alimentos en gestantes; así como dificultades en el suministro de micronutrientes a esta población e inadecuado manejo de la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria.

En muchas ocasiones, se presenta deficiente o ausente apoyo institucional, comunitario, familiar y de la pareja, a las gestantes, dados por altos niveles de indiferencia frente a sus necesidades. Sumado a lo anterior, existe una fuerte presión de los padres de las adolescentes gestantes, generando en las maternas, sentimientos de culpabilidad. Falta una atención más integral a las gestantes, se evidencia, por ejemplo, la inadecuada atención psicosocial frente a la intervención y seguimiento intramural, a lo que se añade la falta de humanización y compromiso por parte del personal de salud, en la atención a gestantes, influenciado por las deficientes condiciones laborales del sistema actual de salud; este personal no siempre se encuentra preparado para indicarles a las gestantes cómo actuar frente a los signos de alarma durante el embarazo. Se encuentran deficiencias en los procesos de referencia y contrarreferencia, se desconoce qué sucede con las gestantes que son remitidas a segundo y tercer niveles y los servicios que centran su atención en la mujer durante la etapa de gestación y frenan el acompañamiento en la etapa postparto o en otras etapas en que la mujer puede estar física o emocionalmente vulnerable.

**La cultura machista afecta el compromiso compartido frente a la regulación de la fecundidad y el acceso a los controles prenatales. La mujer se ve sometida a presión emocional, económica, familiar y cultural, lo que afecta el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.**

Hay poca preparación de las familias para abordar la Salud Sexual y Reproductiva de sus hijos y asumir su papel de educadores iniciales. Se encontró que las condiciones socioeconómicas y familiares desfavorables en los hogares se han convertido en uno de los principales determinantes para el embarazo de adolescentes, tomando en cuenta que la proyección que tienen muchas jóvenes es convertirse en madres, como una forma de realización personal o un medio para mejorar las condiciones de vida.

Aún se muestran muchos prejuicios por parte del personal de salud, relacionados con el inicio temprano de relaciones sexuales, embarazos en adolescentes o en mujeres mayores de 35 años, generando temor o resistencia frente a la consulta. Esto se debe a una carencia en la divulgación y sensibilización de los derechos sexuales y reproductivos hacia la comunidad, causando mayor vulnerabilidad frente a su calidad de vida.

Además de lo anterior, se presentan barreras de acceso a los servicios de salud, entre las que se destacan: falta de oportunidad en las citas y tiempos de espera prolongados para atención de las gestantes, falta de atención priorizada a la población gestante, dificultades ocasionadas por aseguramiento, especialmente generadas por cambio de documento de identificación o consulta de menores de edad, barreras geográficas y económicas para acceder a los servicios de salud, falta de información en relación con los servicios a los que las gestantes tienen derecho, población altamente flotante que habita en las localidades, condiciones que impiden tener continuidad en la asistencia a los controles.

### ***Determinantes proximales***

Dentro de este tipo de determinantes se evidenció la falta de empoderamiento en el autocuidado de las gestantes y sus familias, dado por la deficiente percepción de la vulnerabilidad. Se continúan prácticas que afectan la calidad de vida de las gestantes en los diferentes ámbitos de vida cotidiana. En ocasiones se encuentra baja autoestima por parte de las gestantes, la cual se halla relacionada, en la mayoría de los casos, con violencia.

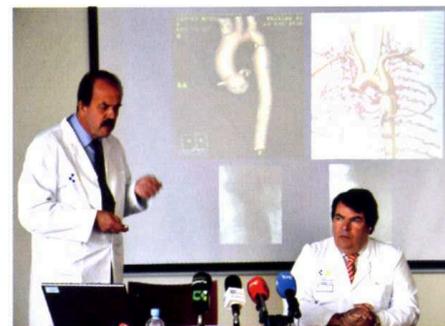
En las gestantes adolescentes no existe una adecuada percepción del riesgo para asistir a controles prenatales, quizá por la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, lo que sumado a presiones sociales y familiares hace que se presente la automedicación y patrones de consumo de alcohol y drogas. Hay presencia de embarazos no deseados, tanto en adolescentes como en mujeres adultas que no consideran un embarazo como parte de su proyecto de vida.

También se nota falta de corresponsabilidad por parte de los usuarios frente a los servicios, en relación con el incumplimiento de las citas y de compromisos para la consecución de apoyo y servicios, lo que suele agravar las situaciones de pacientes con antecedentes personales o familiares de mortalidad perinatal.

Por último, se encuentran algunas barreras de acceso socioculturales dadas por creencias que se han legado de generación en generación.

### ***ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN***

Se sugiere crear políticas educativas que encaminen la formación de los profesionales de la salud en un enfoque integral y humanizado en la atención a los diferentes grupos poblacionales. Estas políticas deben ir acompañadas de medidas que propendan por la disminución de la rotación del personal de salud en las instituciones, promoviendo ambientes de trabajo saludables, en donde los profesionales de la salud tengan sentido de pertenencia por su fundación, de manera que se garantice la permanencia del conocimiento dentro de la misma en aras de brindar siempre el servicio con la mejor calidad a los usuarios. También se debe garantizar que todos los profesionales de la salud conozcan los paquetes de contratación dirigidos a las gestantes, mediante el fortalecimiento de los programas de inducción



**Se sugiere crear políticas educativas que encaminen la formación de los profesionales de la salud en un enfoque integral y humanizado en la atención a los diferentes grupos poblacionales.**

y reinducción institucionales. Para el fortalecimiento de la formación y ejercicio del personal que atiende a las gestantes, es necesario evaluar y revisar el p nsium académico de los profesionales de la salud en formación, con el fin de fortalecer la inclusión de los temas de salud pública, promoción y prevención y, específicamente, los relacionados con Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque integral y humanizado.

Así mismo, hay que promover acciones encaminadas al cuidado de la salud en todas las etapas del ciclo de vida, más que generar acciones resolutiveas. Para que este enfoque tenga resultados óptimos se deberá basar en aspectos que promuevan la afectividad y la comunicación.

Se deben apoyar estrategias para fortalecer la corresponsabilidad social frente a la problemática de calidad de vida de las gestantes para lograr la responsabilidad y autonomía frente al cuidado de la salud e involucrar a la familia, comunidad e instituciones en torno del proceso de acompañamiento a las gestantes, de manera que se fortalezca la red de apoyo y se generen espacios que permitan la construcción de proyectos de vida. Por tanto, se sugiere emprender una búsqueda activa y un seguimiento orientados al desarrollo de acciones enfocadas a la promoción de la calidad de vida de la familia gestante, lactante y primera infancia. Se propone la planeación e implementación del curso para la maternidad y la paternidad acorde con las dinámicas culturales contemporáneas.

Con respecto de las políticas públicas, es necesario generar régimenes educativos que orienten la formación de niños y adolescentes en la autonomía frente a la toma de decisiones, también se deben formular políticas que le apunten a la disminución de la pobreza con el fin de reducir la vulnerabilidad de los menos favorecidos frente a la enfermedad y la accidentalidad, procedimientos que realmente respondan a la magnitud de problemáticas como el desplazamiento y la migración, y que favorezcan la equidad de género. Igualmente, se deben elaborar políticas de salud que respondan a las necesidades reales de la población, como estrategias que permitan alcanzar cobertura universal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, regulación, vigilancia y control de las entidades del SGSSS, equiparación de Planes de Beneficios entre régimenes, mejoramiento de indicadores de salud pública.

Asi mismo, se menciona la necesidad de implementar programas integrales que promuevan el ejercicio de los derechos y deberes de la Salud Sexual y Reproductiva para todas las etapas del ciclo vital, para que la población los conozca y sea un agente multiplicador de los mismos. Articulación entre salud y educación para orientar a la comunidad educativa en temas como: autoestima, autodeterminación, signos de alarma y de peligro de muerte, pautas de crianza, hábitos saludables, Salud Sexual y Reproductiva. Mecanismos para la generación de información y de difusión de esta a los usuarios para facilitar la apropiación de derechos y deberes sexuales y reproductivos.

Otra propuesta es apoyar la construcción de un sistema integrado de información de historias clínicas que permita ofrecer atención integral, oportuna y adecuada a las gestantes. Tamb n hacer la evaluación y seguimiento a los indicadores de la salud (morbimortalidad, violencia y desnutrición) de la gestante, así como mejorar los procesos de referencia y contrarreferencia, en busca de conocer el proceso que siguen las gestantes en segundo y tercer niveles. Además, se deben eliminar barreras de acceso y oportunidad frente a la prestación de servicios de salud a las gestantes con estrategias como gratuidad en la atención, flexibilidad en los horarios de atención en salud, según las necesidades de la población. Adicionalmente, hay que fortalecer las acciones frente a la divulgación de los paquetes dirigidos a gestantes, a nivel de las ESE y otras instituciones.

Igualmente, las localidades requieren de la generación de respuestas que contribuyan a afectar los determinantes de la calidad de vida, entre estas la generación o apoyo a proyectos productivos que mejoren el ingreso de la gestante y su familia.



**Hay que promover acciones encaminadas al cuidado de la salud en todas las etapas del ciclo de vida, más que generar acciones resolutiveas.**



**El acceso a los métodos de regulación de la fecundidad se ve afectado por los tipos de aseguramiento y las políticas de salud están enfocadas al alcance de metas sin tener en cuenta la pertinencia de los programas en las poblaciones y la calidad de los mismos.**

## REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

*“Mi esposo dice: ‘la que tiene que cuidarse es usted, porque yo no voy a sufrir para traer lo de la comida, usted verá si queda en embarazo. El problema es suyo, no mío’.”*

*Mujer, Grupo Focal Desplazados RUU, mayo 13 de 2008*

### **Determinantes estructurales**

La Salud Sexual y Reproductiva es entendida de forma exclusiva en los ámbitos de salud y educativos como un acto o proceso puramente biológico lo que ha impulsado los programas de regulación de la fecundidad intervencionista sin tener en cuenta las necesidades y particularidades sociales de cada población. Además, se equipara la sexualidad a la relación sexual y como un aspecto relevante exclusivamente para adolescentes y jóvenes, se define como un tema solucionado en la adultez y no existente o casi nulo en adultos mayores. Según estas definiciones se establecen métodos de regulación de la fecundidad más o menos agresivos por la necesidad de control en las poblaciones que se consideran más vulnerables.

La inequidad de género establece relaciones de poder asimétricas, lo que en el momento de la negociación del uso de métodos anticonceptivos hace que prime la opinión de los hombres, quienes tienen una menor percepción del riesgo de embarazo y tienden a rechazar el preservativo que es el método más utilizado entre adolescentes y jóvenes. Existe automedicación y falta de adherencia a programas de planificación, determinada por aspectos culturales y barreras de acceso dadas por aseguramiento. Además, el acceso a los métodos de regulación de la fecundidad se ve afectado por los tipos de aseguramiento y las políticas de salud están enfocadas al alcance de metas sin tener en cuenta la pertinencia de los programas en las poblaciones y la calidad de los mismos.

### **Determinantes intermedios**

La educación sexual y reproductiva es inadecuada lo que causa baja percepción de riesgo de embarazo en adolescentes. Igualmente, la sexualidad y, principalmente, las consecuencias “negativas” de esta (embarazo, ITS, entre otros) se consideran como responsabilidad de la mujer y es a quien social e institucionalmente se le otorga la capacidad de tomar las acciones preventivas en este aspecto y se define como población blanco de los programas de regulación de la fecundidad. Los servicios de salud y orientación en SSR no están preparados para la atención a población adolescente lo que causa temor en este grupo poblacional y crea desinformación para el ejercicio pleno de la sexualidad.

Con respecto de la planificación postparto no hay suficiente orientación ni consejería adecuadas.



### ***Determinantes proximales***

El inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para embarazos no deseados, hoy estos comportamientos están dados por presión de grupo, moda, curiosidad, influencia de medios de comunicación o necesidad de afecto lo cual se potencia por la ausencia de redes de apoyo en los entornos de niños, niñas y adolescentes.

Falta de percepción de la necesidad de usar métodos de planificación, por parte de mujeres en etapa postparto, que al momento no tienen una pareja estable.

### ***ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN***

La salud sexual debe ser analizada a profundidad y con enfoques inter y transdisciplinarios que permitan su interpretación integral, siempre teniendo en cuenta que es un aspecto inherente a todas las personas, independientemente de su edad, sexo, raza y creencias, y que es positivo si se cuenta con las herramientas educativas, institucionales y sociales que permitan tomar decisiones libres y acorde con las necesidades.

Igualmente, se evidenció la necesidad de fortalecer la práctica de la regulación de la fecundidad, como un compromiso de la pareja, asumiendo las responsabilidades sin diferenciación de sexo, a través de:

- ☒ La divulgación y promoción del ejercicio de los derechos y deberes sexuales y reproductivos.
- ☒ Generación y fortalecimiento de las intervenciones dirigidas a la práctica de la anticoncepción como responsabilidad de la pareja.
- ☒ Planear e implementar estrategias que permitan fortalecer la autoestima, autovaloración y capacidad de decisión, para que asuman la sexualidad con responsabilidad y no como resultado de las presiones de grupo y demás factores socioculturales.
- ☒ Refuerzo de intervenciones orientadas a la promoción de la adherencia a los programas de planificación.
- ☒ Sensibilizar a la población frente a los riesgos y consecuencias generadas por la falta e inadecuado uso de métodos anticonceptivos.
- ☒ Generar estrategias comunicativas encauzadas a la equidad de género.

**El inicio de relaciones sexuales a temprana edad es un factor de riesgo para embarazos no deseados, hoy estos comportamientos están dados por presión de grupo, moda, curiosidad, influencia de medios de comunicación o necesidad de afecto lo cual se potencia por la ausencia de redes de apoyo en los entornos de niños, niñas y adolescentes.**

## INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

*“Yo creo que más que un problema físico se vuelve un problema social porque la gente comienza a discriminar a la persona que está enferma y va a pensar que con el solo contacto o el saludo se puede infectar, por falta de conocimiento”.*  
*Joven estudiante de colegio. Grupo Focal RUU, mayo 6 de 2008*

**Cada año más de 12 millones de jóvenes y adultos contraen una enfermedad de transmisión sexual. Mientras los jóvenes y adultos tienen las tasas de infección más altas, estas enfermedades son de oportunidad igual, afectando a adultos de cualquier edad, raza, y cultura.**

### **NECESIDADES**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan mundialmente un serio problema tanto en términos de salud como económicos y sociales. Cada año más de 12 millones de jóvenes y adultos contraen una enfermedad de transmisión sexual. Mientras los jóvenes y adultos tienen las tasas de infección más altas, estas enfermedades son de oportunidad igual, afectando a adultos de cualquier edad, raza, y cultura. La prevención primaria de las ITS comienza con el cambio de las conductas sexuales de las personas de riesgo para contraer la infección. Las destrezas para el consejo que incluyen respeto, compasión y una actitud de no juicio hacia todos los pacientes son esenciales para obtener una historia clínica precisa y para aconsejar adecuadamente.

### **Determinantes estructurales**

Las políticas de salud se encuentran dirigidas hacia poblaciones limitadas, dejando de lado a aquellas vulnerables y atendiendo siempre las mismas. Las políticas de educación sexual y reproductiva en los colegios se basan en la genitalidad y control de embarazos en adolescentes, dejando como temas secundarios la autoestima, autodeterminación y Salud Sexual y Reproductiva.

La legislación actual, las normas por esta impuestas socialmente y la falta de integralidad en la Salud Sexual y Reproductiva se convierten en factores de riesgo, asociados a la formación inadecuada de los funcionarios de salud. Los Programas en Salud no generan el impacto esperado en la prevención de ITS, igualmente, falta mucha divulgación y apropiación de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

### **Determinantes intermedios**

Los sistemas de información disponibles no captan información específica de enfermedades de transmisión sexual, de manera que se desconoce su real dimensión y comportamien-

to en los diferentes grupos poblacionales. Lo anterior representa una gran preocupación, si se toma en cuenta que bajo estas condiciones de subregistro, se fundamentan decisiones locales y distritales. Las actividades de promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual no se ajustan a la dinámica y a los constantes cambios culturales y hay desconocimiento y patrones culturales equivocados por parte de la comunidad frente a las ITS. La presencia de estereotipos contribuye a estigmatizar a los grupos: el rol de la mujer y la desigualdad de género, la clase social y las necesidades económicas.

En las zonas de ejercicio de la prostitución, se han identificado factores de riesgo para la transmisión de ITS: uso del preservativo negociable, exclusión de las actividades dirigidas a la prevención de las ITS, en zonas ilegales y para personas que ejercen este oficio en modalidades clandestinas y en estratos económicos altos y, desconocimiento de la magnitud de las zonas destinadas para este oficio.

No hay suficiente empoderamiento de la comunidad frente al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos dado por los patrones culturales y los programas que no generan el impacto proyectado. Se han identificado factores de riesgo en grupos poblacionales como: jóvenes en condición de vulnerabilidad, mujeres jóvenes cabeza de familia, entre otros. Los infantes y adultos mayores son vistos como seres asexuados mientras los jóvenes se definen como hipersexuales, lo anterior definiendo los niveles de riesgo asignados socialmente para adquirir ITS.

Se ha logrado determinar que existen múltiples factores que contribuyen a la persistencia de sífilis gestacional y congénita, convirtiéndose en un problema de salud pública, que a su vez está determinado por diversas situaciones a las que la gestante se encuentra enfrentada, como:

Falta de percepción o actitud de indiferencia de algunos profesionales de la salud frente al diagnóstico de infecciones de transmisión sexual.

Frecuentemente la gestante encuentra barreras de acceso para acudir oportunamente a los controles prenatales (problemas de aseguramiento y económicos, agendas médicas congestionadas).

La estigmatización y discriminación por causa de infecciones de transmisión sexual producen en la gestante vergüenza y culpabilidad, evadiendo la responsabilidad de los controles prenatales.

Falta de información suficiente acerca de la enfermedad, por lo que la gestante y su pareja desconocen la dimensión de la situación presentada.

Divergencia de conceptos y conductas de los profesionales de la salud estableciendo esquemas no acordes para el caso.

Son frecuentes los conflictos de pareja, obligando a la gestante a ocultar el padecimiento de dicha infección, esto acompañado de la falta de apoyo del compañero, conllevando a la reinfección de la gestante.

No hay continuidad en los tratamientos y seguimientos a las gestantes y al neonato, desconociéndose el estadio de la enfermedad.

Se observa frecuentemente que las fichas de notificación tienen datos georreferenciales errados, lo cual es confirmado a través del desplazamiento a la vivienda, dando como resultados visitas e intervenciones inefectivas.

### ***Determinantes Proximales***

Existen factores que favorecen la presencia de las enfermedades de transmisión sexual, como el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la promiscuidad, el aumento de las familias disfuncionales y reconstituidas, la superficialidad frente al manejo de temas como la relación VIH-condón y la falta de claridad para establecer un proyecto de vida.

**Existen factores que favorecen la presencia de las enfermedades de transmisión sexual, como el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la promiscuidad, el aumento de las familias disfuncionales y reconstituidas.**



Es usual que las personas no se realicen las pruebas diagnósticas para ITS, como un examen de control, por temor a conocer los resultados y que otros conozcan su enfermedad, miedo al dolor físico, desinterés y falta de información sobre los procedimientos de las pruebas. Generalmente, las enfermedades de transmisión sexual son asumidas por los adolescentes y jóvenes, como ajenas a su realidad.

Se presenta intolerancia e imposibilidad en la expresión de las preferencias sexuales no convencionales.

### **ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN**

Se propone la reestructuración de la política de salud que permita el acceso a los programas de educación en SSR, así mismo, formular estrategias de Prevención y Promoción que permitan fortalecer las políticas de Salud Sexual y Reproductiva existente.

Es necesario generar programas de educación que establezcan estrategias de autoconocimiento en poblaciones altamente vulnerables y reforzar programas de educación sexual dirigidos al fortalecimiento de valores y autoestima en las poblaciones con mayor afectación, condiciones de vulnerabilidad e impacto social. Se deben establecer estrategias de empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones.

Por último, y para permitir una atención integral es necesario diseñar programas de capacitación al personal de salud. .

## CÁNCER DEL APARATO REPRODUCTOR

### **NECESIDADES**

Al hablar de cáncer del aparato reproductor se piensa de inmediato en cáncer cervicouterino y se dejan de lado otros tipos de cáncer que, de igual manera, afectan a nuestra población como el de ovario y próstata.

A continuación se presentan las necesidades identificadas en la Sala Situacional de SSR, en lo relacionado con cáncer del aparato reproductor a la luz de los determinantes en salud.

### ***Determinantes estructurales***

Existen políticas que aún favorecen la inequidad de género lo cual se evidencia en la invisibilidad de las acciones dirigidas a los hombres desde políticas públicas y otras que aún no responden a las necesidades reales de la población.

También existen políticas económicas y laborales poco justas y equitativas para toda la población, incluyendo a los profesionales de la salud. Las políticas educativas orientan la formación de los profesionales de la salud hacia lo resolutivo y no hacia lo promocional y preventivo.

### ***Determinantes intermedios***

La atención en salud es poco amigable y no acorde con las necesidades de la población. Según los resultados de los grupos focales existe poco conocimiento de los pobladores en relación con los métodos de protección y autocuidado que limitan el contagio del Virus del Papiloma Humano principal factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de cuello cervicouterino.

### ***Determinantes proximales***

Dentro de las razones por las que las mujeres no se toman la citología se encuentran: miedo, pereza, vergüenza, malas experiencias y desconocimiento de la finalidad del procedimiento. Además, suele haber estigmatización de pacientes con cáncer por parte de la pareja, la familia y la comunidad, determinados por factores socioculturales. Hay desconocimiento de la población frente al cáncer cervicouterino y de seno, se observan mitos relacionados con factores de riesgo dentro de los grupos focales como: no realización de controles cuando se tiene DIU para planificar y la no extracción completa de la leche materna. En lo referente al autoexamen de seno las mujeres no lo realizan por pereza, desconocimiento, descuido o baja percepción del riesgo.



**Suele haber estigmatización de pacientes con cáncer por parte de la pareja, la familia y la comunidad, determinados por factores socioculturales. Hay desconocimiento de la población frente al cáncer cervicouterino y de seno.**

**Los sistemas de salud deben garantizar la educación y el acceso que incentive el uso del preservativo masculino y femenino como principal elemento de protección contra el Virus de Papiloma Humano.**



#### **ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN**

Se deben generar estrategias de comunicación que incentiven la asistencia masiva a programas de tamizaje para todos los tipos de cáncer del aparato reproductor y desarrollar planes de atención integral para personas con diagnósticos de cáncer del aparato reproductor. Es necesario promover un trabajo conjunto de diversas áreas de las instituciones para socializar, sensibilizar y lograr adherencia hacia los programas de detección precoz de cáncer del aparato reproductor y fortalecer los sistemas de información de programas de Detección Precoz de Cáncer de Seno y Próstata lo cual permite tener un panorama de la situación de estas patologías y generar estrategias de demanda inducida a los mismos.

Los sistemas de salud deben garantizar la educación y el acceso que incentive el uso del preservativo masculino y femenino como principal elemento de protección contra el Virus de Papiloma Humano. Así mismo, incluir programas para diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer del aparato reproductor masculino, en las políticas públicas de salud e incentivar la educación sexual que permita el inicio de las relaciones sexuales con autodeterminación y compromiso en la protección que prevenga el contagio del Virus del Papiloma Humano. También se sugiere fortalecer la educación desde el PES para los eventos de cáncer relacionados con el aparato reproductor masculino.

Igualmente, se propone el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional que asegure que las intervenciones sean complementarias y tengan los resultados esperados en la promoción de estilos de vida saludables relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva de la población de las localidades. También se registra la necesidad de diseñar estrategias comunicativas que promuevan el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el uso de los servicios en Salud Sexual y Reproductiva. Por último, se busca incentivar el autocuidado desde todos los ámbitos, con el propósito de disminuir los factores de riesgo relacionados con el cáncer del aparato reproductor, igualmente, se tienen que eliminar las barreras de aseguramiento existente para el acceso a los servicios de planificación familiar y citologías.

## SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

### **SITUACIONES**

La población adolescente presenta mayor vulnerabilidad a tener relaciones sexuales sin protección, lo cual implica un mayor riesgo de embarazos, abortos inseguros e infecciones de transmisión sexual. Las condiciones fisiológicas, psicológicas y económicas de los adolescentes condicionan el alto riesgo en las situaciones de embarazo; ese riesgo se encuentra determinado en sí mismo por la baja autoestima, autodeterminación y condiciones socioeconómicas y emocionales intrafamiliares inadecuadas, que favorecen los embarazos en las poblaciones jóvenes.

El embarazo en adolescentes se reconoce como un factor que perpetúa la situación de pobreza, limita o improvisa los proyectos de vida de los adolescentes e implica mayor vulnerabilidad en el recién nacido debido a que los padres presentan desconocimiento de los cuidados.

### **Determinantes estructurales**

Son deficientes los impactos de las estrategias de Salud Sexual y Reproductiva, en la apropiación de la información y adherencia a los métodos de planificación, a ello se suma una débil fundamentación de acciones de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva basadas en la promoción de valores, respeto a la pareja, autoestima, autodeterminación y construcción de proyectos de vida. Hacen falta estrategias o intervenciones que aclaren las construcciones culturales (mitos y tabúes), que afectan la manera de asumir la Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia y que junto con la débil divulgación de las intervenciones encauzadas a la regulación de la fecundidad en la población adolescente, por no ser acordes con los intereses de los jóvenes reducen la divulgación de los derechos sexuales y reproductivos en la población joven.

Igualmente, faltan actividades para uso creativo del tiempo libre. Tampoco hay promoción de actitudes para que se asuma la responsabilidad de los derechos y deberes sexuales y reproductivos, en situaciones de la vida cotidiana. Además, existen barreras de acceso a los servicios, como: prejuicios del personal de salud y la comunidad hacia la población joven, carné de salud bajo custodia de los padres y desconocimiento de la oferta de servicios, tanto por el personal de salud como por la población.

También falta interés y trabajo intersectorial que permita influir de manera integral todas las dimensiones de la problemática de la Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes. Además, existe una deficiente inclusión y formación de la familia para el manejo adecuado y oportuno de los temas de Salud Sexual y Reproductiva desde la infancia y durante toda la vida.



**Las condiciones fisiológicas, psicológicas y económicas de los adolescentes condicionan el alto riesgo en las situaciones de embarazo.**

**La población adolescente se siente atemorizada por los prejuicios a los que se enfrenta al tocar temas de sexualidad en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.**



Por último, la formación de los profesionales de la salud, encargados de la promoción y la prevención, no es óptima de acuerdo con las características culturales y sociales de los habitantes que atienden.

#### ***Determinantes intermedios***

La población adolescente se siente atemorizada por los prejuicios a los que se enfrenta al tocar temas de sexualidad en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve; prefiriendo no consultar o seguir las recomendaciones de pares, aumentando uso inadecuado o métodos no seguros de regulación de la fecundidad y, por ende, el riesgo de embarazo. Son muchos los mitos relacionados con la utilización de métodos de regulación de la fecundidad y los tabúes de los padres y generalmente de las familias para asumir los temas relacionados con la SSR.

La presión emocional dada por los grupos sociales, medios de comunicación y condiciones familiares inadecuadas, genera fallas en la autoestima y autodeterminación de los adolescentes, convirtiéndose en uno de los determinantes más importantes en la ocurrencia de relaciones sexuales de alto riesgo. El desconocimiento y falta de apropiación de los derechos sexuales y reproductivos familiar y social, se convierten, por tanto, en un modelo a seguir por los adolescentes.

#### ***Determinantes proximales***

La forma en que los adolescentes asumen la sexualidad se encuentra influenciada por múltiples factores individuales como: susceptibilidad a la presión de grupo, falta de autodeterminación, baja autoestima, falta de percepción del riesgo dada por el desconocimiento o el trato que se le ha otorgado social y profesionalmente al tema.

### **ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN**

Se debe fortalecer la estrategia de la red de apoyo dirigida a la comunidad educativa, en relación con la creación de espacios de interacción, medios creativos e información y formación en Salud Sexual y Reproductiva, así mismo, es necesaria la creación de modelos educativos adecuados para el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva durante la infancia y la adolescencia y la inclusión y fortalecimiento permanente del componente de Salud Sexual y Reproductiva en los servicios amigables para jóvenes. Además, se deben diseñar talleres lúdicos y pedagógicos en los diferentes espacios en los que se desenvuelven los adolescentes, enfocados a la construcción de proyectos de vida.

Igualmente, es necesario elaborar una política pública distrital que involucre, de manera intersectorial, los procesos y programas de Salud Sexual y Reproductiva a los sectores responsables de los mismos y ofrecer un abordaje intersectorial e integral de la Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes. También se deben mejorar localmente los procesos de promoción y prevención en todos los regímenes de aseguramiento en salud, en relación con los programas de Salud Sexual y Reproductiva, según las problemáticas de cada localidad.

### **ENTREVISTAS GRUPALES**

Las entrevistas grupales invitan a mirar relaciones y significados en torno de la Salud Sexual y Reproductiva desde los acontecimientos cotidianos de relaciones. Para esta sala cada localidad definió el foco y la población objeto según sus situaciones priorizadas.

A continuación se presenta una descripción general de las temáticas abordadas en cada una de las localidades en el desarrollo de las entrevistas grupales, realizadas en el Distrito.

**Tabla No. 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS GRUPALES POR FOCO Y PARTICIPANTES SEGÚN LOCALIDAD,**  
**SALA SITUACIONAL SSR. ABRIL – JUNIO 2008**

LOCALIDAD	FOCO	PARTICIPANTES
ENGATIVÁ	Salud Materno – Perinatal	Referentes ámbitos pic, representantes ( médicos y enfermeras, área asistencial), área de vigilancia en salud pública del hospital
	Regulación de la Fecundidad	Referentes ámbitos pic, representantes (médicos y enfermeras, área asistencial), área de vigilancia en salud pública del hospital, representantes club de juventudes, referente ops.
	ITS – VIH/SIDA	Referentes ámbitos pic, representantes (médicos y enfermeras, área asistencial), área de vigilancia en salud pública del hospital, coordinador de la fundación eudes, referente de ssr humana vivir, coordinador de la acj, punto focal de la alcaldía, referente pyp, psicóloga de profamilia.
	Cáncer de mama y cervicouterino	Referentes ámbitos pic, representantes (médicos y enfermeras, área asistencial), área de vigilancia en salud pública del hospital, coordinador de la acj.
LA CANDELARIA	Salud sexual y reproductiva	Comunidad: psicóloga colegio Minuto de Dios, madre de familia, madres fami-ICBF, casa de la igualdad.
	Conocimientos de signos de alarma durante la gestación	Grupos de gestantes rsmi
	Derechos y deberes sexuales y reproductivos	Trabajadoras sexuales
	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	Profesionales de salud de las sedes asistenciales y referentes de los ámbitos pic.
LOS MÁRTIRES	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	Profesionales de salud de pic
	Rol de la pareja en la gestación	Hombres acompañantes del grupo gestante
	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	Gestantes adolescentes (15 – 18 años)
SANTA FE	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	Profesionales de salud de las sedes asistenciales y referentes de los ámbitos pic.
	Derechos y deberes sexuales	Adolescentes de 16 – 18 años – Colegio San Francisco de Asís
	Derechos sexuales y reproductivos	Gestantes red social materno infantil
	Derechos y deberes sexuales y reproductivos	Trabajadoras sexuales
USAQUEN	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	Profesionales de salud de las sedes asistenciales y referentes de los ámbitos pic
	Reconocimiento de nuestro propio cuerpo	Niñ@s (9 a 16 años)
	Enfermedades de transmisión sexual	Profesionales de salud pública
PUENTE ARANDA	Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte del autocuidado frente al riesgo de adquirir its	Gestantes
	Derechos sexuales y reproductivos	Comunidad
SAN CRISTÓBAL	1ª demora – mortalidad materna	Comunidad
	Maternidad segura	Comunidad
	Regulación de la fecundidad	Comunidad
USME	Salud sexual y reproductiva del adolescente	Comunidad educativa local
	Cáncer de cuello uterino	Comunidad
	ITS – VIH/SIDA	Comunidad
TUNJUELITO	Inicio temprano de las relaciones sexuales en jóvenes de 10 a 17 años de edad, derechos sexuales y reproductivos	Profesionales pic
	Inicio temprano de las relaciones sexuales en jóvenes de 10 a 17 años de edad, uso del tiempo libre por parte de los jóvenes	Instituciones prestadoras de salud, unidad proyección Universidad Santo Tomás, referente salud mental, secretaria de integración social, cadel, uel, coordinador de vigilancia de salud pública
	Conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina	Funcionarios de salud pública, coordinadores de ámbito y referentes relacionados con el tema
	Conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina.	Salud pública, estudiantes de últimos semestres de enfermería
RAFAEL URIBE URIBE	Conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina.	Funcionarios de salud pública, estudiantes de últimos semestres de medicina
	Conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina.	4 funcionarios de salud pública, 4 estudiantes del grado décimo de la institución educativa distrital inem Santiago Pérez
	Conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina.	5 funcionarios de salud pública, 5 personas de la comunidad, cuidadores de personas en condición de discapacidad y personas en condición de discapacidad
	Métodos de planificación	Población en situación de desplazamiento
ANTONIO NARIÑO	Derechos sexuales y reproductivos y género	Red de jóvenes
	Tres demoras en la atención materna	Instituciones prestadoras de salud
	Sexualidad en el adulto mayor, género y vinculación afectiva	Persona mayor
CIUDAD BOLÍVAR	Infecciones de transmisión sexual (its)	Estudiantes de colegio
	Derechos sexuales y reproductivos	Red de jóvenes
	Derechos sexuales y reproductivos	Gestantes y lactantes
SUBA	Sexualidad en persona mayor, erotismo y género	Persona mayor
	Tres demoras en la atención a gestantes	Ips de la localidad
	ITS – VIH/SIDA	Se desarrollo por medio de conversatorios con hombre integrantes de todos los ciclos vitales pertenecientes a la comunidad en general
FONTIBÓN	Se abordaron los siguientes ejes temáticos Materno perinatal	Se desarrollo por medio de tres grupos integrados por funcionarios de diferentes instituciones tales como:
	Vigilancia en salud y Gestión del conocimiento	Hospital Suba ESE (asistencial y Salud Pública)
	ITS – VIH/SIDA	ICBF
TEUSAQUILLO	Regulación de la fecundidad	IPS privadas
	Cáncer de cuello Cervicouterino	Profamilia
	Regulación de la fecundidad	Se desarrollo por medio de conversatorios con tres espacios diferentes relacionados con el tema priorizado: Representantes de la IPS ante el COVE Funcionarios Salud Pública Hospital Fontibón ESE, Reunión de Gestión Local Comunidad COVECOM
BARRIOS UNIDOS	Derechos sexuales y reproductivos	Grupo de gestantes
CHAPINERO	Derechos sexuales y reproductivos	Grupo de gestantes



Fuente: informes Sala Situacional SSR locales. Abril – Junio de 2008



## LOGROS

Posicionamiento del tema local y Distrital, y retroalimentación de la Sala Situacional en la SDS.

En la localidad de Engativá se logró la disposición de un espacio dentro de la Alcaldía Local mejorando el acceso a la información por parte del Gobierno local y la comunidad.

En la localidad de Los Mártires se hizo un posicionamiento del tema del Derecho a la Salud en personas dedicadas al ejercicio de la prostitución, en el comité de derechos humanos liderado por la Personería local.

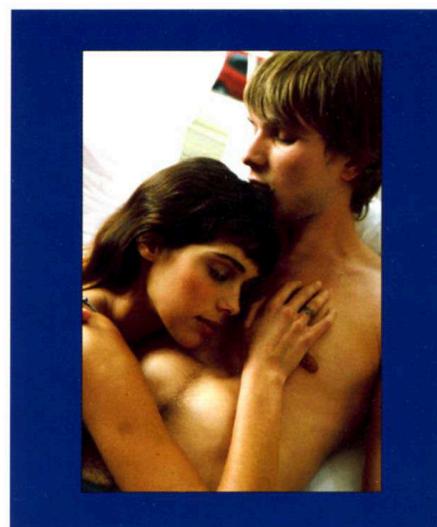
En las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe, Antonio Nariño, La Candelaria, Los Mártires y Santafé realizaron la presentación de la Sala Situacional ante la REDCO, en el Materno Infantil, ejercicio que permitió analizar la situación de SSR de la Red Centro Oriente.

En el hospital de San Cristóbal, a través de la socialización del trabajo realizado en la sala de Salud Sexual y Reproductiva, logró que el Subgerente de Servicios de Salud estableciera capacitación en sífilis a todos los médicos de la institución.

En la localidad de San Cristóbal, por medio de socialización del trabajo realizado en la sala de SSR, permitió que el Consejo Local de Gobierno priorizara el tema de infancia y adolescencia en el Plan de Desarrollo Local.

## PROYECCIONES

- ☒ Promover el crecimiento económico competitivo y cumplimiento de metas tendientes a cerrar brechas y dar aplicación a los Objetivos del Milenio.
- ☒ Inclusión de las necesidades y las alternativas de solución definidas en la Sala Situacional, en formulación de la Política Distrital de Salud Sexual y Reproductiva.
- ☒ Desarrollo de democracia social y política para una sociedad solidaria y una cultura de convivencia, en donde exista igualdad de oportunidades y equidad social.
- ☒ Se debe promover la participación de la población en el diseño de programas, proyectos e intervenciones en Salud Sexual y Reproductiva.
- ☒ Es necesario alcanzar un abordaje integral e intersectorial para superar la falta de continuidad que se produce al proponer intervenciones desarticuladas.
- ☒ Se debe involucrar a las universidades e instituciones formadoras de talento humano en procesos en los que sea más explícita la responsabilidad que tienen con el Estado de incluir en los currículos académicos temas críticos de salud pública que permitan reducir el desgaste tanto físico como financiero que están teniendo los niveles locales capacitando a un personal que presenta una inestabilidad laboral.
- ☒ Generar espacios de entrenamiento en el manejo del tema de Salud Sexual y Reproductiva para todo el personal que labora en las instituciones.
- ☒ Se requiere de modelos conceptuales sistémicos y enfoques multidisciplinarios para el abordaje científico de la sexualidad humana que permita integrar el conocimiento.
- ☒ Involucrar en el análisis y definición de compromisos a las subgerencias tanto financieras, administrativas y servicios de salud de los Hospitales Locales.





## GLOSARIO

**COVE:** Comité de Vigilancia Epidemiológica

**COVECOM:** Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

**ITS:** Las infecciones de transmisión sexual son un conjunto de infecciones que se transmiten, fundamentalmente, a través de las relaciones sexuales; son causadas por bacteria, virus, protozoarios, o parásitos.

**CADEL:** Centro de Administración Educativa Local

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

**PES:** Proyecto de Educación Sexual

**REDCO materno - infantil:** Red Centro oriente materno – infantil de Bogotá

**MORTALIDAD MATERNA:** defunción de una mujer, mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

**REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD:** es el conjunto de prácticas cuyo fin es el control de la cantidad de hijos en una pareja. En su concepto más amplio, comprende dos vertientes: ayudar a las parejas que no logran el embarazo y ayudar a aquellas a evitar embarazos no deseados, o espaciar los embarazos deseados. Esto se logra mediante uno o varios métodos anticonceptivos.

**SALUD SEXUAL:** la salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que generan un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo así la vida individual y social. No se trata, simplemente, de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen

**GÉNERO:** es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente,

y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

**IDENTIDAD DE GÉNERO:** define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación con la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

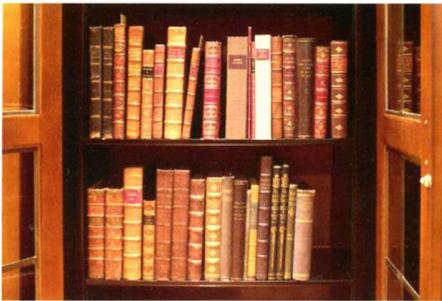
**COMPORTEAMIENTO SEXUAL RESPONSABLE:** se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

**REPRODUCTIVIDAD:** se quiere decir: tanto la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que lo produjeron como las construcciones mentales que acerca de esta posibilidad.

**GENERO:** como la serie de construcciones mentales respecto de la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias.

**EROTISMO:** los procesos humanos en torno del apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

**VINCULACIÓN AFECTIVA:** la capacidad humana de desarrollar intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se deriva.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cartilla de buenas prácticas para “Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer” en el ámbito Local. Noviembre de 2007
2. Samuel Moreno Rojas. Programa de Gobierno Samuel Alcalde. Para la Alcaldía 2008-2011 por el Polo Democrático Alternativo.
3. Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Política Nacional de SSR, Febrero 2003
4. Visión panorámica de la sexualidad humana, doctor Eusebio Rubio A. Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C. Universidad Nacional Autónoma de México
5. Instituto Nacional de Salud, 2004.
6. Instituto Nacional de Salud, 2005.
7. Ministerio de Salud, República de Nicaragua. Pautas de Tratamiento Antirretroviral. Managua, 2005.



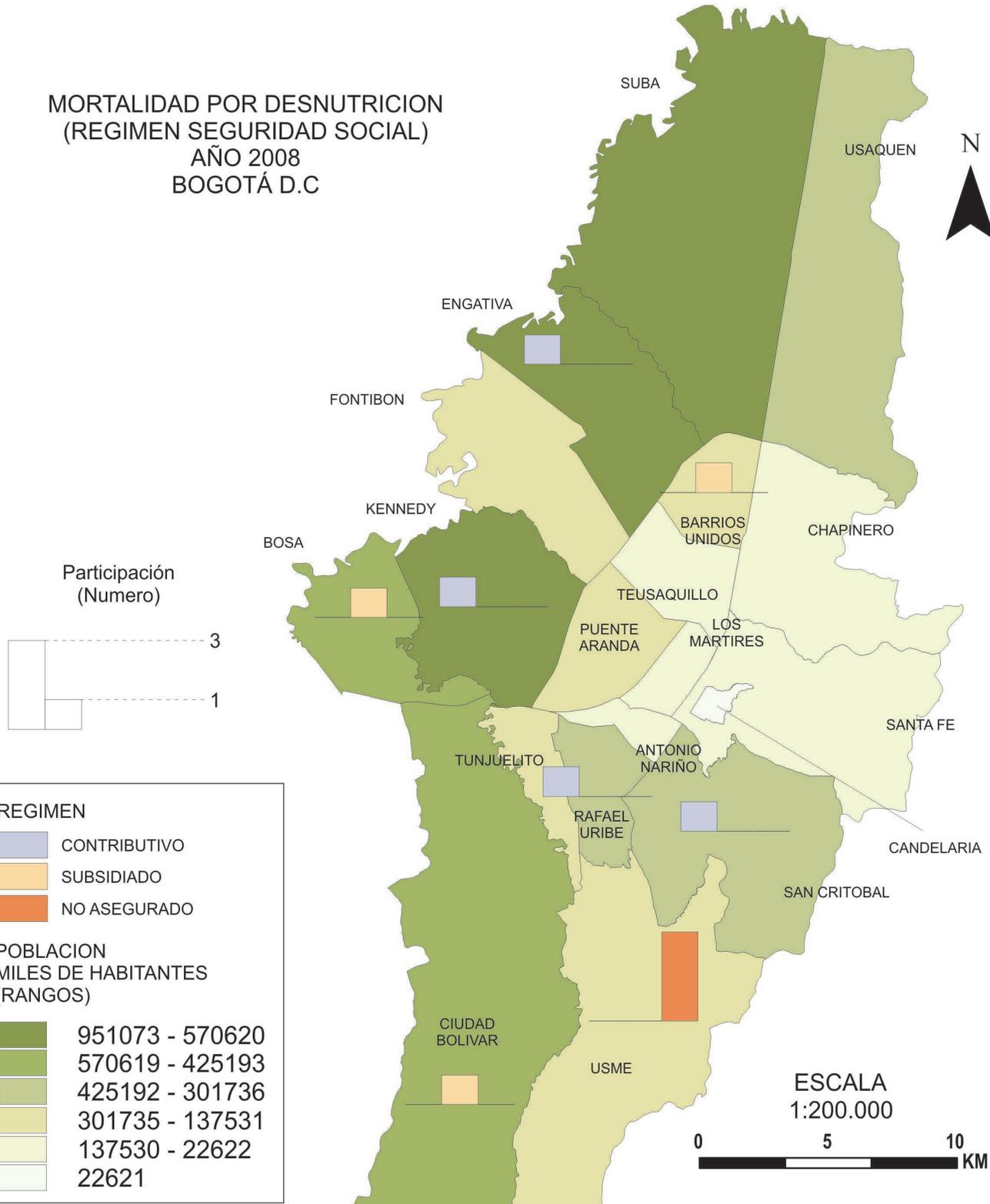




ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D. C.  
SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



MORTALIDAD POR DESNUTRICION  
(REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C



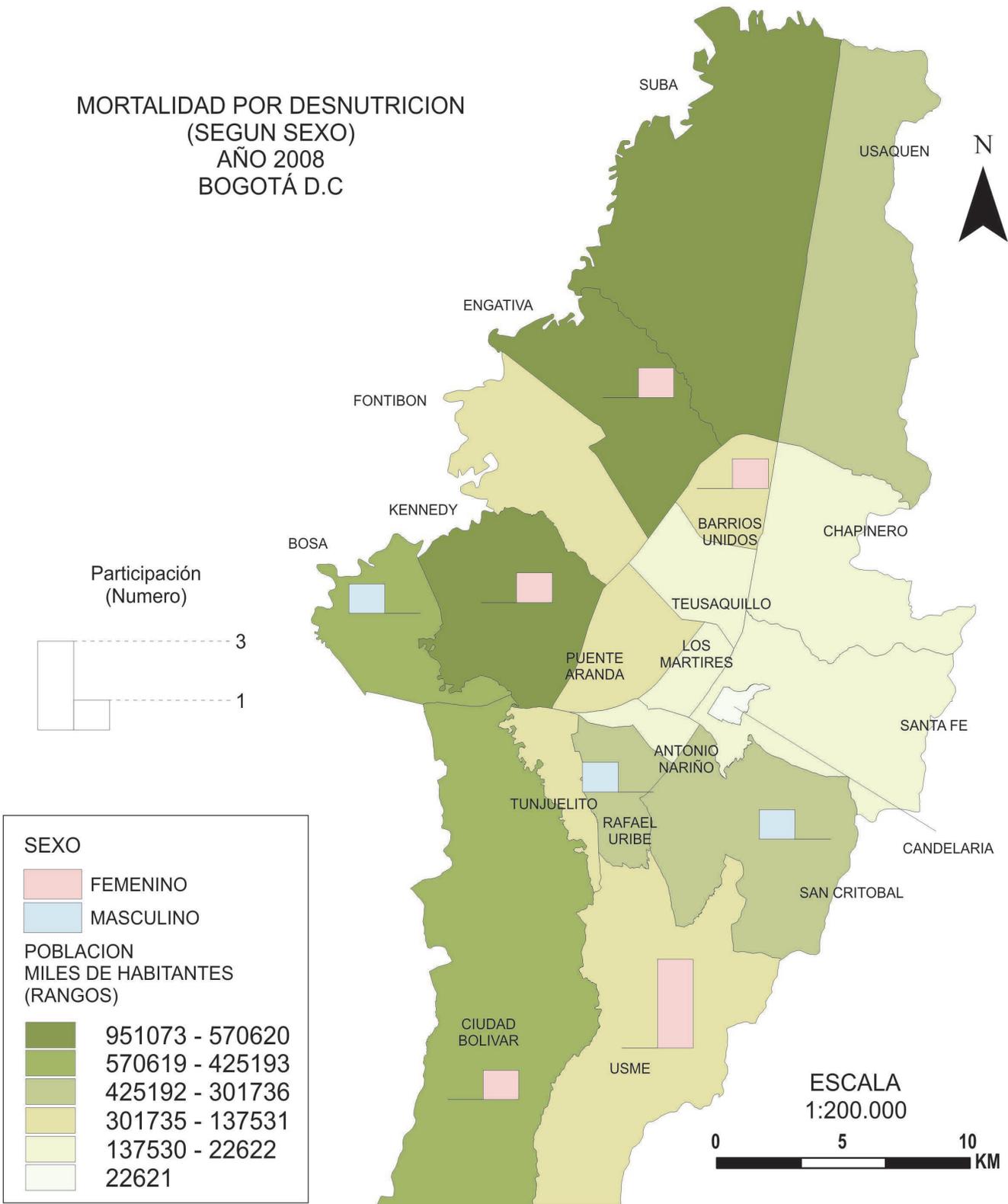
ELABORO  
GEOGRAFO ANDRES CASTILLO



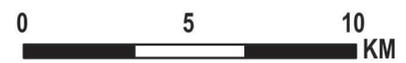
ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



MORTALIDAD POR DESNUTRICION  
(SEGUN SEXO)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C



ESCALA  
1:200.000



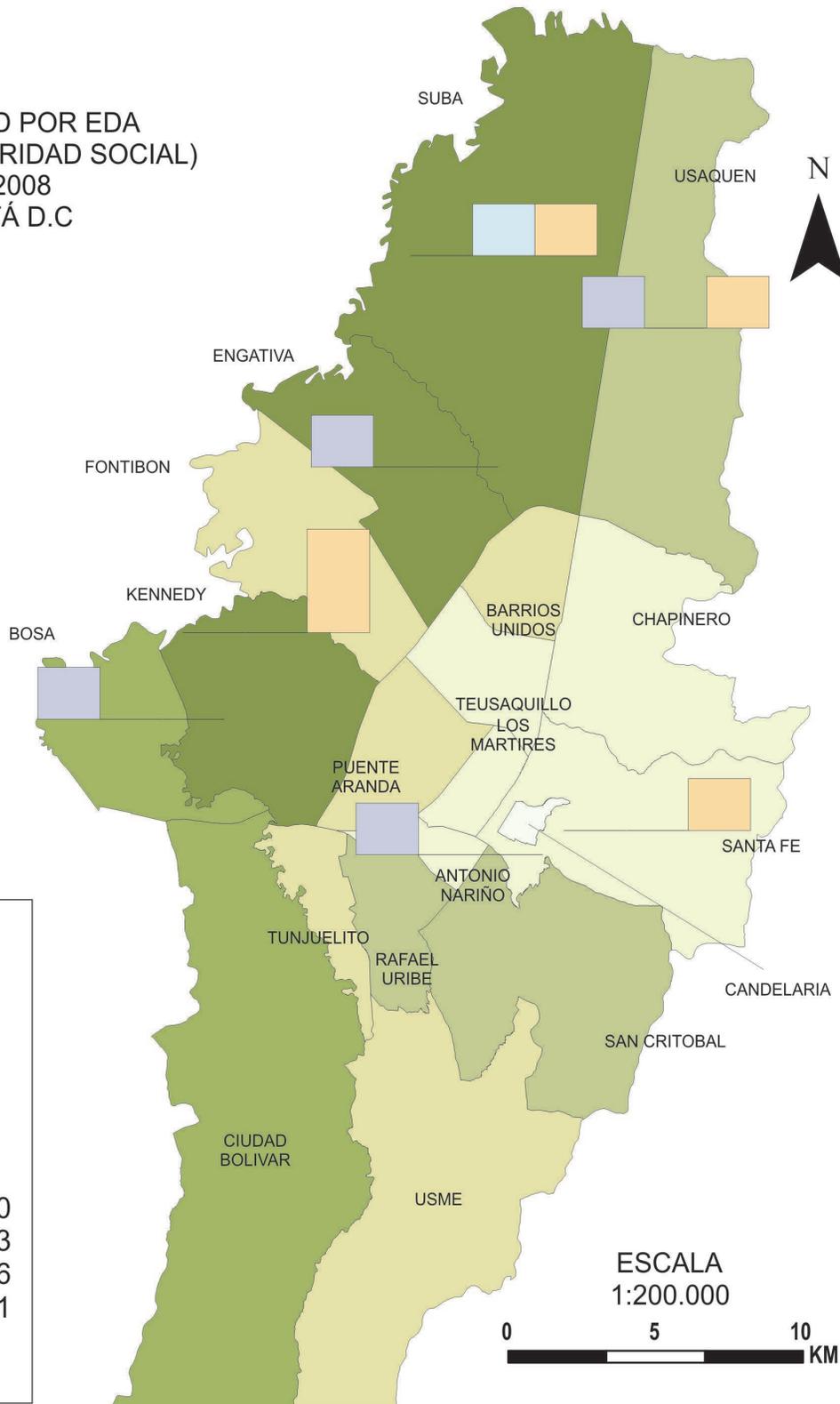
ELABORO  
GEOGRAFO ANDRES CASTILLO



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D. C.  
SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



MORTALIDAD POR EDA  
(RÉGIMEN SEGURIDAD SOCIAL)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C



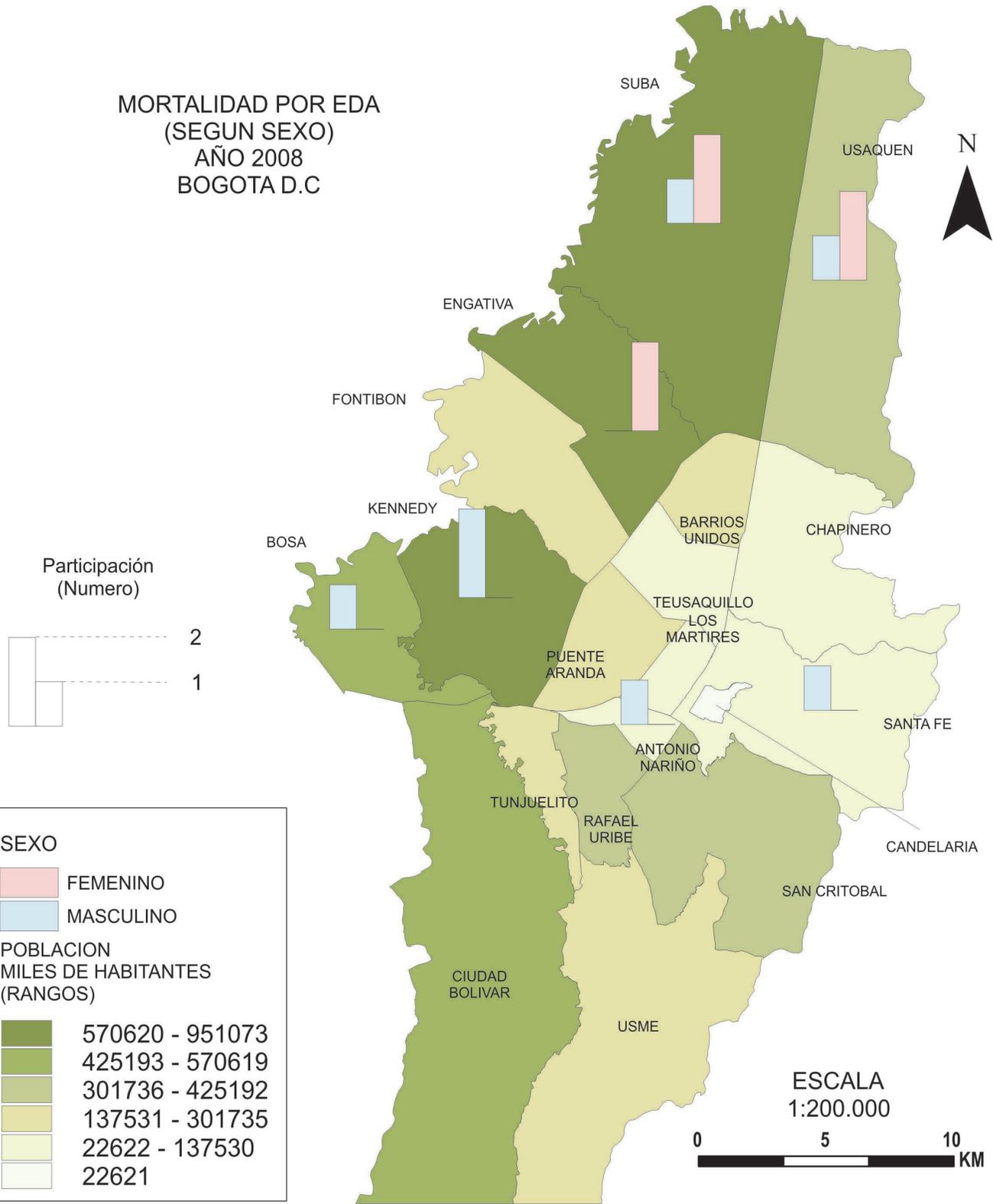
ELABORO  
GEOGRAFO ANDRES CASTILLO



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



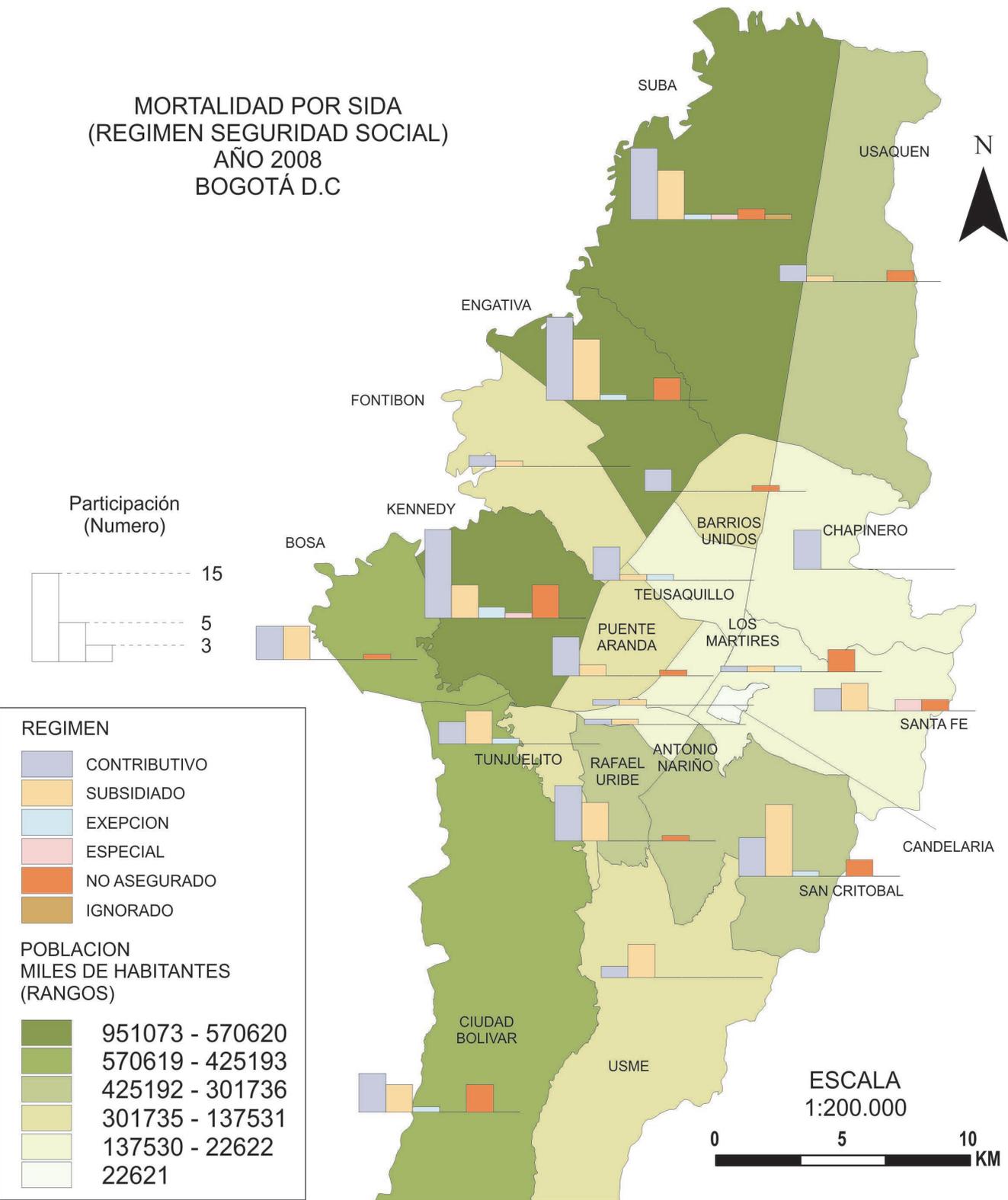
MORTALIDAD POR EDA  
(SEGUN SEXO)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C



ELABORO  
GEOGRAFO ANDRES CASTILLO



MORTALIDAD POR SIDA  
(REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C

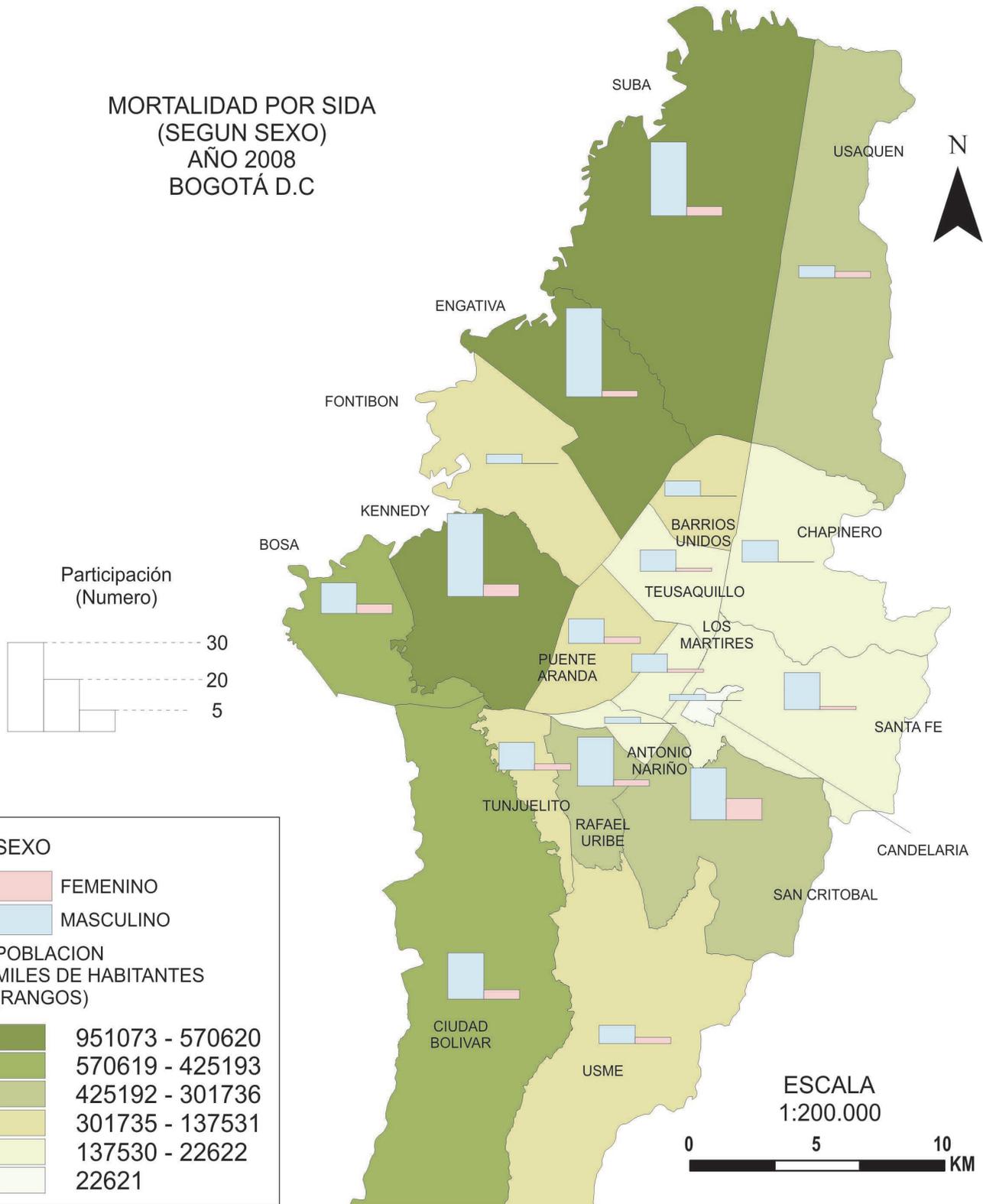




ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D. C.  
SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



MORTALIDAD POR SIDA  
(SEGUN SEXO)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C

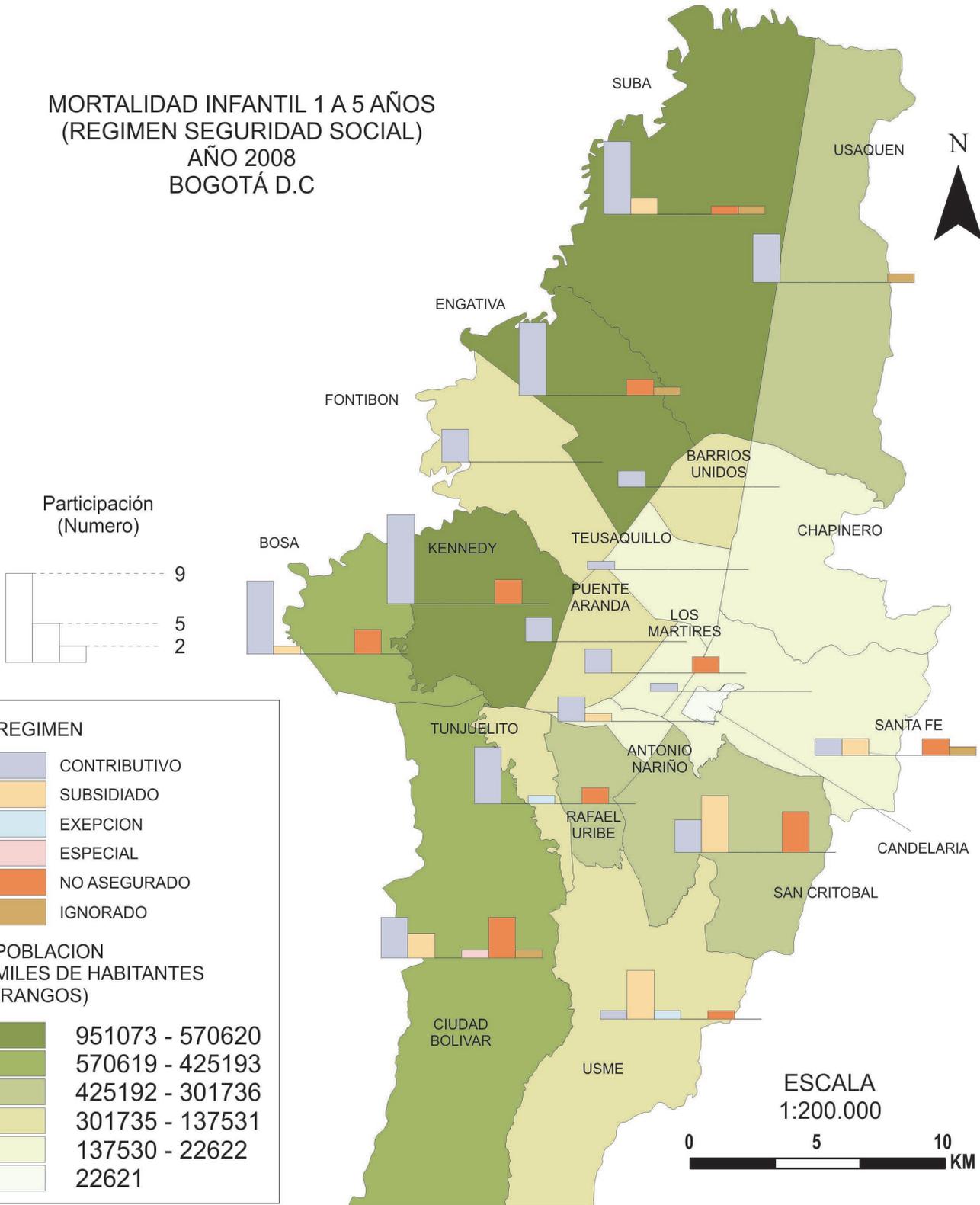




ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



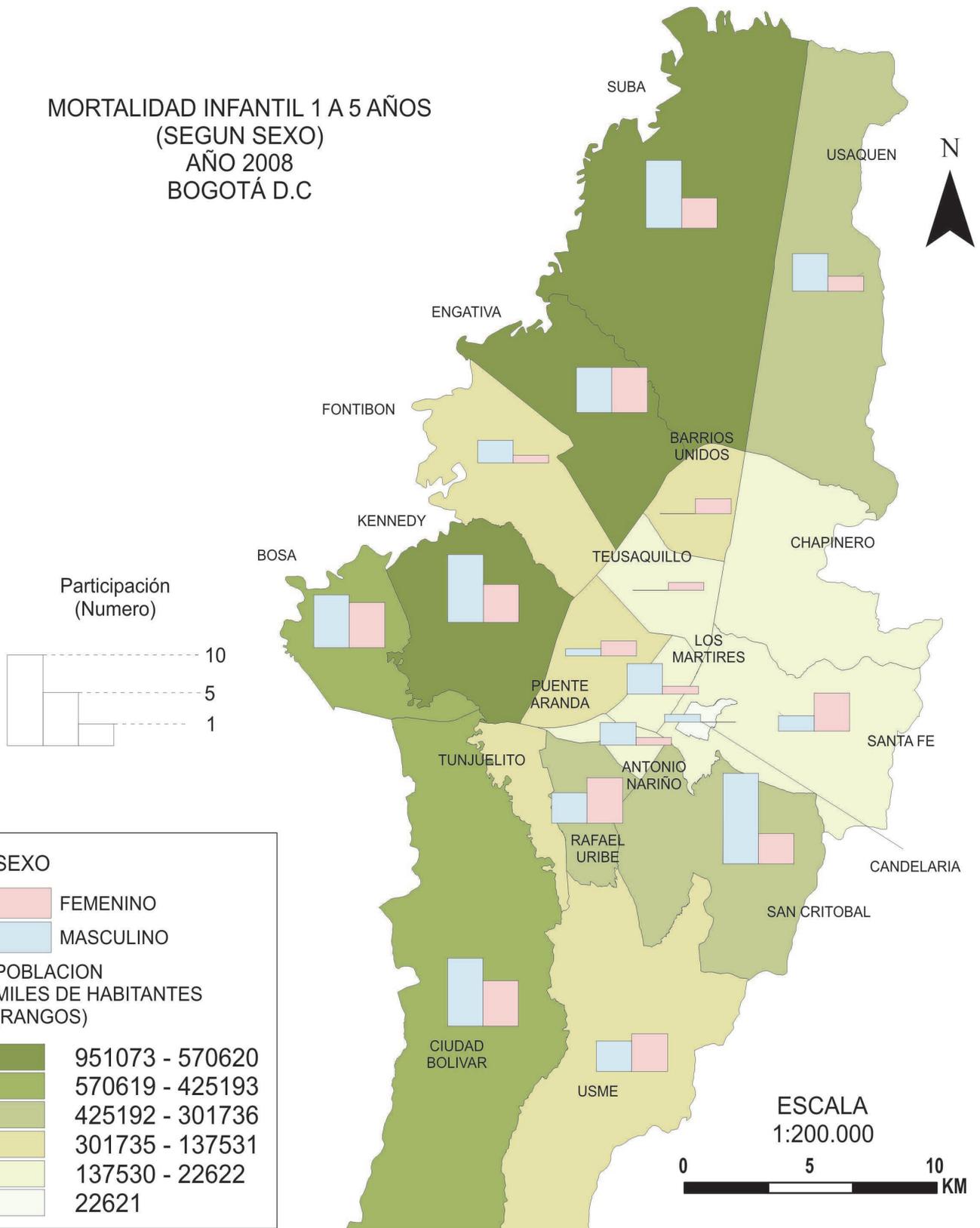
MORTALIDAD INFANTIL 1 A 5 AÑOS  
(REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C



ELABORO GEOGRAFO ANDRES CASTILLO



MORTALIDAD INFANTIL 1 A 5 AÑOS  
(SEGUN SEXO)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C

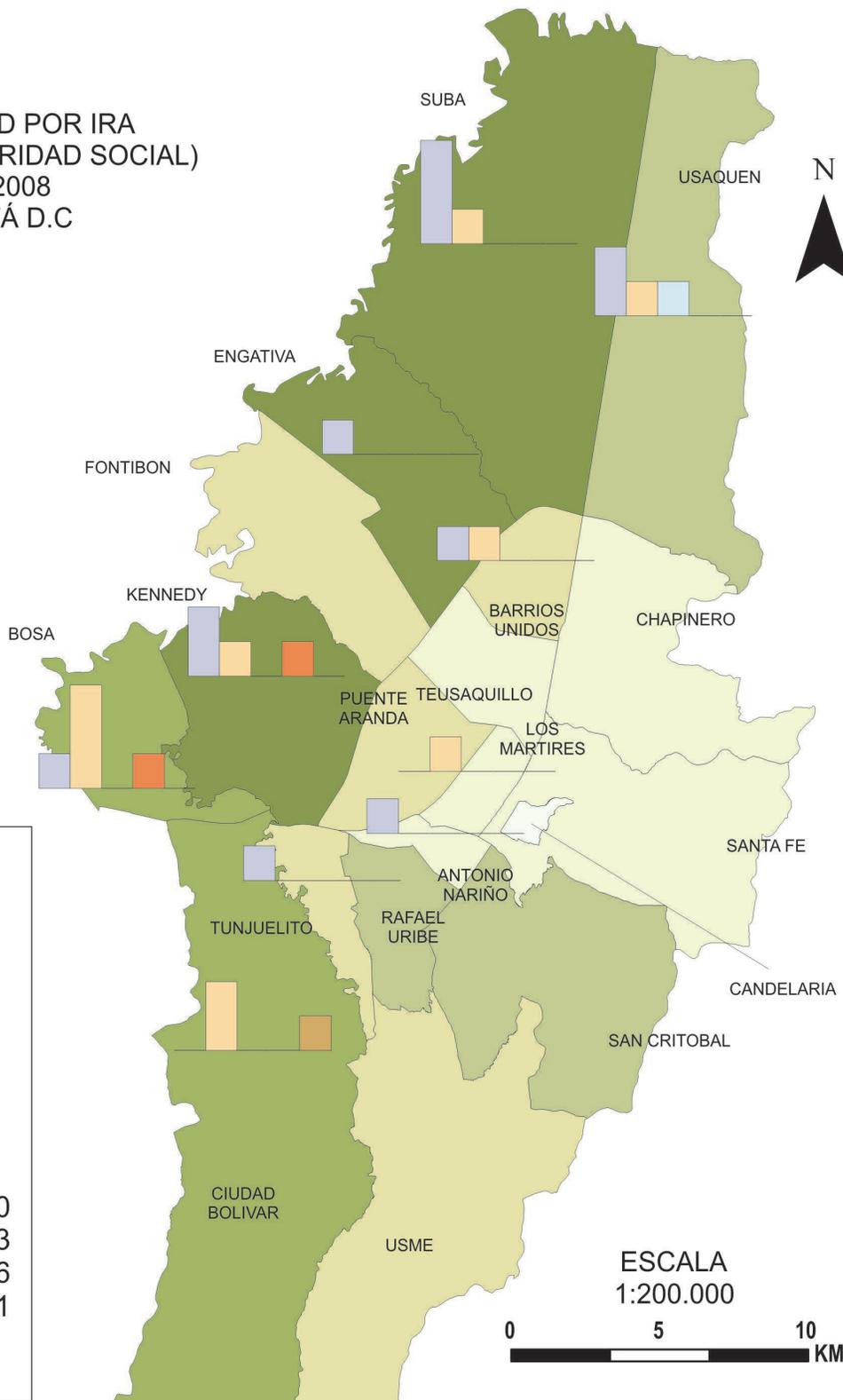
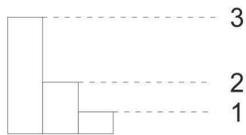




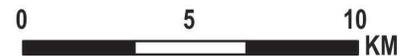
MORTALIDAD POR IRA  
(REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C



Participación  
(Numero)



ESCALA  
1:200.000



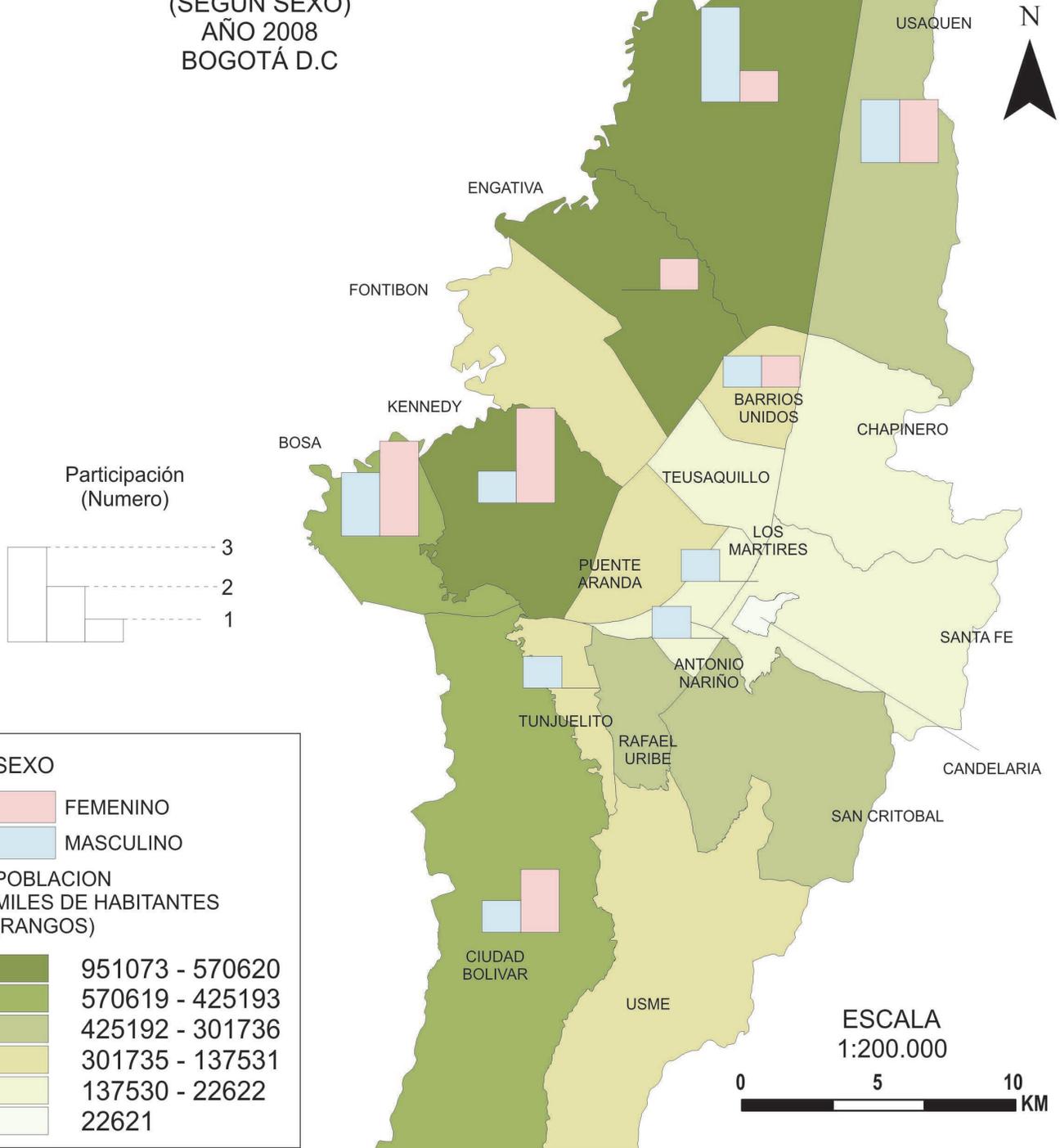
ELABORO  
GEOGRAFO ANDRES CASTILLO



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D. C.  
SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



MORTALIDAD POR IRA  
(SEGUN SEXO)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C



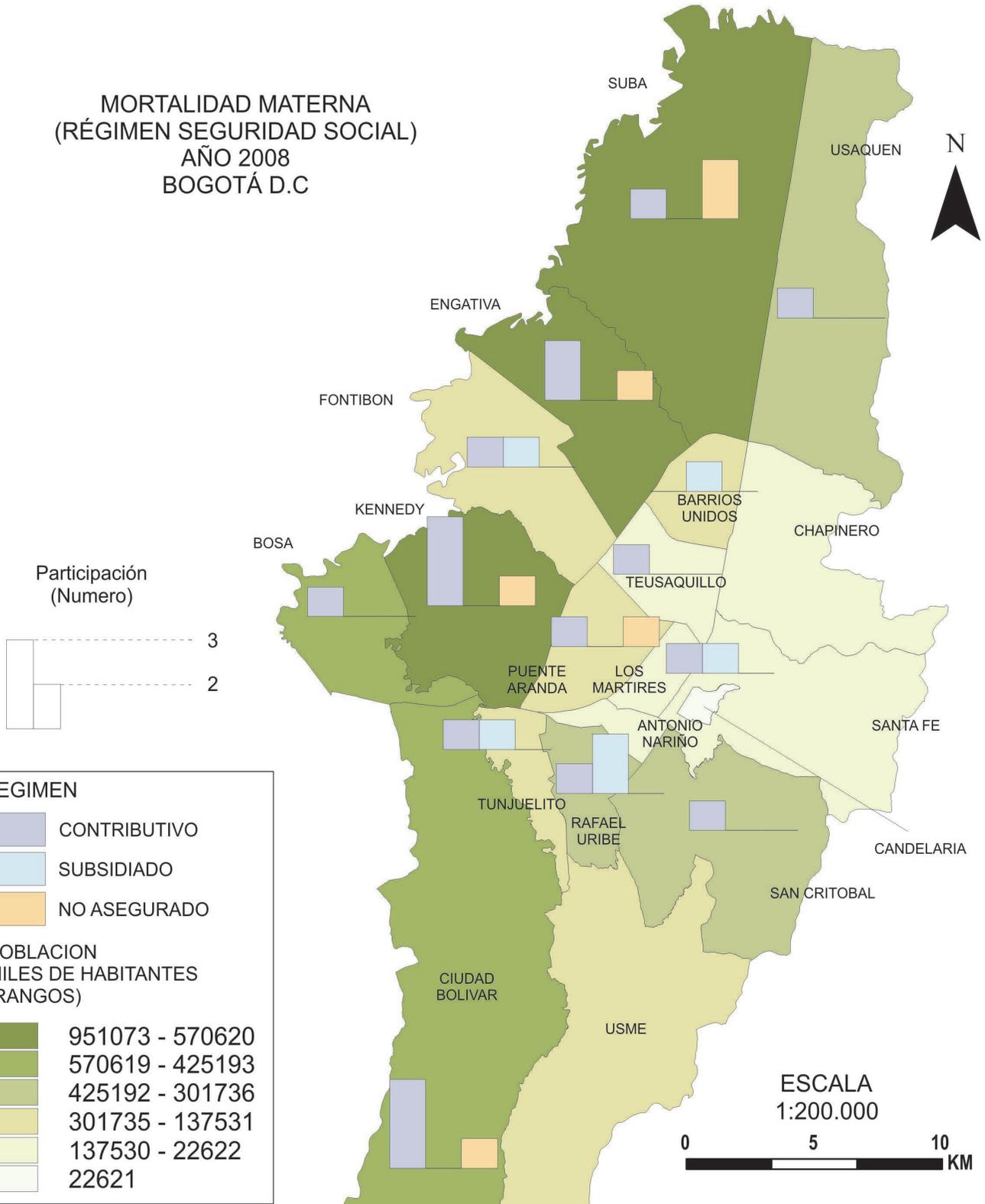
ELABORO  
GEOGRAFO ANDRES CASTILLO



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D. C.  
SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



MORTALIDAD MATERNA  
(RÉGIMEN SEGURIDAD SOCIAL)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C

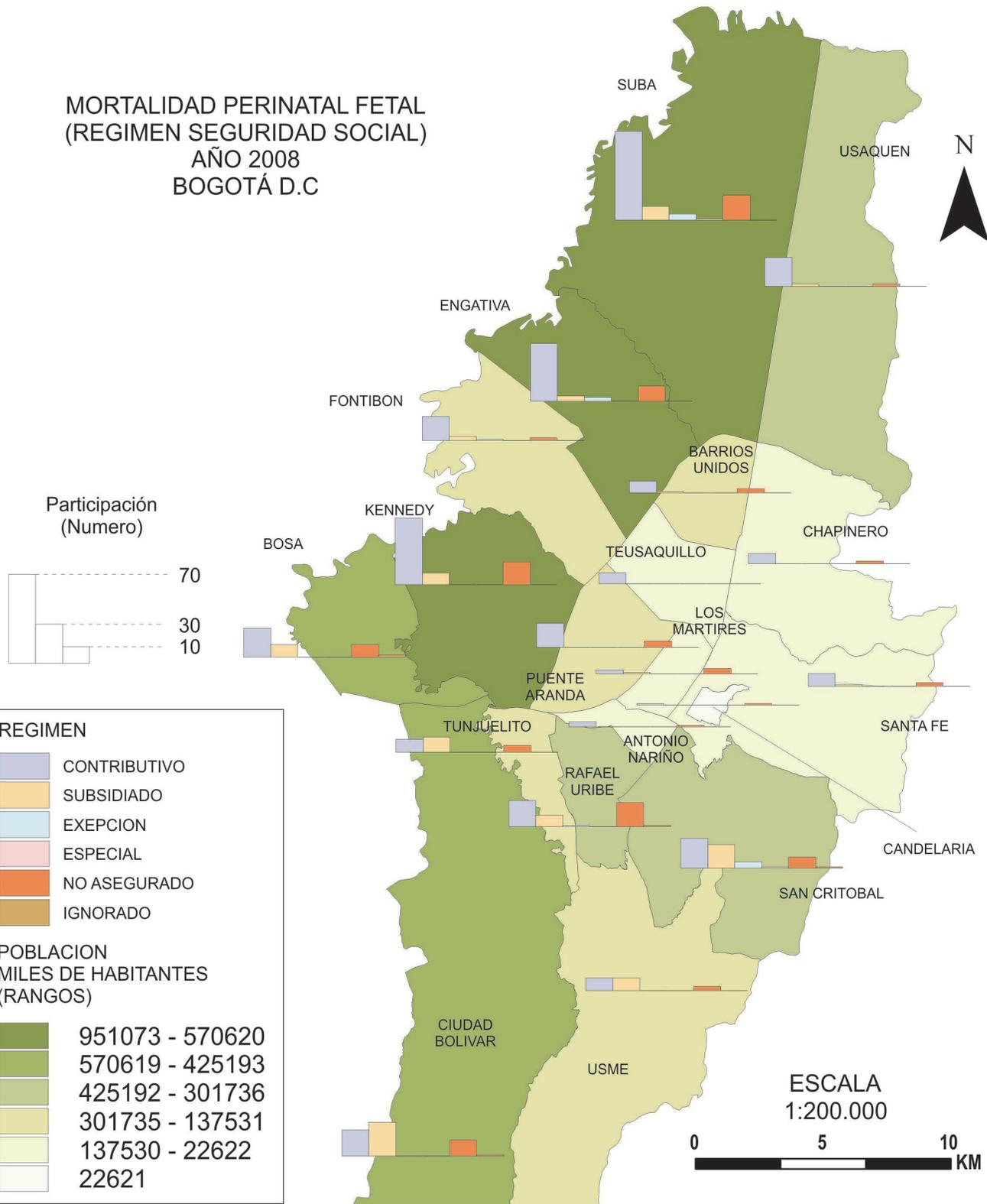




ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D. C.  
SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



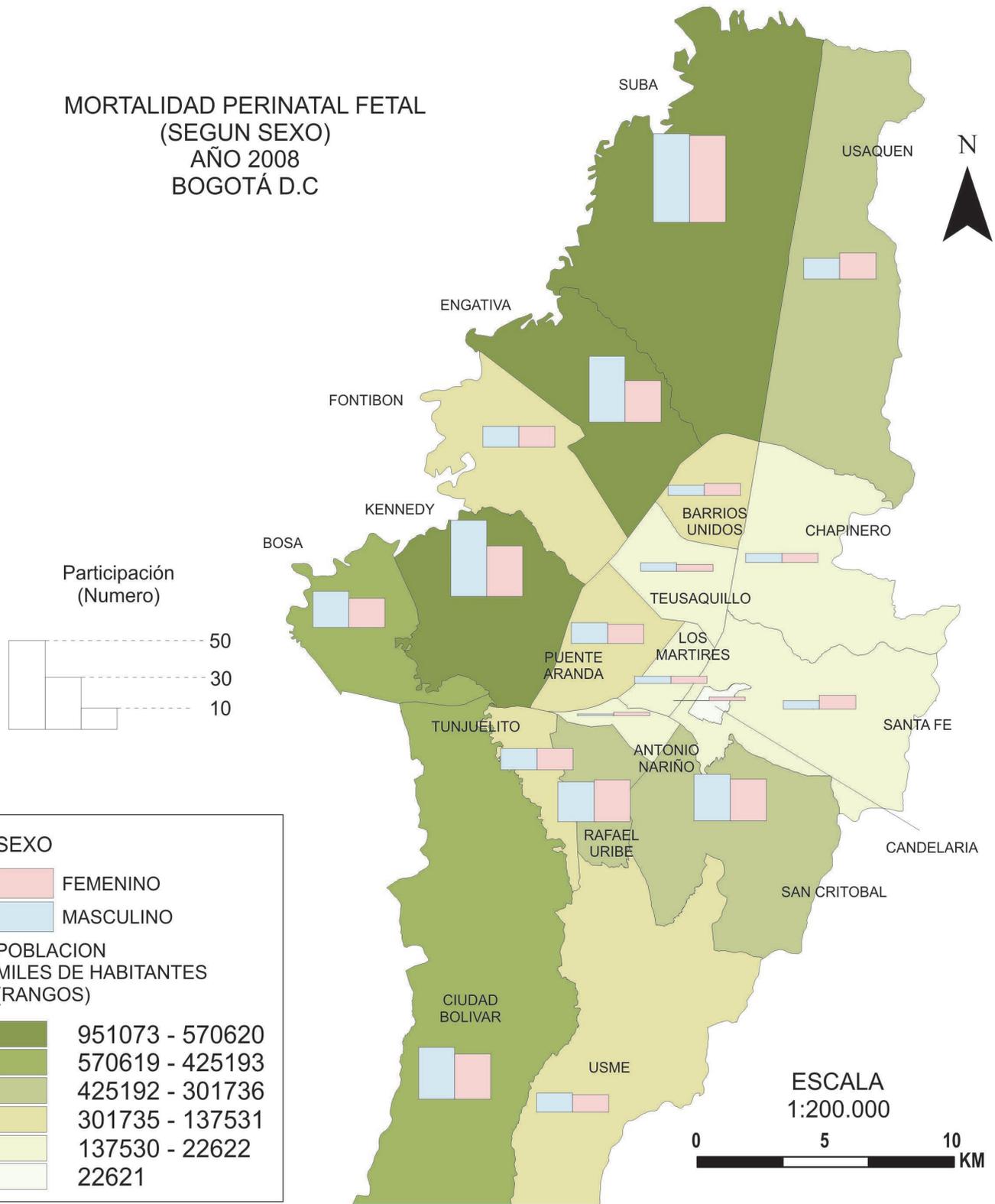
MORTALIDAD PERINATAL FETAL  
(REGIMEN SEGURIDAD SOCIAL)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C



ELABORO  
GEOGRAFO ANDRES CASTILLO



MORTALIDAD PERINATAL FETAL  
(SEGUN SEXO)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ D.C



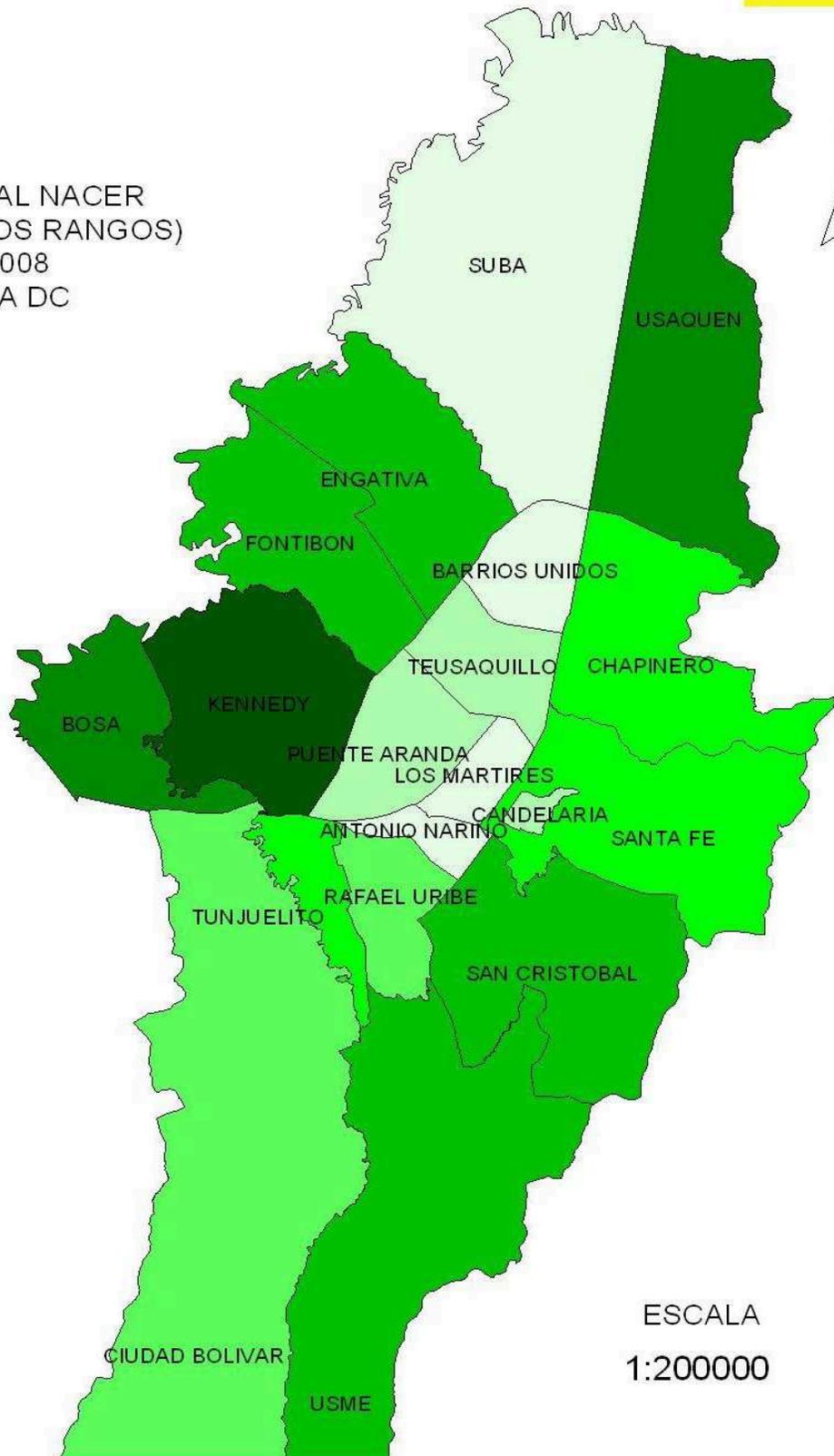
ELABORO  
GEOGRAFO ANDRES CASTILLO



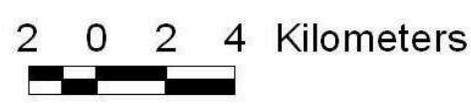
ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D. C.  
SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



BAJO PESO AL NACER  
(NUMERO CASOS RANGOS)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ DC



ESCALA  
1:200000

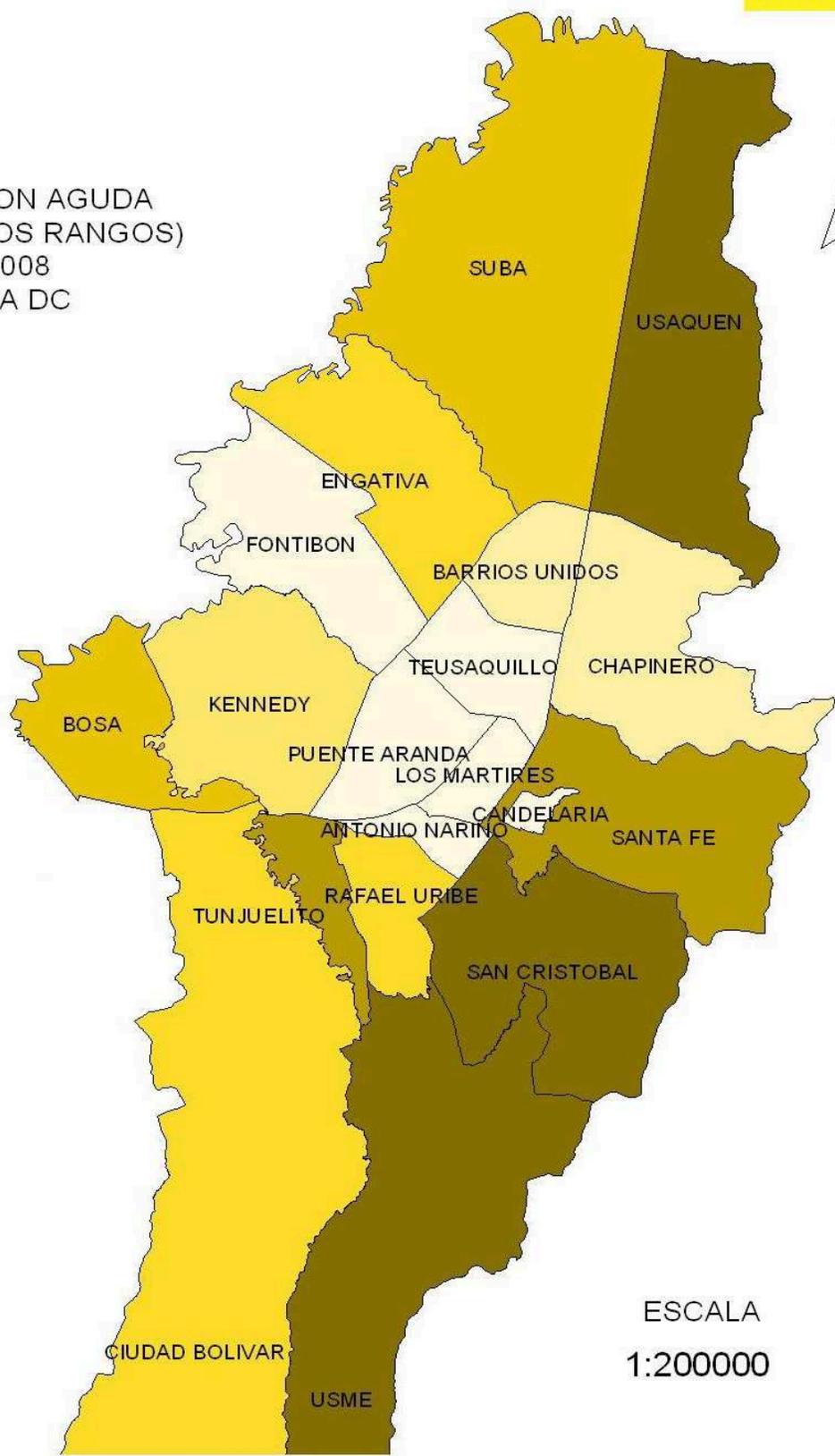
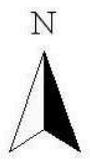




ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D. C.  
SECRETARIA DE  
SALUD DE BOGOTÁ



DESNUTRICION AGUDA  
(NUMERO CASOS RANGOS)  
AÑO 2008  
BOGOTÁ DC



RANGO (Numero)

147 - 467
110 - 146
60 - 109
30 - 59
21 - 29
14 - 20
8 - 13

ESCALA  
1:200000

