

ESTUDIO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL DISTRITO DE CALI. UNA
APROXIMACIÓN DESDE LA E.S.E DE SALUD DEL NORTE.

ELIZABETH PANAMEÑO PEREA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN,
MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS
SANTIAGO DE CALI

2021

ESTUDIO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL DISTRITO DE CALI. UNA
APROXIMACIÓN DESDE LA E.S.E DE SALUD DEL NORTE.

ELIZABETH PANAMEÑO PEREA

ESTUDIO ACADÉMICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: MAGÍSTER EN
POLÍTICAS PÚBLICAS

DIRECTORA:

MARÍA DEL CARMEN CASTRILLÓN

SOCIÓLOGA

DOCTORA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN,
MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS
SANTIAGO DE CALI

2021

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por el ser mi aliciente durante toda mi vida

A mi directora por su apoyo y orientación en este proceso

A la Universidad del Valle que me ha permitido contar con excelentes docentes que han contribuido en mi formación personal y profesional.

RESUMEN

El sistema de salud en Colombia ha sido objeto de cambios administrativos y normativos que han tenido un impacto en la ejecución de los programas de salud, los cuales son implementados por diversos actores del sistema con distintas racionalidades lo que complejiza que se avance hacia el goce de derechos.

A su vez, el sistema de salud tiene un reto, que es avanzar hacia la comprensión del cuidado de la salud, no solo como un tema biomédico, sino también social, porque en cada una de las acciones que se desarrolla, una IPS, es posible contribuir en el rompimiento de barreras e imaginarios socioculturales que no contribuyen, a la construcción de relaciones de igualdad.

Es precisamente, que este trabajo de maestría, se orientó hacia la comprensión de la ejecución del programa de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, en la ESE de Salud Norte. Para ello se construyeron 4 capítulos, el primer capítulo donde se esboza, el planteamiento del problema de estudio que contiene, la justificación, antecedentes, algunas de las normas tanto internacionales como nacionales que orientan los derechos de las mujeres, el objetivo general que es el análisis del programa de promoción y prevención de los servicios de salud sexual y reproductiva, y los objetivos específicos que se desarrollan en los capítulos tres y cuatro.

En el segundo capítulo se muestran los planteamientos teóricos de la gobernanza, el enfoque de género, y de salud sexual y reproductiva, los cuales, mediante la metodología cualitativa, y la utilización de técnicas como las entrevistas semiestructuradas, y la revisión documental como fuente principal, permitieron el desarrollo de hallazgos.

En el tercer capítulo, se analiza el primer objetivo específico, donde se realizó un acercamiento analítico descriptivo de los diversos actores institucionales, y de la sociedad civil, mostrando los roles administrativos de los actores que participan en la ejecución del programa, y una aproximación a la influencia de los mismos, en la operacionalización de los servicios.

En el capítulo cuarto, se muestra los hallazgos del segundo objetivo específico en el cual se identificaron las barreras de acceso, y los imaginarios sociales en los servicios que se prestan de salud sexual y reproductiva y que contribuyen al sostenimiento de las desigualdades de género. Finalmente, se realizó las conclusiones de los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos que orientaron, el estudio.

Palabras clave: Gobernanza, Género, Salud Sexual y Reproductiva, Administración pública.

INTRODUCCIÓN

La política pública nacional de salud sexual y reproductiva del año 2014-2021, se construye como parte de la actualización del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, su contenido es una política que se construye a partir de los avances que ha tenido Colombia en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y establece el cuidado de la salud de las mujeres como un problema de salud pública. Para esto contiene “10 objetivos que están orientados tres líneas operativas: 1) Promoción de la salud, 2) Gestión del riesgo en salud, 3) Gestión de la Salud Pública” (PNDSSR, p.61).

La política reconoce las condiciones históricas de desigualdad en que han vivido las mujeres y pretende disminuir dichas desigualdades a través de la garantía de una serie de servicios de salud orientados, a garantizar los derechos, y a mejorar las condiciones de vida de las mujeres necesarias para tener un ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. La política en su filosofía reconoce que es necesaria el ejercicio coordinado de los diversos sectores del sistema para que se gesten acciones que redunde en la calidad de vida de las mujeres, elemento importante para cuidado de la salud. Pero esta política se enmarca en una estructura global del sistema de salud colombiano que está determinado por decisiones político administrativas, y que tiene diversos problemas de orden estructural. a partir de la implementación de la ley 100, se introduce una serie de cambios en el sistema de salud de orden administrativo, financieros, y de prestación de los servicios. Los cuales estarían encaminados a fortalecer las instituciones de salud y aumentar el acceso. Pero los resultados no fueron los esperamos y hoy las instituciones de salud tienen como uno de los retos funcionar pese a las debilidades institucionales de diverso orden, lo complejo es que

estas impiden que los usuarios puedan acceder y que se incorpore el foque de género debido a la falta de voluntad política administrativa. Este estudio es un aporte que se continúen realizando estudios aportara mejorar la prestación de los servicios.

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO	1
1.1 Justificación	1
1.2 Antecedentes	2
1.3 Marco Normativo.....	6
1.4 Planteamiento del problema de estudio	8
1.5 Objetivo general y específicos	9
1.5.1 Objetivo General	10
CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS PARA EL ANÁLISIS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
2.1 Estado del arte.....	11
2.2 Aspectos teóricos	20
2.2.1Gobernanza.....	21
2.2.2. Gobernanza de Redes	23
2.2.3 Género.....	24
2.2.4 Salud Sexual y Reproductiva.....	27
2.3. Metodología.....	27
2.3.1 Técnicas e instrumentos de recolección de la información	29

CAPÍTULO 3. DESCRIPCIÓN DE LOS ACTORES INSTITUCIONALES..32

3.1 Contexto socio normativo de las políticas de salud.....	32
3.2 Panorama de la globalización en la salud sexual y reproductiva.....	37
3.4. Mirada a lo administrativo	43
3.5 Servicios de Salud de la ESE de Salud Norte	44
3.6 Coordinación sectorial	45

CAPÍTULO 4. BARRERAS DE ACCESO E IMAGINARIOS DE GÉNERO

EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA..... 47

4.1 Caracterización de la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Cali	47
4.2 Condiciones socioeconómicas	48
4.3 Enfermedades del sistema reproductivo	51
4.4. Servicios de promoción y prevención.....	52
4.4.1. Programas que se prestan en las IPS	53
4.4.2 Programa de servicios amigables	53
4.5. Barreras de acceso	55
4.6 Imaginarios de género de los servicios de promoción y prevención	56
4.6.1 Programa: Disminución de la tasa de morbilidad materna	57
4.6.2 Programa de cáncer de mama.....	58
4.7 Garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva	59

4.7.1 Conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos	59
4.7.2 Cualificación del personal de salud.....	60
5. CONCLUSIONES	62
6. RECOMENDACIONES	
7. BIBLIOGRAFIA	66
8. ANEXOS.	72

LISTAS DE TABLAS

Tabla 1: Categorías de estudio: Gobernanza, Género, Salud Sexual y Reproductiva.

Tabla 2 Documentos Consultados

Tabla 3 Sujetos entrevistados

Tabla 4 Planes de SSR, nacional, departamental y municipal

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 Estructura de promoción y prevención de la ESE Norte

Diagrama 2 Estructura de promoción y prevención de la ESE Norte

Diagrama 3 Actores institucionales que ejecutan el programa de salud sexual y reproductiva en la ESE NORTE

Diagrama 4 Servicios Oferta de Servicios de la Red de salud del Norte

Diagrama 5: Servicios Amigables.

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Población Desocupada

Gráfica: 2 Enfermedades de Transmisión Sexual

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1 Folleto de panificación Familiar

Imagen 2 Jornada de descentralizada de Salud Sexual y reproductiva

Imagen 3: Folletos Conmemoración día del cáncer de mama

CAPÍTULO 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

1.1 Justificación

Numerosos estudios se han desarrollado sobre el tema de salud sexual y reproductiva, pero son pocas las investigaciones en la administración pública y, menos aún, que hagan una ruptura con la concepción biomédica.

Por su parte, la política de salud sexual y reproductiva ha sido tema de continuos debates porque toca aspectos políticos, religiosos, sociales y económicos, que giran en torno al derecho y la autonomía de la mujer en las decisiones que la afectan. Por lo tanto, ha habido una lucha permanente en búsqueda de autonomía y de participación en la construcción de políticas públicas que permitan transformar las relaciones históricas de desigualdad.

En este sentido, cobra relevancia analizar los programas dirigidos a la población femenina que, en Santiago de Cali, de acuerdo con el censo del 2018 del DANE, representa el 51.2% de la población. Por lo tanto, es pertinente desarrollar estudios de programas dirigidos a esta población.

A pesar de que las políticas públicas llevan consigo una construcción de sujeto y de realidad que se visibiliza en las intervenciones públicas, el análisis de los servicios de salud sexual y reproductiva prestados por la ESE de Salud Norte contribuirá en la identificación de aspectos a mejorar y/o fortalecer del programa, demostrando que los servicios de salud trascienden la atención de la enfermedad y pueden influir en la transformación de las relaciones de género. Por ende, en el mejoramiento de los servicios prestados.

1.2 Antecedentes

Los derechos sexuales y reproductivos como tema de interés público se dan en un contexto histórico con profundos cambios a nivel mundial en torno a factores económicos, sociales y políticos. Un ejemplo de esto son las mujeres que, después de sucesivas movilizaciones colectivas e individuales, lograron ser reconocidas como ciudadanas en Colombia en el año 1953.

En América Latina, los programas de salud sexual y reproductiva iniciaron en los años 60 y 70 con la política económica expansionista de Estados Unidos. Política encaminada a sostener su hegemonía y contrarrestar los efectos de la revolución cubana (1959), que marcaría la historia de los países latinoamericanos (Schoijet, 2007, p.5).

Muchos percibían a la revolución cubana como:

(...) un foco de expansión del mal del comunismo, que supondría el cuestionamiento del orden social, la tenencia de la tierra, de los medios de producción y las formas de gobierno, el discurso comunista sería adoptado por grupos de trabajadores entre ellos/as, las mujeres”. (Schoijet, 2007, p.4)

De esta forma, se inició la guerra fría como estrategia política de Estados Unidos, que cooptó un grupo de países latinoamericanos, entre ellos Colombia, para que apoyaran la lucha contra el comunismo. Así, el presidente Alberto Llergas Camargo firmó y adoptó la política Alianza por el Progreso (Schoijet, 2007, p.4).

Acoger la política implicaba la ejecución de una serie de programas, y reformas sociales y económicas para los Estados. Estas fueron aplicadas después de la cumbre del consejo de poblaciones donde se planteó la necesidad de controlar la natalidad con base en los planteamientos de Malthus y sus estudios demográficos. Este planteaba que los países

del hemisferio sur, para lograr el desarrollo, debían controlar el crecimiento de la natalidad ya que era un obstáculo para el progreso económico. Así comenzaron los distintos programas de salud para la planificación familiar (Chávez, 2014, p.3).

Con lo anterior, hubo una serie de cambios en las facultades de medicina del país, financiados por organismos internacionales como la “Organización Panamericana de la Salud, el Memorial Milkbank Fundó de Nueva York. Fundación Rockefeller, la Internacional Planned Parenthood Asociación, y la Fundación Kellogg”. La ciencia médica empezó a pensarse el tema de la planificación familiar en Colombia (Chávez, 2014, p.5).

La salud sexual y reproductiva es un tema que atraviesa discusiones en términos biológicos, religiosos, sociales y políticos, que implican cambios en las tradiciones socioculturales de los conceptos de familia, matrimonio y cuerpo de la mujer, entre otros. De ahí que se generen pugnas de poder entre los diversos actores por imponer su ideología.

Por consiguiente, en medio de la polarización y los debates alrededor del tema, en 1969, “se crea un plan de desarrollo que incluyó un conjunto de propuestas para la planificación familiar dentro de los programas de salud materna e infantil, pero sin especificar objetivos demográficos” (Ojeda, 1991, citado por Chávez, p.6).

“En la década de 1960, una institución privada se encargó de desarrollar los programas de planificación familiar: la Asociación Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA), dirigida a familias con escasos recursos económicos” (Chávez, 2014, p.5)

Aunado a esto, la Constitución Política de 1991 sentó las bases para el cambio de paradigma respecto a los derechos de las mujeres en el país, y abrió la oportunidad de participación de los movimientos sociales de mujeres en el entorno sociopolítico.

Desde ese momento, gracias a la lucha que empezaron a desarrollar los movimientos de mujeres, se tuvo una influencia en las decisiones estatales para proteger los

derechos sexuales y reproductivos de las mujeres biológicas y no biológicas. En ese sentido, se construyó la política de salud sexual y reproductiva de 2003-2007, que fue modificada por la política pública de 2014 al 2021.

Principios que orientan la política pública de 2014:

 La sexualidad es una condición humana:

Implica entender la sexualidad como condición prioritaria para el desarrollo humano y que, por lo tanto, debe ser liberada de carga moral y observarse desde el punto de vista de los derechos y el respeto por las personas.

 Igualdad y equidad:

Se desarrollan como principios a partir de la igualdad reconocida como cualidad primordial de las personas.

 Diversidad y no discriminación:

Cada persona es diferente y, por lo tanto, cuenta con una identidad íntimamente vinculada con la dignidad humana.

 Diferenciación entre sexualidad y reproducción:

La sexualidad y la reproducción son dos realidades y conceptos que, aunque están muy ligados, representan dos ámbitos diferentes en la vida humana.

 Libertad sexual y libertad reproductiva:

Este principio afirma la independencia entre sexualidad y reproducción, desde la autodeterminación sexual y la autodeterminación reproductiva, cuyo núcleo de realización es la anticoncepción y cuya expresión más formal es el respeto a la dignidad humana.

Vinculación entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos y el marco normativo:

Las disposiciones legales, interpretadas a la luz del contexto o caso concreto, y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las otras personas. Además, plantea los siguientes objetivos:

Objetivos generales

- ❖ Esta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad, no solo orientada por la necesidad de prevención del riesgo de enfermar; a fin de contribuir a que la ciudadanía alcance el más alto estándar de salud sexual, salud reproductiva, bienestar físico, mental y social, como de desarrollo humano, a partir de acciones que promuevan el ejercicio autónomo de estos derechos para todas y todos.(PPSSR, 2014,p. 66)
- ❖ Desarrollar los mecanismos para la gestión política de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; así como la socialización, divulgación, apropiación e interiorización de los contenidos de esta Política en los Planes de Desarrollo Territoriales, de acuerdo con la metodología PASE a la Equidad en los niveles territoriales y con los agentes del SGSSS.
- ❖ Asistir técnicamente a los territorios y demás agentes del SGSSS en los procesos de adaptación e implementación de la PNSDSDR, según las prioridades establecidas y los diversos contextos territoriales definidos.

- ❖ Fortalecer los modelos de gestión, seguimiento, evaluación y control a los avances en la implementación y logro de los objetivos propuestos en la política, a través de los datos recolectados por el Sistema de Información de la Protección Social. (SISPRO) (PPSSR, 2014)

La política pública se apoyará, para su implementación, en el enfoque de derechos, enfoque de género, enfoque diferencial, enfoque de ciclo de vida, enfoque poblacional y el modelo de determinantes sociales de la salud.

1.3 Marco Normativo

A continuación, se presenta los aspectos jurídicos más importantes de algunas de las normas que regulan la política pública de Salud Sexual y Reproductiva.

	Tipo de fuente documental	Descripción
Nivel Internacional	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer	“A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”. (CEDAW,1979)
	Convención Belén do Para	“Reconoce que la adopción de una convención para prevenir, sancionar y erradicar toda forma de violencia contra la mujer, en el ámbito de la Organización de los Estados Americanos, constituye una positiva contribución para proteger los derechos de la mujer y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarlas”. (Belén do Para,1994).

	Tipo de fuente documental	Descripción
Nivel Internacional	1998 estatuto de Roma	Normas internacionales que reconocen la violencia sexual en el marco del conflicto como crímenes de guerra. (Estatuto de Roma,1998)
	Las conferencias mundiales sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y de la Mujer, de Beijing (1995).	“Constituyen el enclave en el que se afirman los derechos sexuales y reproductivos”. (Conferencia,1995).
Nivel Nacional	Constitución de 1991	Reconoce los principios de igual, y no discriminación, que permiten el reconocimiento de todas las normas de protección de los derechos de las mujeres. (CP,1991)
	Ley 1257 de 2008	Establece medidas para garantizar el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado (Ley 1257,2008).
	Ley 823 de 2003	Tiene como propósito establecer el marco institucional, y orientar las políticas del gobierno para garantizar la equidad y la igualdad de oportunidades de las mujeres en los ámbitos públicos y privados (Ley 823,2003).
	Decreto 2968 de 2010	Mediante el cual se reglamenta la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Decreto 2968, 2010)
	Sentencia T-025 de 2004	Aborda, el problema del desplazamiento como una violación máxima y sistemática DDHH (Sentencia T-025, 2004).
	Auto 092 de 2008	Realizó seguimiento, a las órdenes dadas en la sentencia T-025 en materia de la protección de los derechos fundamentales de las mujeres en situación de desplazamiento (Auto 092,2008).

	Tipo de fuente documental	Descripción
	CONPES 3784	Establece programas y proyectos para la prevención de riesgos protección y garantías de derechos de las mujeres víctimas del conflicto (CONPES, 3784).
	CONPES 161 de 2013	Se define acciones intersectoriales para el ejercicio de los derechos de las mujeres. Cada una de estas normas han sido la base para el gobierno colombiano con el apoyo de los organismos multilaterales consoliden la política pública en favor de los derechos de las mujeres. (CONPES 161, 2013)

1.4 Planteamiento del problema de estudio

La salud sexual y reproductiva se convierte en tema de interés público en la década de los 70, en el marco del desarrollo de conferencias mundiales y luchas de movimientos sociales de mujeres por el reconocimiento de los derechos.

Desde entonces, organismos internacionales como la Organización Mundial de la salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han apoyado técnica y económicamente a los Estados en la construcción de políticas ligadas a mejorar el acceso de las mujeres al cuidado de la salud sexual y reproductiva.

En Colombia, las mujeres son una de las poblaciones más afectadas por las dinámicas de pobreza, conflicto armado y desigualdad, elementos que profundizan su condición de vulnerabilidad y limitan la exigencia de derechos, en especial cuando se encuentran en situación de desplazamiento forzado. De acuerdo con datos presentados en el

informe de la defensoría del pueblo, 39% de las familias están dirigidas por mujeres. De estas, el 14.6% no cuentan con educación. Esto evidencia que el desplazamiento forzado profundiza las condiciones de desigualdad histórica de las mujeres.

En este sentido, la Corte Constitucional, en la “sentencia T:025, en el Principio 19, relativo al derecho a la salud, puntualiza la obligación del Estado de prestar especial atención a las necesidades de salud de las mujeres”. (Sentencia, T025/04,2004) Pero estas medidas normativas no se cumplen a cabalidad por diversas situaciones. Entre ellas; en primer lugar, “el desconocimiento de los derechos provoca que no se soliciten los servicios de SSR”. En segundo lugar, la falta de servicios que, desde lo institucional, reconozcan las particularidades poblacionales, configurando las barreras de acceso.

Aunado a esto, las desigualdades de género que se enmarcan en relaciones de subordinación y no permiten que las mujeres cuenten con la autonomía suficiente para construir relaciones democráticas en el ámbito público y privado.

Igualmente, en el informe del estado de la población mundial, UNFPA reconoce que “la desigualdad de género institucionalizada, también, puede manifestarse a través de servicios de atención de salud no adecuados”. (UNFPA, 2018, p. 125). Por lo anterior, este estudio pretende aportar al mejoramiento de los programas de salud sexual y reproductiva, a través del siguiente interrogante ¿Cómo se implementa el programa de promoción y prevención de salud sexual y productiva en la Red de Salud Norte durante los años 2018 hasta 2020, en el distrito de Santiago de Cali?, por medio de los siguientes objetivos: 1. Describir las instituciones involucradas y su relacionamiento, en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de la ESE de Salud Norte. 2. Identificar las barreras de acceso, y los imaginarios de género, en los servicios de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva de la ESE de Salud Norte.

.5 Objetivo general y específico

1.5.1 Objetivo General

Analizar los servicios de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva en la ESE de Salud Norte durante los años 2018, hasta 2020 en el distrito de Santiago de Cali.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir las instituciones involucradas y su relacionamiento, en la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva por parte de la ESE de Salud Norte.
- Identificar las barreras de acceso, y los imaginarios de género, en los servicios de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva de la ESE de Salud Norte.

CAPÍTULO 2. PLANTEAMIENTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS PARA EL ANÁLISIS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Estado del arte

Existe abundante literatura de estudios que se han desarrollado en el tema de salud sexual y reproductiva desde el ámbito académico, pero —con el propósito de acotar la búsqueda— se citaron estudios desarrollados por estudiantes de posgrado y artículos académicos de algunas universidades del país publicados durante los últimos 6 años, bajo los siguientes parámetros:

Análisis de la política pública de salud sexual y reproductiva.

Políticas públicas y gobernanza.

Salud sexual y reproductiva en mujeres.

Salud sexual y reproductiva.

A partir de estos criterios de búsqueda, se encontraron los siguientes textos:

En 2019, María Alejandra Rubio Rojas, en su tesis de maestría, desarrolló un “Análisis de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Ejercer la autonomía al practicar la anticoncepción: apuestas, barreras y retos”. En este estudio, se analizaron los valores, los discursos que la orientan y la correlación de fuerzas en el proceso de toma de decisiones en la construcción de la política.

La metodología utilizada fue de tipo cualitativo con alcance descriptivo. Los instrumentos de recolección de información fueron entrevistas a expertos de las instituciones que implementaban la política pública.

Desde lo teórico, hay una ruptura con la concepción biomédica y un acercamiento a la antropológica y de derechos. Asume posturas teóricas de autores como Didier, Fassin y

Foucault, quienes permiten comprender la construcción del sujeto desde la acción pública y cómo dichas intervenciones responden a diversos intereses en la arena política, que se enmarcan en contextos globales e inciden en la toma de decisiones de los Estados para resolver los problemas públicos (Rojas, 2019, p.95).

Describe elementos que, desde mi estudio, considero importantes en tanto permiten comprender aspectos como la autonomía, la identidad, el derecho y los imaginarios alrededor del cuerpo construidos socioculturalmente.

Este estudio me permitió comprender que es necesario continuar profundizando aspectos como el enfoque de género y lo étnico en la implementación puesto que, si bien se toca el tema, se hace más desde la comprensión de los discursos.

En el 2018, Diógenes Silva, en su tesis de maestría, desarrolla un “Análisis de la Política Pública de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en su fase de reformulación, en el 2013”.

Realiza un “análisis institucional de la actualización de la política pública de salud sexual y reproductiva del 2013, mediante una investigación exploratoria expost, desde el enfoque neo institucionalista y de las ciencias políticas como enfoque secundario con base, en fuentes primarias, y secundarias” (Diógenes, 2018, p.18).

En relación, a la metodología elabora un estudio cualitativo, y utiliza técnicas de recolección de información como la entrevista semiestructurada y el análisis documental.

En los hallazgos de este estudio, considera:

En el momento de la implementación de las políticas públicas, de la cooperación y de la coordinación entre instituciones están presentes barreras y dificultades debido a competencias de poder, desconocimiento de sus responsabilidades, diferencias en

intereses cuando el interés de beneficiar a toda la población debería ser el común denominador. (Diógenes, 2018, p.169)

En 2018, De Los Santos, P. V., & Reyes, D. D. J. Escribieron un artículo sobre “Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva para adultos mayores en México y Colombia”. La metodología se basa en un análisis comparado de datos cualitativos de la información recolectada de diversos documentos de México y Colombia, usando el enfoque teórico de política comparada longitudinal.

Los hallazgos plantean que Colombia ha tenido mayores avances en materia de atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adultos mayores desde los planteamientos de Morales citado por De Los Santos, P. V., & Reyes, D. D. J.

Al plantear la perspectiva de derechos, el cual otorgo a través de la intervención pública, la libertad a los individuos para autodeterminar sus proyectos de vida en el área de la sexualidad, el cual se tradujo en acciones sustantivas la inclusión de los adultos mayores en la atención de su sexualidad. (De Los Santos, P. V., & Reyes, D. D. J 2017, p. 17)

En contraste con México, “en donde el derecho, a la salud sexual y reproductiva no es atendido como un problema público, se considera un asunto privado, por ende, no hay programas claramente orientados a atender las necesidades de esta población” (De Los Santos, P. V., & Reyes, D. D. J 2017, p. 19).

Desde este marco, el estudio muestra el panorama latinoamericano que, si bien los países responden a tratados internacionales, difieren en las formas de intervención en materia de salud sexual y reproductiva, porque dependiendo del entorno sociopolítico, y las pugnas de poder entre los diversos actores sociales serán las acciones que se desarrollen.

En 2017, Yulieth Echavarría Villegas realizó un “Análisis de caso del Acuerdo de Voluntades sostenido entre la Secretaría de las Mujeres de la Alcaldía de Medellín y la Corporación para la Vida Mujeres que Crean entre el año 2009 y 2011”.

La metodología es mixta en la medida en que utiliza instrumentos de recolección de información cualitativos y cuantitativos mediante las técnicas de entrevistas semiestructuradas, y análisis documental de los presupuestos y proyectos priorizados por el programa.

El análisis de los datos obtenidos se realiza desde el enfoque de la gobernanza democrática y del enfoque de género. Dentro de sus principales hallazgos, en primer lugar, se destaca que este enfoque permitió “comprender el desarrollo de los procesos administrativos de lo público en el marco de acuerdos de implementación con organizaciones de la sociedad civil” (Echavarría, 2017, p.56).

En segundo lugar, el establecimiento de acuerdos político-administrativos permitió el reconocimiento del otro, y el establecimiento de acuerdos hacia la construcción de objetivos comunes para alcanzar los resultados planteados en el programa (Echavarría, 2017 p.120).

así mismo, contribuyó en la cualificación de los funcionarios, el mejoramiento de las relaciones con los ciudadanos y el cumplimiento de metas de otras políticas públicas (Echavarría, 2017).

En 2016, Diana Xiomara Álvarez, en su tesis de maestría desarrolló el “Análisis de la Política de Salud Sexual y Reproductiva frente al Embarazo en Adolescentes”. Este estudio realiza un análisis cuantitativo y descriptivo de los indicadores de implementación de la política de salud sexual y reproductiva con énfasis en el embarazo en adolescentes y, basado en esto, construye el marco conceptual para analizar los indicadores.

El análisis se centra en aspectos ligados a la salud. Demuestra la importancia de la actuación de la triada familia, sociedad y Estado para la disminución del índice de embarazo en adolescentes. Además, estudia los factores que aumentan el nivel de vulnerabilidad ante un posible embarazo y muestra la necesidad de la coordinación a nivel estatal, comunitario, escolar, familiar, dadas las consecuencias físicas y biológicas del embarazo, y los riesgos que representa para los adolescentes (Álvarez, 2016, p. 105).

En 2015, Camilo Herrera Noreña et al. escriben un artículo titulado. “Inequidad en la Utilización de Servicios de Salud Reproductiva en Colombia en Mujeres Indígenas y Afrodescendientes”.

La metodología es un estudio cuantitativo, se realiza un análisis estadístico de la encuesta nacional de demografía de 2010. Exploraron la distribución de las variables en la totalidad de la muestra, y por grupos de comparación, con tablas de frecuencia, incluyendo intervalos del 95% de confianza (IC95%), y medidas de tendencia central y de dispersión. Mediante un modelo de regresión logística ordinal. (Herrera et al., 2015, p. 4)

Respecto a los resultados, destaca que el 97% de las mujeres incluidas en el estudio se realizó al menos un control prenatal. Al comparar entre los grupos el porcentaje fue menor en las mujeres indígenas, 90,8%. Considera que existen inequidades en materia de acceso a la salud sexual y reproductiva en los grupos étnicos ligados, a condiciones de exclusión y pobreza histórica (Herrera et al., 2015, p. 8).

Así mismo, indaga sobre los motivos de la no atención institucional del parto, los más frecuentes fueron la lejanía (38,3%); los costos del transporte (19%); y la desconfianza en los médicos (8,2%), además de enfrentarse a un tripe victimización

por su condición de género, étnica y pobreza que complejizan las relaciones sociales de quienes están en el margen con el Estado. (Herrera et al., 2015, p. 11)

En 2015, Rodríguez-Vargas, F. A., & Molina-Berrio, D. P. escriben un artículo sobre los “Elementos del Contexto que intervienen en el Desarrollo de las Políticas Públicas de Salud Sexual y Salud Reproductiva elaboradas entre el 2003 y el 2013”.

Metodológicamente, se trata de un estudio cualitativo con un enfoque hermenéutico, donde se usó el análisis documental y la entrevista semiestructurada como técnicas de recolección de información.

Los resultados del estudio evidencian que los municipios no tienen políticas públicas propias en SSR desarrolladas, sin embargo, procuran adaptar la política nacional de SSR bajo el esquema de proyectos en el plan de desarrollo municipal. Menciona que hay una débil participación de la población en el seguimiento, construcción y evaluación de esta, además que es necesario fortalecer administrativamente, a los municipios para atender los temas de SSR, con un enfoque diferente a la atención de la enfermedad. (Rodríguez-Vargas, F. A., & Molina-Berrio, D. P, p.19)

En 2014, Martha Lucía Ortúa de la Pava realizó una investigación sobre “Gobernanza local con transversalidad de género en el consejo comunitario la Plata - Bahía Málaga, Pacífico Colombiano”. Esta investigación se realiza desde el enfoque de la gobernanza y se transversaliza el enfoque de género en las formas de organización colectiva.

La metodología se construye desde el enfoque cualitativo y el método que se utilizó fue un estudio de caso en el territorio colectivo del consejo comunitario La Plata.

Los aportes del estudio son los siguientes:

Primero, las formas de organización propias que tiene la comunidad sustentada en el marco de normas, que reconoce los derechos territoriales les ha permitido tener cierto nivel de interlocución con otros actores públicos y privados, pero son relaciones débiles en tanto aún no hay claridad frente, a como se desarrollan estas relaciones, y esto no les ha permitido tener mayores avances en las estrategias de planeación y desarrollo (Ortúa, 2014, p.48).

Aunado a esto, considera que “la participación de las mujeres es muy baja, y no trasciende en la transformación de las relaciones de poder, puesto que continúan en los espacios tradicionalmente establecidos para las mujeres” (Ortúa, 2014, p. 65). Propone que la participación en las organizaciones étnico-territoriales debe estar soportada normativamente por leyes como la de la mujer rural, pero con el apoyo del Estado para materializar la norma (Ortúa, 2014, p. 65).

En 2015, Paula Andrea Hoyos Hernández *et al.* escribieron un artículo titulado “La enseñanza de la salud pública y la educación en salud sexual y reproductiva en zonas marginadas de Cali”.

Como estrategia metodológica realizan un análisis de caso basado en “las experiencias de los estudiantes de medicina que trabajaron con adolescentes sobre salud sexual y reproductiva en los barrios del Jarillón, y otros sectores marginados de Cali”. Este estudio arroja los siguientes resultados.

Primero, consideran que es importante que los profesionales de la salud comprendan al ser humano en sus complejidades socioculturales, que inciden en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Segundo se establece que la salud sexual y reproductiva, está cargado de muchos aspectos socioculturales que inciden en el ejercicio de la planificación familiar, el poder brindar un acompañamiento desde

una estrategia de pares permite develarlos, dialogarlos y aclarar inquietudes al respecto. (Hoyos et al., 2015, p.5)

También plantean que es necesario que los profesionales de la salud sean personas empáticas capaces de comprender el contexto sociocultural que suponga mejorar la relación “médico–usuario de salud– comunidad” (Hoyos et al., 2015, p.5).

En 2018, Mary Cielo Flórez García realizó una investigación evaluativa titulada “La implementación de la política pública de equidad de género en una institución de salud de Cali, 2013 – 2015”. El enfoque de la investigación es cualitativo e interpretativo. La recolección de la información se realizó mediante las técnicas de entrevista semiestructurada y revisión documental.

En el marco teórico, se apoyó en autores como Meny y Thoenig (1992, p. 159) para abordar los temas de la implementación de políticas públicas. También, en las teorías del ciclo de las políticas públicas de Lasswell en (1971), y en conceptos de la Organización Mundial de la Salud en temas de género.

Los hallazgos de este estudio fueron, en primer lugar.

La poca capacitación del personal de salud de la IPS, el desconocimiento de ellos acerca de la política, la alta rotación del personal de salud, así como la disminución en la inclusión de las estrategias en el marco de los Planes de Desarrollo y los Planes Estratégicos de la ciudad. En segundo lugar, el fraccionamiento de los servicios y el escaso trabajo colaborativo con otros sectores, provoca un nivel bajo de implementación de la política. (Flórez, 2015, p. 61)

En tercer lugar,

En el eje Salud Integral, Derechos Sexuales y Reproductivos, se evidenció la ausencia de indicadores de género, también, debilidad en los procesos de seguimiento y evaluación, cuarto, la deficiencia en cuanto a la comprensión e interpretación de la política para el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los funcionarios de salud de la IPS. (Flórez, 2015, p. 62)

En 2015, Lina Marcela Serrano Ramos realizó como tesis doctoral una evaluación de la implementación de la política pública “reconocimiento, equidad de género e igualdad de oportunidades avances en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el municipio de Cali”.

Metodológicamente, realizó un análisis evaluativo de las cinco Empresas Sociales del Estado (ESE): Norte, Centro, Oriente, Suroriente y Ladera, con un enfoque mixto. En el enfoque cualitativo, usó técnicas como entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Con respecto a lo cuantitativo, para la recolección de la información, usó técnicas como la observación y la revisión documental.

En el marco teórico, plantea que, para el análisis y medición del grado de incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud sexual y reproductiva de la red pública de Cali, se establecieron 10 componentes básicos adaptados de los lineamientos propuestos por el centro nacional de equidad de género y salud reproductiva de la secretaría de salud de México. (Serrano, 2015, p. 40)

En relación a los avances en la ejecución de las estrategias, actividades e indicadores del eje cuatro de la política, la incorporación en los planes estratégicos se redujo del 52% al 8%. La implementación de los proyectos, planes de desarrollo,

y las acciones afirmativas de los planes estratégicos respondieron medianamente, a las acciones y estrategias del eje con una eficacia del 46%. (Serrano, 2015, p. 57)

Igualmente, los indicadores de evaluación para el estudio de cumplimiento del eje Salud integral, derechos sexuales y reproductivos se encontró que sólo se cuenta con el diseño del 60%. También hay debilidades en el seguimiento y monitoreo con una eficacia del 23% (Serrano, 2015, p. 56).

Indistintamente, identificó una serie de barreras para la implementación de la política pública de las mujeres:

Las estructurales, entre las que se encuentran la débil difusión de la política, no asignación de recursos específicos para su implementación, no inclusión del enfoque de género-derecho diferencial, debilidades en las herramientas conceptuales –capacitación-promoción y difusión e imaginarios para el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos. (Serrano, 2015, p. 58)

En suma, la revisión de cada uno de estos estudios ha contribuido a reconocer la importancia de continuar profundizando en temas relacionados con el enfoque de género, en el marco de la intervención pública, en especial en políticas dirigidas a la población femenina. La comprensión de la salud sexual y reproductiva como problema público puede ser abordada desde diversas posturas teóricas en el campo de las políticas públicas.

2.2 Aspectos teóricos

Los conceptos orientadores de este estudio fueron identificados a partir de la construcción del estado del arte y los objetivos, que aportaron en el direccionamiento de los conceptos que se abordan en este trabajo de profundización. Como categoría principal, está la

gobernanza democrática; la segunda categoría es el género; y, como categoría complementaria, salud sexual y reproductiva.

2.2.1 Gobernanza

Existen innumerables literaturas sobre el tema de la gobernanza y coinciden en que, a partir de las crisis económicas que se produjeron en las economías mundiales en la época de los 70 y 80, se cuestiona el papel del Estado y su capacidad para regular el mercado, y se considera que es necesario desarrollar cambios en los procesos administrativos y gerenciales. En ese momento, aparece la nueva gerencia pública como modelo administrativo del Estado y, al mismo tiempo, la gobernanza, en la cual se reconoce que el Estado no es suficiente ni el único actor en el desarrollo y el mercado. Se van produciendo una serie de cambios en las intervenciones sociales y en las formas de relacionamiento del Estado nación.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la tesis de maestría de Yulieth Villegas, desde los postulados de Antonio Natera Pera, se plantea:

El giro ideológico hacia el mercado, puede explicarse desde la globalización la cual viene produciendo explicaciones, a los cambios sociopolíticos a nivel global introduciendo la necesidad de la cooperación internacional el cual mediante determinadas acciones los estados le transfieren competencias sociopolíticas. Estos cambios en la burocracia estatal plantean un nuevo direccionamiento en la administración pública. (Natera,2005 p.791)

De acuerdo con este autor, la aparición de la gobernanza como paradigma administrativo no necesariamente significa una desaparición del Estado como regulador del mercado o su incapacidad, sino por el contrario la aparición de nuevas formas de interacción y

administración de lo público que van guiando hacia cambios en un Estado participativo, democrático, acorde con los cambios permanentes en la sociedad.

“La gobernanza no implica el fin o el declive del Estado, ya que su papel sigue siendo crucial como una estructura fijadora de fines y de coaliciones, aunque en buena medida lo haya perdido como estructura de implementación. La idea de Estado catalizador apunta precisamente hacia una acción gubernamental que para conseguir sus objetivos “se apoya cada vez menos en sus propios recursos que en su acción como elemento dominante en coaliciones con otros Estados, instituciones transnacionales y grupos del sector privado, a la vez que retiene su identidad distintiva y sus propios fines” (Lindt, 1992, citado por Natera, 2005, p 3).

Así mismo, Yulieth Villegas Echavarría aborda los planteamientos de Kooiman y menciona: “Los patrones y estructuras que emergen en un sistema sociopolítico, como el ‘común resultado’ de los esfuerzos de intervención interactiva de todos los actores implicados” (Kooiman, cita por Villegas, 1993, p. 258).

Estos autores consideran que la gobernanza como modelo administrativo trae consigo la aparición de diversos actores. Así, el papel del Estado será el de núcleo que permitirá que converjan las diversas alianzas sobre las cuales este orientarán las formas de intervención en un contexto global donde se toman decisiones ya no de forma estatal, sino transestatal. Cuyo impacto se verá reflejado en las formas de relacionamiento del Estado nación y la formas de abordar los problemas públicos.

En este contexto, autores como Pierre et al., citado por Zurbrigge, (2009, p.6), definen gobernanza como la totalidad de las interacciones entre organismos públicos, sector privado y sociedad civil, destinadas a resolver los problemas sociales o la creación de oportunidades de la sociedad.

En este sentido, la gobernanza reconoce la importancia de la participación de los distintos actores para el desarrollo de las intervenciones y, de esta manera, solucionar los problemas públicos. Es un modelo que reconoce que ya no es el Estado el único actor, sino las organizaciones de la sociedad civil, reconociendo sus aportes, experiencias y la participación como proceso esencial, coadyuvando en el desarrollo de relaciones democráticas.

Igualmente, este planteamiento desde la gobernanza permite que, en los procesos de la nueva administración pública, los ciudadanos y los sujetos políticos puedan ser escuchados en las demandas al Estado en materia de protección de sus derechos.

En este sentido, la toma de decisiones deja de tener un proceso jerárquico, se avanza hacia la horizontalidad que permite que las mujeres destinatarias de políticas públicas influyan desde las distintas esferas en la toma de decisiones y en el mejoramiento continuo de políticas que las afecten.

Aunado a esto, existen unas formas de gobernanza que orientan los análisis de las políticas públicas. Una de ellas es:

2.2.2 Gobernanza de Redes

Tres características definitorias de las redes de gobernanza:

La existencia de una estructura multicéntrica o, dicho en negativo, la ausencia de un único centro decisor que determine los procesos de adopción de decisiones de forma monopolística o exclusiva, la interdependencia entre los actores y la tendencia a determinar procesos y alcanzar resultados de forma relacional, y la existencia de interacciones con un grado aceptable de estabilidad. (Peral,2005, p.798).

2.2.3 Género

Una categoría de análisis que nace de la lucha de los movimientos feministas y busca comprender las complejidades de las condiciones de desigualdad que han afectado a las mujeres, desde distintos contextos históricos.

En este sentido, son muchos los aportes desde diversas autoras que han contribuido a comprender los problemas y las necesidades de la mujer como un problema público que se enmarca en el ámbito de la protección de sus derechos. Por ello, las organizaciones sociales han sido un actor preponderante en el reconocimiento por parte del Estado de las mujeres como sujetos de derechos.

Una de las feministas pioneras en el análisis de género, la autora Iris Young, considera que el género “se crea de un conjunto de relaciones entre individuos que son ubicados en estructuras como la división social del trabajo, la heterosexualidad normativa y las relaciones de poder atendiendo a roles de género. (Young, 2009, p. 111)

La autora, una de las principales filosofas del feminismo, considera que para comprender el género es necesario no solo ubicarlo en un contexto de discriminación individual, sino también colectiva, de subordinación estructural.

El género puede ser comprendido desde las diversas acciones sociales en las que se desenvuelven los hombres y las mujeres que por sus diferencias biológicas son socialmente ubicados en una relación de subordinación. Estos hechos son importantes en el marco de las políticas públicas en la medida en que ponen de manifiesto la necesidad del análisis de distintos aspectos desde lo macro y microsocioal.

Además de lo anterior, la tesis de Martha Lucía de la Pava revisa diversos conceptos, a partir de las distintas discusiones que se han dado para transversalizar el enfoque en las políticas públicas y transformar estructuralmente las condiciones de vida.

El estudio del enfoque de género en el marco de las intervenciones públicas, desde los años 90, ha sido propuesto por los organismos multilaterales.

Es el concepto de mainstreaming de género y tiene el objetivo de conseguir la igualdad social real entre los sexos, entendiéndola como aquella situación en la que todos los seres humanos son libres de desarrollar sus capacidades personales y de tomar decisiones, sin las limitaciones impuestas por los estrictos roles tradicionales, y en la que se tienen en cuenta, valoran y potencian por igual las distintas conductas, aspiraciones y necesidades de hombres y mujeres. (Comisión Europea, 1999, p.3).

Al respecto, otros autores consideran que el mainstreaming de género se presenta como una estrategia más ambiciosa y transformadora que aporta un claro cambio de perspectiva tanto en lo que respecta al diagnóstico que se hace del problema de la desigualdad, como en lo tocante a la solución que se propone. El diagnóstico ya no se vincula simplemente a la existencia de obstáculos concretos en áreas específicas, sino que se asume que las relaciones de género tienen un carácter estructural, de manera que las desigualdades son también “estructurales y sistemáticas y por lo tanto están presentes en todos los ámbitos, también en la Administración Pública. (Alonso citado por Ruiz, 2015, p. 27)

La importancia de este concepto radica en la necesidad de transformar las condiciones de vida de las mujeres y terminar las condiciones de desigualdad en que se ven inmersas, reconociendo que es un problema estructural. Por ello, es necesaria la intervención de los

Estados, pero la aplicación y los alcances de las políticas dependerán del entorno político, para que no se quede en un proceso de rendición de cuentas.

Otro de los grandes aportes a los estudios de género lo desarrollan los estudios históricos. Desde esta ciencia, se considera que estudiar el género “como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, y comprende tres elementos interrelacionados: primero, símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones, múltiples” (Scott, 1996, p. 22).

Segundo, conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas. Y el tercer aspecto del género es la identidad subjetiva (Scott, 1996, p. 23).

Analizar la política de salud sexual y reproductiva desde el enfoque de la gobernanza de redes es reconocer que tanto la construcción como la implementación de políticas públicas se realiza desde ámbitos macro y microsociales. El abordaje de la perspectiva de género como pública nace de las diversas movilizaciones sociales para que el estado comprendiera que es una problemática de salud pública, encaminada a la protección de los derechos humanos de los hombres y mujeres en el cumplimiento del pacto social.

El análisis de la perspectiva de género implica la comprensión y caracterización de los diversos actores institucionales y civiles que implementan los distintos programas que desde la dimensión estructural se crearon para abordar el problema público. En este sentido, contribuirá a comprender los impactos de la implementación en la vida cotidiana de los ciudadanos y en la generación de cambios sociales orientados a destruir los sistemas de subordinación y dominación que ponen a las mujeres en condiciones de desigualdad, y establecer nuevas formas de abordaje de problemas públicos en torno a la salud sexual y reproductiva.

Cada uno de estos aportes teóricos tienen en común que reconocen el contexto de desigualdad en que se sustentan las relaciones de subordinación de la mujer. Por ello, es importante que, en el desarrollo de políticas públicas, se tengan en cuenta estos elementos de análisis. La postura teórica que se tendrá como base, entonces, será la de Scott.

2.2.4 Salud sexual y reproductiva

En los aportes de la Conferencia Internacional del Cairo, se considera que La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera 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. (Capítulo VII, 2014, p. 37).

2.3 Metodología

Se realizó un estudio, cualitativo e interpretativo sobre el cual Bericat (1998) menciona: “Atiende a los procesos o diacronías de los fenómenos sociales; que analizan en profundidad el fenómeno de estudio” (Bericat, 1998, p10). Es decir, estará en camino a comprender las percepciones y los imaginarios de las mujeres en relación a los servicios que acceden y los funcionarios en los procesos administrativos que se desarrollaron durante la implementación.

En este sentido, Taylor y Bogdan, citados por Briones (2002) consideran que este enfoque tiene las siguientes características:

Es inductiva: Mediante esta indagación se pretende hallar distintos resultados, develar todo cuanto sea posible realizando los análisis de las categorías establecidas.

Es holística: Los sujetos y el espacio social están cargados de todo un universo simbólico de significados.

Es interactiva y reflexiva: los investigadores son flexibles a los efectos que pueden producir en la investigación.

Abierta. No excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos. (Taylor y Bogdan, citados por Briones, 2002, p.11)

En este orden de ideas, se realizó, un análisis descriptivo mediante la captura de información y conocimiento, a partir de los instrumentos utilizados se identificaron los actores, relaciones, contexto y comprensión de las características de las intervenciones que se realizaron durante actividades de promoción y prevención de SSR, en la ESE de Salud Norte. Con este propósito se crearon unas categorías sobre las cuales se clasificaría la información que, analizada, a la luz de los referentes teóricos, de la gobernanza, enfoque de género, salud sexual y reproductiva, se obtuvo una serie de hallazgos para ampliar el conocimiento sobre el programa de SSR.

Tabla 1: Categorías de estudio: Gobernanza, Género, Salud Sexual y Reproductiva.

Categoría	Aspectos a considerar	Fuentes de información
Derechos Sexuales y Reproductivos.	Imaginario de Género	Piezas de comunicación escrita (volantes, folletos)
	Rol de la mujer en lo mensaje	
	Rol del hombre en los mensajes	
Enfoque de Género.	Propicia la autonomía	Comunicación en redes sociales
	Fomento del autocuidado	
	inclusión de la pareja en cuidado	

Gobernanza	Actores relacionamiento	Entrevistas semiestructuradas
	Elementos administrativos	Documentos institucionales y normativos
	Barreras de acceso	

Fuente: Elaboración propia.

3.3.1 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Se realizó, el análisis de fuentes primarias en las siguientes fases:

Primero, como instrumento principal de análisis de información cualitativa se realizó la revisión de los documentos escritos:

Tabla 2: Documentos Consultados.

Tipo de fuente documental	Año de publicación	Procedencia (sector institucional, social, ONG, etc.)
Informes de gestión de la secretaria de salud	2018,2019,2020	Alcaldía de Santiago de Cali
Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva	2014-2021	Ministerio de protección social
Informe UNFPA -el poder de decidir: Derechos reproductivos y transición demográfica	2018	UNFPA
Plan decenal de salud	2012	Ministerio de protección social
Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes	2018	PAHO
Ley 100	1993	Senado de la República
Estatuto de Roma		
Conpes 3784 de 2013	2013	DNP
Conpes 616 de 2013	2013	DNP
Ley 1257 de 2008	2008	Senado de la Republica
Auto 092/08	2008	Corte constitucional

Tipo de fuente documental	Año de publicación	Procedencia (sector institucional, social, ONG, etc.)
Informes de gestión del ESE de Salud Norte	2018,2019,2020	ESE de Salud Norte
Piezas Comunicativas	2020	Facebook red social de la ESE de Salud Norte
Decreto 2968 de 2010	2010	Sistema único de información normativa
Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo	2014	UNFPA
Boletín epidemiológico del Valle del Cauca boletín 34.	2021	Gobernación del Valle del Cauca
Piezas de comunicación folletos de planificación familiar.	2021	IPS la rivera
Guía de atención de Salud Sexual, y Reproductiva de Red de Salud Norte	2020	ESE de Salud Norte
Convención de Belém do Pará	1994	Página web OEA
Ley 823,2003	2003	Sistema único de información normativa.
Sentencia T-025 de 2004	2004	Página web OEA Corte Constitucional

Fuente: Elaboración Propia.

En segundo lugar: Se realizaron entrevistas semiestructuradas, a los sujetos descritos:

Tabla 3: Sujetos Entrevistados.

Instituciones	formación	Tiempo en la institución	no. Personas
Secretaria de salud responsable de la implementación de la política de salud sexual y reproductiva.	Coordinadora del equipo de seguimiento materno prenatal	8 años	1
IPS La ribera responsable del programa P y P.	Enfermera jefa	2 años	1

Instituciones	formación	Tiempo en la institución	no. Personas
IPS calima responsable del programa P y P.	Enfermera jefa	2 años	1
IPS Siete de agosto responsable del programa P y P.	Enfermera jefa	1 año	1
ONG representante legal	Enfermera jefa	20 años de activismo	1
Instituciones	formación	Tiempo en la institución	no. Personas
Usuaris del programa P y P.	Líder comunal, y miembros de la mesa de género de la comuna 6 y 7.	3 años	2

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto, a lo cuantitativo se utilizó estudios estadísticos realizados por el DANE, y el observatorio de epidemiología departamental del valle del cauca.

Por último, mencionar que se realizaron cambios en el desarrollo de este estudio, a causa de las dificultades encontradas como consecuencia de la pandemia que obstaculizo, el acceso, a la información.

CAPÍTULO 3. DESCRIPCIÓN DE LOS ACTORES INSTITUCIONALES Y SU RELACIONAMIENTO

3.1 Contexto socio normativo de las políticas de salud

La modificación del sistema de salud en Colombia se realiza en los años 90, cuando se desarrollan cambios en el aparato administrativo estatal. Se configuran nuevas formas de relacionamiento del Estado y la sociedad dentro de un contexto global que orienta cambios en aspectos económicos, sociales y políticos. Aunado al auge de las movilizaciones sociales, las cuales hacen demandas al Estado en torno a las garantías de derechos, la inclusión e igualdad, etc.

Los cambios producidos por el Estado neoliberal con la nueva gestión pública orientan la creación de un modelo de salud que le atribuye al mercado la prestación de los servicios y la satisfacción de las necesidades del ciudadano, ya no en el marco de las garantías del derecho sino en la eficiencia de los recursos públicos con base en las orientaciones del mercado. Siendo el Estado un regulador en el marco del nuevo sistema administrativo.

El nuevo modelo del sistema de salud, en Colombia, se aplica con la ley 100. Esta crea un modelo político administrativo para la prestación de servicios públicos que anteriormente eran prestados por instituciones públicas.

Se plantean los mecanismos institucionales sobre los cuales se prestarán los servicios, se descentraliza la salud, crean nuevas figuras institucionales con autonomía administrativa y financiera, y se le atribuye la toma de decisiones a las entidades territoriales de cada municipio, y la empresa privada. En este sentido, la norma plantea que:

El sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel territorial. El Sistema General de Seguridad Social en Salud integra en todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de Promoción y Prestación de Servicios de

Salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia. (Ley 100, art.174, P. 81)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud que crea esta Ley amplía la órbita de competencia de los sistemas de dirección en salud de los departamentos, distritos y municipios para garantizar la función social del Estado en la adecuada prestación y ampliación de coberturas de los servicios de salud, Las direcciones de salud en los entes territoriales organizarán, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable realizando contratos para la atención de los afiliados de salud con las entidades promotoras de salud que funcionen en su territorio y promoviendo la creación de empresas solidarias de salud; así mismo, apoyarán la creación de entidades públicas promotoras de salud y la transformación, de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley, de los hospitales en instituciones prestadoras de servicios con capacidad de ofrecer servicios a las diferentes entidades promotoras de salud. (Ley 100, art.174. Pag.83)

A partir de estas leyes, se establece la estructura político administrativa y financiera que será la encargada de materializar los servicios de salud en el país. Las secretarías de salud funcionan como entidades reguladoras, y de aplicabilidad de las orientaciones nacionales en el marco de los lineamientos establecidos por el gobierno nacional.

Aunado a esto, se crean las EPS, IPS y las entidades de carácter mixto. Deja de ser la salud un servicio brindado por entidades estatales, y entran diversos actores para la implementación de la política pública de salud.

Respecto a los cambios que se gestan con la participación de diversos actores, es posible pensar que están orientados desde el enfoque de la gobernanza democrática, pero

las acciones que se desarrollan siguen siendo de corte político, administrativo, centrado en el New Public Management. Al respecto, Deubel Roth (2005) plantea:

En este contexto de crisis del modelo de Estado, frente a las dificultades reales del modelo burocrático que lo sustenta, -autoritarismo, formalismo, estandarización, ineficiencia, ineficacia, etc.), el paradigma neoliberal supo presentar e incorporar en su modelo de desarrollo, a partir de los años 80, un nuevo paradigma para la gestión pública. Este nuevo modelo pretende transformar la administración pública weberiana (burocrática) en una nueva gestión pública, inspirada del sector privado, el New Public Management que enfatiza más en la eficiencia y los resultados que en la autoridad y los procedimientos como medio de legitimación. (Deubel, 2005, p. 8)

Este nuevo modelo de desarrollo transfiere al Estado de bienestar al modelo neoliberal, que incorpora nuevos modelos administrativos propios de la empresa privada en las entidades públicas, provocando cambios en las formas de relacionamiento del Estado nación. Cada una de las decisiones basadas en la racionalidad tienen repercusiones en las políticas públicas de salud, puesto que son la ruta bajo la cual se ejecutan los programas. En especial el de salud sexual y reproductiva, que es analizado en este estudio.

Este modelo, basado en las premisas de la NGP, la eficiencia, eficacia y calidad, cambia la percepción del otro: ya no es ciudadano garante de derechos sino cliente. En este sentido, el Estado le da la responsabilidad al mercado de la prestación de servicios de salud, y se queda con el papel de mediador entre el mercado y el ciudadano, quien tendrá una cobertura en salud de acuerdo a su nivel económico.

En principio, la norma plantea un espacio de descentralización financiera y administrativa que puede vislumbrarse como la mejor salida para ampliar el acceso a la

salud, pero en realidad se prioriza la eficacia por encima del aumento de la cobertura y el derecho de los ciudadanos.

Se establecen unas normas que regulan el sistema de salud. Entonces se crean todos los requerimientos necesarios, uno de estos es el post, el cual contempla los servicios que se prestarán por parte de cada uno de los actores que implemente la política de salud. En este sentido, la norma plantea que:

Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (Ley 100, art.179. p. 84)

A su vez, divide el sistema de salud en dos regímenes en subsidiado dirigidos a la población de escasos recursos económicos y de especial protección, los cuales se priorizan con base en el Sistema de Información SISBEN, y el régimen contributivo, pensado para segmentos de la población con capacidad de pago, independiente de sus modalidades de contratación.

Esta estructura administrativa ejecuta todas las acciones en el marco de la implementación de la política nacional de salud sexual y reproductiva, en el distrito de

Santiago de Cali, el cual implementa los servicios por medio del Plan Obligatorio de Salud, y el plan de atención integral colectivo.

Mediante esta lógica de la privatización de la salud en Colombia, se producen cambios en las formas de relacionamiento del Estado con los ciudadanos, se realizan modificaciones funcionales e institucionales en sus competencias, pero no se fortalecen para que tengan las condiciones necesarias para garantizar los derechos. “La búsqueda se concentró en dos directrices nuevas y distintas, en las cuales los principios del mercado y la autoorganización horizontal se concibieron como alternativas al control político jerárquico” (Mayntz, citado por Peral, 2005, p. 5).

Tras los cambios en las formas de relacionamiento del Estado nación y la desaparición del Estado de bienestar, en una sociedad cada vez más diversa y compleja, la gobernanza cobra un papel protagónico para que se restablezcan nuevas formas de gobierno, donde el ciudadano cada vez más consciente y con mayor educación pone en cuestión las decisiones, y demanda mayor participación en materia de direccionamiento de la sociedad.

En este sentido, mediante la gobernanza de la salud se propicia la participación de distintos actores públicos y privados para la prestación de servicios relacionados con la garantía de derechos. Este análisis se centró en la ejecución de los servicios de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva de la ESE de Salud Norte.

Los diagramas reflejan dónde se toman las decisiones administrativas y cómo se direccionan las diversas intervenciones que desarrolla la red de salud. En este sentido, la subdirección de promoción y prevención es quien tiene a cargo la interlocución con el nivel central de la ESE de Salud Norte, y da los lineamientos de las decisiones que se toman a nivel estructural. Se realiza una coordinación con la secretaría de salud, quien lidera y

encamina todo lo concerniente a las actividades de promoción y prevención de la salud pública que, financieramente, es su responsabilidad. Operativamente, es responsabilidad de las IPS.

3.2 Panorama de la globalización en la salud sexual y reproductiva

En Cali, no hay política pública de SSR. Se opera bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud con el plan decenal de salud, y la política pública nacional SSR de los años 2014 al 2030, y bajo los lineamientos establecidos por los Estados en la incorporación de los objetivos de desarrollo del milenio, en los planes territoriales de salud.

Organismos multilaterales como la OMS y la OPS son quienes, de acuerdo con los estudios científicos, definen los lineamientos y estándares para la atención en salud, y plantean las prioridades sobre las cuales los Estados deben trabajar para mejorar los servicios de salud. Por ello, los planes a nivel nacional, departamental y municipal están contruidos para alcanzar las metas planteadas.

Tabla 4. Planes de SSR, nacional, departamental y municipal

Plan Departamental de Salud	Objetivos del desarrollo del milenio	Metas sanitarias distritales
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años.	De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.	Disminuir en 9.5% la tasa de mortalidad en menores de 5 años.
Neoplasias: Tasa ajustada de mortalidad por Tumor maligno de la próstata.	De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	Disminuir a 26% la tasa de embarazos de 10 a 19 años. Aumento del 92% de la tasa de afiliación a salud.

Plan Departamental de Salud	Objetivos del desarrollo del milenio	Metas sanitarias distritales
Neoplasias: Tasa ajustada de mortalidad por Tumor maligno de la próstata.	De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	Disminuir a 26% la tasa de embarazos de 10 a 19 años. Aumento del 92% de la tasa de afiliación a salud.
Neoplasias: Tasa ajustada de mortalidad por Tumor maligno de la próstata.	De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	Disminuir a 26% la tasa de embarazos de 10 a 19 años. Aumento del 92% de la tasa de afiliación a salud.
Neoplasias: Tasa ajustada de mortalidad por Tumor maligno de mama.		85 respuestas a las peticiones de barreras de acceso.

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recolectados por los documentos.

Cada uno de los planes se construye con base en los acuerdos multilaterales. Con esto, se obtienen recursos y apoyos técnicos de la cooperación internacional para el desarrollo del programa. El problema es que la globalización como proceso sociocultural homogeniza y se dejan de lado las particularidades de cada país.

La globalización consiste, como han evidenciado sus críticos y críticas, en una reconcentración de la autoridad pública mundial, es decir, del poder político, en un bloque integrado por los Estados que ya eran mundialmente hegemónicos, bajo el predominio del principal de ellos, Estados Unidos, las corporaciones mundiales de capital financiero, y las organizaciones financieras internacionales. (Quijano, 2000, p.2)

Los sistemas de salud también están determinados por las decisiones sociopolíticas y condicionados por los acuerdos globales por medio de los cuales los Estados obtienen apoyo económico y se convierten en aliados estratégicos de las políticas que se desarrollan en el continente. Por ende, mantienen las condiciones del mercado necesarias para sostener el modelo económico.

Bajo esta premisa, los organismos multilaterales como la OMS y la OPS son autoridades en salud desde un nivel global que, mediante estudios científicos, definen los lineamientos y estándares para la atención en salud y plantean las prioridades sobre las cuales los Estados deben trabajar para mejorar los servicios de salud.

Con respecto a esto, la salud sexual y reproductiva para el organismo multilateral es una de las prioridades en salud, sobre todo en el caso de los adolescentes, indicando que juegan un papel importante en la sociedad, y forman el 30% de la población de Latinoamérica y el Caribe.

Sin embargo, el fortalecimiento del desarrollo de salud de los jóvenes les permite pasar a la vida de adultos con más habilidades para servir a sus comunidades de una forma productiva, estimulando el crecimiento económico. Además, muchos hábitos dañinos son adquiridos tempranos en la vida, y se convierten en problemas serios de salud en la edad adulta. Entonces es crítico educar a los adolescentes y ayudarles a ser más resistentes para que puedan evitar problemas de salud, como ENTTS (por ejemplo, cáncer de pulmón causado por consumo de tabaco). Si se toma una estrategia proactiva para fomentar un envejecimiento saludable, se puede evitar una carga financiera adicional sobre los sistemas de salud. De por sí, proteger la salud y el bienestar de los adolescentes y jóvenes es una prioridad para la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud. (2018, p. 1)

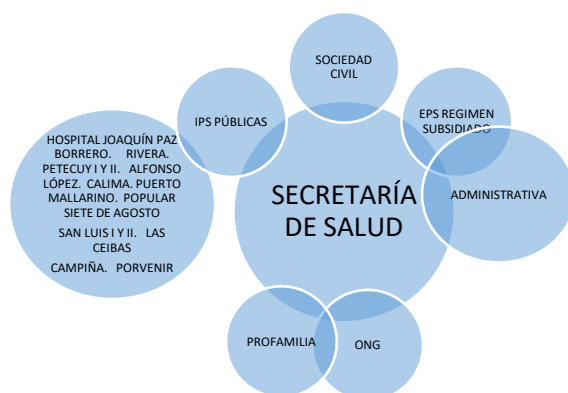
Cada uno de estos factores han incidido en los planes nacionales, departamentales y locales de salud sexual y reproductiva, en tanto son los lineamientos sobre los cuales se determinan las prioridades en este ámbito, que son adoptados sin tener en cuenta los perfiles epidemiológicos y los análisis de género de los contextos donde se realiza la atención.

Por lo anterior, es posible que los programas estén mayormente orientados a la atención de la población adolescente en aras de cumplir las prioridades que se han dispuesto desde lo transnacional. Esto explicaría que se haga mayor énfasis en los programas de promoción y prevención, focalizados en la población adolescente y en temas de control de la natalidad.

3.3 Actores institucionales

La territorialización del programa de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva en Santiago de Cali está operada por los siguientes actores:

Diagrama 3. Actores institucionales que ejecutan el programa de salud sexual y reproductiva en la ESE de Salud Norte.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información encontrada.

El nodo integrador normativo es la Secretaría de Salud, seguido por la sociedad civil, quien recibe la atención de cada uno de los actores, en el marco de los servicios de salud a los que tiene derecho. La Secretaría de Salud es quien recibe los recursos económicos para la salud pública directamente del Ministerio, del plan de desarrollo y de la cooperación internacional.

La relación de la Secretaría de Salud Municipal con las IPS es un vínculo fuerte. Tienen una comunicación constante, dado que la Secretaría de Salud presta asistencia técnica, y vigila y controla los servicios individuales que se prestan a las personas del régimen subsidiado. Como se evidencia en la entrevista:

La relación que tenemos con las EAPB, las ESE y la Secretaría de Salud. Nosotros somos ente rector y autoridad sanitaria, por ello coordinamos todas actividades territoriales la ESE de salud Norte. Nosotros damos asistencia técnica, capacitaciones, asesorías, y acompañamientos para que se implementen las guías, y los protocolos, la relación con las EPS y las ESES es muy estrecha, porque hacemos esos procesos en las diferentes temáticas de Salud Sexual y Reproductiva.

En este sentido, la Secretaría de Salud contrata con la ESE de Salud Norte las actividades colectivas que son las acciones de salud pública. Las EPS contratan a la ESE de Salud Norte para la prestación de servicios individuales de SSR, los cuales son brindados dependiendo del nivel de complejidad.

Por consiguiente, las IPS de la red de salud pública son quienes normativamente están obligadas a presentar los informes de gestión. En el caso de las EPS, no están obligadas a rendir informes públicos de gestión: su papel en el sistema de salud en Colombia es administrativo.

Otras de las funciones de la Secretaría de Salud es hacer vigilancia y control a las EPS, pero dadas las complejidades que representa no contar con el personal suficiente para desarrollar la labor, se creó una “Línea telefónica gratuita donde los ciudadanos pueden realizar PQR. El seguimiento es de forma individual” (Servidora pública de la Secretaría de Salud). Esta estrategia permite que las personas que tienen dificultades con las EPS sean atendidas de forma rápida y fácil; la complejidad puede estar en el tiempo de respuesta.

El nivel II, prestado por el Hospital Joaquín Paz Borrero de la ESE de Salud Norte, es donde se atienden afecciones de salud de mayor complejidad. El acceso a los servicios depende de los acuerdos financieros desarrollados con las EPS, y su comportamiento con el pago de los servicios prestados.

De otro lado, las instituciones privadas como Profamilia, que es una IPS, han sido muy importantes históricamente en Colombia. Esta tiene un vínculo normativo con la Secretaría de Salud que le brinda asistencia técnica. A la par, tiene una relación fuerte con la sociedad civil, quien reconoce el papel de Profamilia en la prestación de servicios de SSR, especialmente, a la mujer. Esto le ha permitido tener vínculos con las ONG y las EPS por medio de la contratación de algunos servicios.

Por último, el vínculo entre las ONG y la Secretaría de Salud es débil, no son tomadas en cuenta como actores dentro del sistema. Realizan una importante labor a favor de la mujer para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva por medio de la incidencia política y el acceso a determinados servicios gratuitos para la población vulnerable. Sus recursos son obtenidos de la cooperación internacional bajo la modalidad de proyectos o recursos de apoyo a las intervenciones sociales. Pese a no ser un actor contemplado en lo normativo, su intervención permite que las mujeres accedan a distintos servicios que por barreras estructurales no podrían obtener por sí solas. Son un actor de incidencia política que permite mejorar las condiciones de las mujeres.

Teniendo en cuenta lo mencionado en la entrevista, actualmente no existe un espacio de coordinación, como está contemplado normativamente: la mesa de SSR. Esto impide que se realicen acciones coordinadas, y mejoras en la atención por parte de los actores, orientadas a garantizar los derechos.

3.4. Mirada a lo administrativo

Tal como se plantea en la norma, los diversos actores público privados prestan una serie de servicios encaminados a garantizar los derechos sexuales y reproductivos. Cada actor tiene una serie de funciones establecidas normativamente dentro del sistema de salud.

El problema radica en que, al ser las EPS unas intermediarias administrativas, son quienes manejan los recursos estatales que, bajo el sistema de solidaridad de la salud en Colombia, financian los servicios de salud de la población en condiciones de vulnerabilidad con el régimen subsidiado. Por tanto, las EPS son quienes contratan los servicios de la ESE de salud Norte, y son quienes mediante las autorizaciones definen los servicios a los que accederán las personas.

Lo anterior provoca la precarización de los servicios de salud en Colombia, que son de índole estructural: las EPS, mediante el mecanismo legal de las autorizaciones médicas, forman las distintas barreras en el sistema, y las demoras en los pagos de los servicios prestados complejizan la garantía de los derechos, puesto que actúan desde la racionalidad del mercado. En la información aportada por las mujeres entrevistadas, se evidencian las dificultades para que sean autorizados procedimientos de mayor complejidad.

3.5 Servicios de Salud de la ESE de Salud Norte

Las empresas sociales del Estado de la Red de Salud Norte prestan sus servicios en las comunas 2, 4, 5, 6 y 7, de estratos 1, 2 y 3 del régimen subsidiado. La prestación de los servicios de salud se da en redes. Las instituciones de salud son organizadas jerárquicamente por niveles de complejidad. De acuerdo al procedimiento, las mujeres deben continuar con la ruta establecida para tener la atención.

Los servicios en red se prestan en la mediana y baja complejidad de los siguientes servicios:

Diagrama 4. Servicios Oferta de Servicios de la ESE de salud Norte



Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada de la ESE de Salud Norte.

La tercerización de los servicios de salud complejiza la realización de controles en términos de calidad y acceso de los servicios prestados, disminuye la asignación de los recursos y los proyectos de salud son de corto plazo.

3.6 Coordinación sectorial

La ejecución de la política de salud sexual y reproductiva es liderada por la Secretaría de Salud, pero existen otros organismos dentro del sistema que tienen funciones en el marco de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud para abordar la integralidad de aspectos concernientes a los derechos de las mujeres. En este sentido, la política pública de salud sexual y reproductiva plantea:

La coordinación interinstitucional se alcanza mediante la construcción de alianzas y sinergias orientadas al logro permanente de los contenidos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, al reconocimiento y respeto de las diferencias y la identificación de las coincidencias en las estrategias y compromisos con la realización de esos derechos en las diferentes instancias. (PPSSR, 2014, p. 84)

A partir de este planteamiento, se analizarán las formas de relacionamiento entre los distintos sectores en el marco de la promoción y prevención. Algunos de los organismos cuya comunicación es constante son las siguientes dependencias:

Secretaría de Educación

Los funcionarios entrevistados de la Secretaría de Salud manifestaron que se articulan con la Secretaría de Educación, en los temas relacionados con la educación a la población adolescente en salud sexual y reproductiva. Desarrollan actividades en las instituciones educativas, capacitando a la comunidad (jóvenes, docentes y directivos docentes). Se enfocan en promover relaciones respetuosas de las diferencias.

Secretaría de Género

Desarrolla acciones relacionadas con el tema de la violencia basada en género. Se articula con la Secretaría de Salud en aspectos relacionados con la ruta de atención de la violencia contra la mujer, encaminados a mejorar las condiciones físicas y mentales de las mujeres víctimas de violencia. Desde este organismo, se lidera la Mesa de Género, donde se coordinan las acciones en las comunas de influencia de la Red de Salud Norte. La comunicación se establece en momentos puntuales para el desarrollo de acciones conmemorativas.

Secretaría de Seguridad y Justicia

Los funcionarios de la Secretaría capacitan a las comisarías de familia e inspecciones de policía, entre otras entidades judiciales, buscando facilitar el acceso de las mujeres a sus derechos en condiciones de dignidad. Estas acciones se realizan cumpliendo las competencias de las entidades de justicia, y se coordinan con la Secretaría de Género, quien lidera la Mesa de Género.

En esta etapa, es posible concluir que la coordinación en función de las acciones de promoción y prevención es puntual desde un relacionamiento basado en la norma que establece las funciones sectoriales, pero — pese a que se aporta a los diversos lineamientos contemplados en la política pública— no se evidencia en la información recolectada una articulación direccionada a metas y objetivos de forma conjunta.

CAPÍTULO 4. BARRERAS DE ACCESO E IMAGINARIOS DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

4.1 Caracterización de la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Cali

La política pública nacional de salud sexual y reproductiva 2014 – 2021 plantea el enfoque de género, y reconoce las relaciones de poder y subordinación a las que han sido sometidas las mujeres históricamente en la sociedad. Estos enfoques propician un panorama moderno, acorde con los cambios en la sociedad, pero su aplicación constituye un reto que conlleva posibles cambios institucionales para su desarrollo.

Los derechos sexuales y reproductivos han sido producto de la incidencia de los movimientos sociales de mujeres, los cuales lograron que la salud de la mujer se convirtiera en una preocupación mundial y en un derecho humano.

Este logro permitió que la sociedad comprendiera que los problemas de salud sexual y reproductiva no eran un proceso individual sino un problema de salud pública y, por lo tanto, los Estados tienen la obligación de garantizar el derecho a la salud y brindar las condiciones para que las mujeres tengan la autonomía de decidir sobre su cuerpo.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo, en 1994, definió así la salud reproductiva: “Implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria, segura, tiene la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y con qué frecuencia para hacerlo”.

Las mujeres tienen el derecho de tomar las decisiones sobre su cuerpo, pero esto implica que los Estados deben propiciar las condiciones necesarias en términos socioeconómicos y normativos para que las mujeres puedan avanzar en el goce de sus derechos.

En este sentido, la OMS reconoce que para el cuidado de la salud existen una serie de barreras sociales: “Los determinantes sociales son unas de las causas de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país”.

Se trata en particular de la distribución del poder, los ingresos, los bienes y servicios las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso, a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. (62ª Asamblea Mundial de la Salud A62/9. Punto 12.5 del orden del día provisional, 16 de marzo de 2009).

En este sentido, se reconoce que, para tener una buena salud, es necesario que el Estado trabaje en mejorar las condiciones de vida de las mujeres, y en cerrar las brechas de desigualdad que les impiden cuidar su salud.

Desarrollar empíricamente los enfoques de género es un reto en el proceso de implementación de los programas de salud sexual y reproductiva. Implica, entre otras cosas, comprender el contexto socioeconómico y cultural en el que están inmersas las mujeres y facilitar el acceso, desde los servicios de salud, a la promoción y prevención.

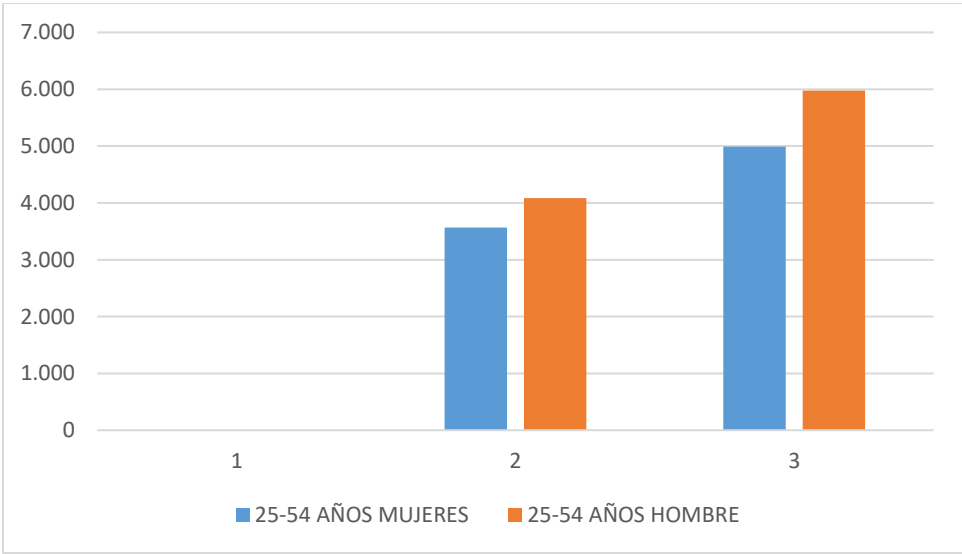
4.2 Condiciones socioeconómicas

De acuerdo con los datos del DANE, el distrito de Santiago de Cali, en el 2018, cuenta con 1.781.388 habitantes. De estos, 48.8% son hombres y 51.2%, mujeres; el 0.5% se reconocen como indígenas y el 14,6% como afrocolombianos, es decir, que aproximadamente el 15% de la población pertenece a un grupo étnico. Cuenta con un índice de NBI de 2.75% en la cabecera distrital.

De acuerdo con lo anterior, es importante que los programas de salud sexual y reproductiva desarrollen el enfoque étnico y de género, por contar con población de distintos grupos étnicos y con diferencias poblacionales.

Lo cual permitiría que, desde lo institucional, se trascienda de la mera prestación de servicios hacia la comprensión del contexto sociocultural, económico y de las prácticas de autocuidado de las mujeres.

Gráfica 1. Población desocupada



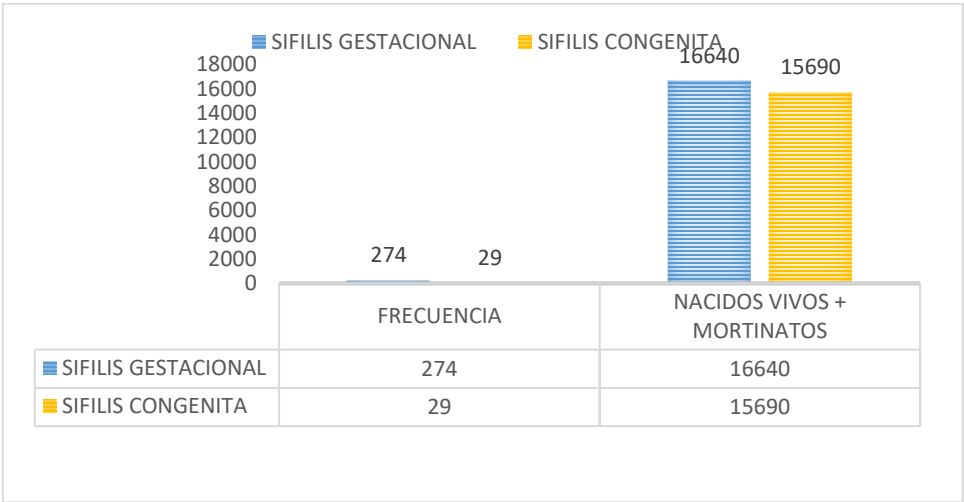
	El último trimestre de 2019		
		Números	Total
25-54 Años mujeres		3.564	4.993
25-54 Años hombre		4.085	5.979

fuentes: Elaboración propia con datos del censo 2018 del Dane.

Uno de los indicadores de pobreza es el nivel de desocupación. De acuerdo con datos del Dane, en el último trimestre de 2019 había 4.993 mujeres desocupadas y 5.979 hombres desocupados. Esto evidencia que hay un alto nivel de pobreza entre las familias en Santiago

de Cali. Las brechas de género continúan siendo representativas en el país, donde las mujeres tienen mayores dificultades de acceso al mercado laboral.

Gráfica 2. Enfermedades de Transmisión Sexual



Fuente: Elaboración propia a partir del informe 34 epidemiológico de la Gobernación del Valle.

De acuerdo con los datos del informe epidemiológico de la Gobernación del Valle, durante el segundo trimestre, en la ciudad de Cali, se han detectado 274 mujeres con sífilis gestacional y 29 con sífilis congénita.

En el departamento del Valle del Cauca, a la semana epidemiológica 34, se estima una razón de prevalencia de 16,6 casos de sífilis gestacional por cada 1.000 nacidos vivos + mortinatos. Para el caso de Cali, se estima una prevalencia de 16.4 con sífilis gestacional y 1.8 con sífilis congénita. Con un 57% de sífilis gestacional en la ciudad de Cali, el 43% de los casos que se han presentado en el Valle son de esta ciudad. Cada uno de estos datos indica un nivel alto de contagio de mujeres y niños con enfermedades de transmisión sexual como la sífilis.

4.3 Enfermedades del sistema reproductivo

De acuerdo con información de la Gobernación del Valle, en la semana epidemiológica 34 se detectaron 265 enfermedades como el cáncer de cérvix en el Valle del Cauca y, de estas, 189 en Cali.

4.3.1 VIH/SIDA

En la semana epidemiológica 34 de 2020, en el Valle del Cauca, se detectaron 877 de estos casos. En Cali, se detectaron 584, que representan el 67% de los casos que se dieron en el departamento.

La ciudad de Cali cuenta con altos índices de enfermedades en materia de salud sexual y reproductiva; las mujeres y los recién nacidos son una de las poblaciones con mayor nivel de contagio. Cada uno de estos datos demuestra un panorama adverso que requiere la intervención del Estado de manera urgente, no solo en materia de atención de la enfermedad, sino también de prevención para disminuir los niveles de contagio.

Las condiciones de vulnerabilidad en que viven las mujeres son un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, puesto que, al no tener las condiciones económicas necesarias, aunado al hecho de que son las encargadas de las labores de cuidado en el hogar, limitan sus posibilidades.

La política pública nacional establece las orientaciones para su desarrollo en los departamentos del país. A partir de estos, se construyen los lineamientos territoriales para su implementación.

Esta política está construida con una filosofía basada en los derechos humanos: se reconoce la diversidad, el estado multicultural y las diferencias sociales que sumen a determinados

grupos sociales en mayores condiciones de vulnerabilidad. También se plantea el enfoque diferencial, encaminado a la protección de los derechos humanos.

4.4. Servicios de promoción y prevención

La Red de Salud del Norte cuenta con una serie de guías y protocolos para la aplicación de cada uno de los servicios que ofrece. En ellas se define la salud sexual y reproductiva:

Se desarrollan como principio, a partir de la igualdad como cualidad primordial de las personas, y la equidad como el abordaje de los diferentes aspectos de las relaciones humanas que comprenden las relaciones intergenéricas reconocidas como equidad de género. Estos derechos garantizan el desarrollo, libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual reproductiva y de la convivencia sexual y están basados en la dignidad humana y libertad de las personas para decidir sobre el ejercicio de su sexualidad y reproducción. Agregan que, en la política nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos define la sexualidad al margen de la reproducción es un campo de la autonomía de la persona modelada en la sociedad.

(ESE de Salud Norte. S.F.)

En este sentido, los derechos sexuales y reproductivos comprenden no solo el cuidado de la salud desde lo biológico, sino también la autonomía y la capacidad de decidir desde la información libre e informada. Bajo esta premisa, en la Red de Salud del Norte se prestan los servicios de los siguientes programas encaminados a cuidar la salud y proveer la información necesaria para tomar decisiones libres y acertadas, reconociendo que cada uno de los derechos sexuales y reproductivos materializan el empoderamiento de la mujer como sujeto y su capacidad de decidir sobre su cuerpo, su cuidado y su proyecto de vida, atravesado por el concepto de género.

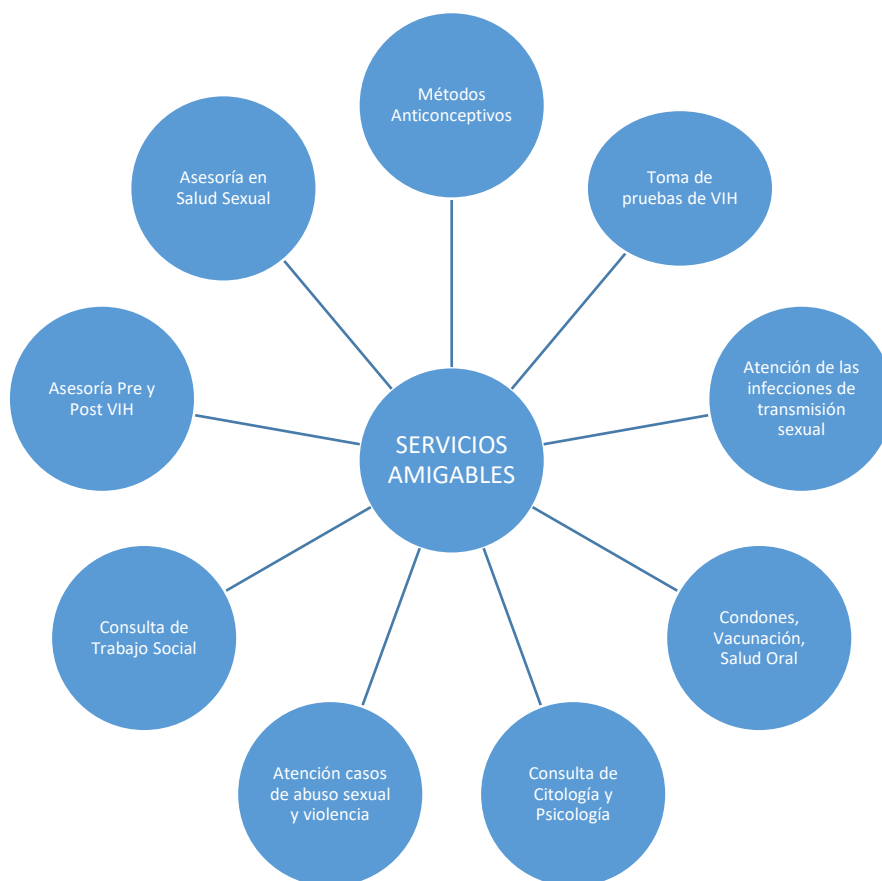
4.4.1. Programas que se prestan en las IPS

A partir de los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud, hay una serie de programas que se prestan en la Red Norte y operacionalizan los derechos de salud sexual y reproductiva:

4.4.2 Programa de servicios amigables

Está dirigido a adolescentes. Les brinda asesorías y atención psicosocial sobre salud sexual y reproductiva. En este programa, los adolescentes son asesorados para iniciar la planificación desde 10 hasta 25 años. Se le prestan los siguientes servicios:

Diagrama 5: Servicios Amigables



Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la guía de atención del programa.

Este programa promueve, por medio de la orientación, las capacidades de los jóvenes para tomar decisiones sobre su cuerpo, conocer sus derechos y garantizar los derechos sexuales

y reproductivos como la privacidad sexual, la libertad sexual, la autonomía, integralidad y seguridad sexual del cuerpo, el placer sexual, y decisiones reproductivas libres y responsables.

En los informes de gestión de los años 2018 al 2019, en el distrito de Santiago de Cali, se priorizan las acciones del programa promoción y prevención. Dividido en dos subprogramas: los servicios amigables y control prenatal, focalizados en la población adolescente.

En este sentido, el programa de servicios amigables aborda temas de planificación familiar, apoyo psicosocial y educación. Con base en estos parámetros se definen los indicadores de gestión y se presentan los siguientes resultados:

La tasa de fecundidad de 10 a 19 años en el municipio de Santiago de Cali, fue de 27,5 nacimientos por 1.000 mujeres en el año 2015, se ha logrado disminuir hasta llegar a 22 por 1.000 mujeres para el año 2018. Este logro obedeció, entre otros elementos, al fortalecimiento de las estrategias de servicios amigables para jóvenes en las 20 comunas de Cali, que a septiembre de 2019 ha atendido a 58.529 jóvenes en consulta de planificación familiar y ha alcanzado 64.647 jóvenes capacitados en salud sexual y reproductiva. (Informe de gestión, 2019).

Aunado a lo anterior, se muestra como parte de los logros que hubo una disminución de los embarazos de la población adolescente, facilitando el acceso a los métodos de planificación familiar, pero con una tasa mínima de reducción del 5.5%. Esto demuestra que aún es necesario fortalecer los programas con las acciones externas que permitirían llegar a los contextos con mayores carencias económicas, puesto que realmente los resultados son de 1.1% anual. Significa que hay una baja incidencia en la disminución de la tasa de

embarazos, que en los últimos 4 años no ha tenido variaciones significativas. Es decir, es necesario analizar en profundidad el programa para fortalecerlo.

4.5. Barreras de acceso

Los servicios de planificación familiar se realizan por demanda inducida y encaminan a la persona hacia una serie de servicios médicos de acuerdo con su ciclo vital. Dentro de las debilidades del programa está el hecho de que las acciones de promoción y prevención dependen administrativamente de la Secretaría de Salud, que determina los recursos y los momentos en que se desarrollan. Por consiguiente, como lo manifiesta una servidora pública, “Las acciones comunitarias se realizan en el marco de las conmemoraciones”. Así, no se desarrollan acciones colectivas de planificación de forma continua para que las personas, que por cuestiones socioeconómicas no acuden a la IPS, puedan tener acceso a los métodos.

Además de lo anterior, una de las enfermeras manifiesta: “Por problemas administrativos no contamos con determinados métodos de planificación” (Enfermera, IPS). Esta es una de las barreras de acceso que enfrentan las usuarias, quienes se ven perjudicadas en su proceso de planificación.

Las facilidades para el acceso están mediadas por factores administrativos de las EPS, como lo menciona una enfermera jefe encargada del programa de P y P:

Si el paciente es de Emsanar accede a los servicios de forma rápida, no requiere tener la cita del médico general para que le dé la orden para realización de citologías, pero cuando son de otras EPS deben traer remisión y esperar la autorización. (Enfermera IPS).

Desde este punto de vista, aunque los servicios primarios de salud son de bajo costo y no requieren copagos, existen barreras de acceso donde las EPS, mediante una serie de trabas administrativas, controlan el número de personas que pueden acceder al servicio.

Continuamente, el derecho a la salud y la vida de las mujeres y jóvenes, sobre todo de escasos recursos, están en riesgo por estas situaciones.

4.6 Imaginarios de género de los servicios de promoción y prevención

Las intervenciones sociales están cargadas de una serie de acciones encaminadas a sustentar un modelo de acción para atender los problemas sociales y sostener las estructuras sociopolíticas que las forman.

En este sentido, la intervención que desarrolla la Red de Salud Norte refleja la cultura institucional y las formas de implementar sus funciones que, inmersas en un contexto social, están cargadas de símbolos que sostienen, forman o transforman las relaciones sociales de los sujetos beneficiarios.

Por consiguiente, se realiza un análisis de las piezas comunicativas que usan las IPS como parte del programa. Es decir, los folletos de Planificación Familiar que son entregados por la Secretaría de Salud a las IPS.

Imagen 1. Folleto de planificación familiar



Fuente: Folleto de planificación familiar de ESE de Salud Norte.

Los materiales de difusión sobre planificación familiar informan sobre los métodos existentes, pero no tocan el tema del derecho a la autonomía de la mujer, a decidir sobre su cuerpo, implicaciones del embarazo no deseado, y no incluye a la pareja como parte del cuidado y prevención de las ITS.

El programa, al centrarse solo en el cuidado en términos biológicos durante el embarazo —sin involucrar a la pareja en el proceso de cuidado—, reproduce simbólicamente el rol de la mujer como madre y responsable del embarazo.

Imagen 2. Jornada descentralizada de salud sexual y reproductiva



Fuente: Tomado de la red social Facebook, de la ESE de Salud Norte.

4.6.1 Programa: Disminución de la tasa de morbilidad materna

Los informes de gestión de la Secretaría de Salud mencionan:

La reducción de la tasa de morbilidad materna pasando de 32 en el 2016 (9 casos) a una tasa de 12,1 por cada 100.000 nacidos vivos, en el 2018 (3 casos), siendo la cifra más baja en la historia de la ciudad y superando el resultado nacional de 43 por 100.000 nacidos vivos en 2018. Al binomio madre-hijo y la estrategia de captación temprana de mujeres en estado de embarazo para el inicio de control prenatal antes de la semana 12, pasando del 72% al 74% en el periodo 2016 a 2018. (Informe de gestión, 2018, p.16).

Si bien es cierto que el programa tiene un impacto en términos de la protección del derecho a la vida de la mujer en estado de gestación, evidencia su centralismo en temas de control prenatal y, al dejar de lado otros aspectos que hacen parte del cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer, implícitamente sostiene los símbolos e imaginarios de la mujer en su rol de madre.

Esto deriva en que se privilegie solo el sostenimiento de este programa, sin abordar la integralidad de los servicios de salud destinados a la mujer y que contribuirían a su autonomía como Sujeta de derechos.

4.6.2 Programa de cáncer de mama

La ESE de Salud Norte ha logrado hacer convenios con clínicas que se especializan en tratamientos para el cáncer de mama. Esto permite que se cuente con una oferta más amplia para la detección y tratamiento médico para las mujeres del régimen subsidiado. Promueve el autocuidado, proporcionando información sobre el autoexamen de mama de acuerdo con su ciclo vital. Cuenta con unidades móviles que brindan servicios primarios de promoción y prevención descentralizadas de la EPS. Igualmente, en las fechas conmemorativas se realizan campañas comunicativas en redes sociales para ofrecer los servicios de forma gratuita y se emiten las siguientes imágenes:

Imagen 3: Folletos de la conmemoración del día del cáncer de mama



Fuente: Tomada de la red social Facebook, de la ESE de Salud Norte.

Otra de las estrategias de la ESE de Salud Norte es la utilización de los medios de comunicación y las tecnologías de la información en las fechas conmemorativas para la mujer en temas de salud. Facilita el acceso brindando la atención gratuita y difunde en las redes sociales los carteles contra el cáncer de mama. Simbólicamente, sostiene los imaginarios de género usando colores rosa para representar la feminidad. No desmitifica los estereotipos ni manifiesta que los hombres también pueden adquirir la enfermedad en sus glándulas mamarias.

4.7 Garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva

Garantizar los derechos sexuales y reproductivos implica no solo brindar acceso a los servicios de salud, sino también facilitarles a los usuarios el conocimiento de sus derechos, la participación en las decisiones sobre su cuerpo y la inclusión de los otros miembros de la familia en el cuidado de la salud. Por esto, es importante que los profesionales de la salud cuenten con las distintas herramientas que permitan comprender las particularidades de las mujeres. De esta manera, se mejora la atención y son reconocidas como sujetos de derecho. Teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la política pública y los hallazgos del presente estudio, se plantean dos aspectos que importantes para garantizar los derechos.

4.7.1 Conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos

El personal encargado del área de promoción y prevención en las IPS no cuenta con el conocimiento necesario sobre género. Cuando se indagó sobre el tema, ninguna de las enfermeras encargadas del programa pudo definirlo, pese a que cuentan con protocolos amigables para atención de los servicios. Hay una debilidad en la materialización del enfoque, puesto que no saben cómo aplicarlo y desconocen las contribuciones en el mejoramiento de la salud. El abordaje del enfoque diferencial es incipiente: prestan una

serie de servicios estandarizados que, desde lo biomédico y lo político administrativo, son determinados para la atención. También hay debilidades en la transversalización, ya que no se cuenta con un profesional encargado de transversalizar el enfoque en todas las áreas de la salud.

4.7.2 Cualificación del personal de salud

Las personas responsables de coordinar los programas de prevención y promoción son enfermeras jefas. Cada IPS cuenta con el personal capacitado para abordar aspectos de la salud, pero aún el sistema no ha realizado los cambios institucionales ni se cuenta con los recursos económicos suficientes para atender las particularidades.

Si bien es cierto que dentro de la política pública se encuentra el abordaje de la salud desde el enfoque diferencial, en lo microsocioal no se han realizado los cambios necesarios. Por consiguiente, los programas están orientados al mercado, consistente en la prestación del servicio de baja complejidad de forma masiva.

Finalmente, al comprender las diferencias en el momento de atención, cuando el personal médico tenga la capacitación necesaria para abordar los aspectos socioculturales, no solo se garantiza el derecho, sino que además se mejora la salud de las mujeres. Frente al tema, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), en El Cairo, define así la salud sexual y reproductiva:

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 propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera 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. (1994, Capítulo VII, Párrafo 7.2)

Desde este concepto, la salud sexual no se trata solo de la ausencia de la enfermedad, comprende también el bienestar psicosocial: que las mujeres reciban un servicio que tenga en cuenta sus particularidades, que sean escuchadas, reconocidas y, además, sea posible propiciar la autonomía para la toma de decisiones en las distintas esferas de su vida.

Conjuntamente, falta construir desde aspectos médicos, culturales, sociales y políticos, estándares de salud que sean aplicados desde lo microsocial para proteger el derecho a la salud, acorde con el universo simbólico y social en el que se enmarca la vida de las mujeres.

5. CONCLUSIONES

Desde el análisis de cada uno de los capítulos, se establecen las siguientes conclusiones frente a los servicios de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva en la ESE de Salud Norte.

La centralidad en la ausencia de la enfermedad evita que se tengan en cuenta otros aspectos socioculturales. Su influencia en las interacciones sociales puede ser uno de los factores por los que no se desmitifican los mensajes que sostienen relaciones de subordinación.

En tanto se reconozca la salud como un Estado de bienestar desde distintas dimensiones es posible que se pueda mejorar en el reconocimiento del otro a partir de la escucha activa de sus necesidades y las posibilidades de abordaje desde los distintos servicios que se prestan.

Las decisiones administrativas son transversales a la ejecución de las políticas públicas puesto que incidirán en la viabilidad de prestar determinados servicios, y realizar intervenciones que permitan abordar la integralidad de la salud sexual y reproductiva.

La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva se basa en los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud quien, por esto hay una mayor orientación del programa de salud sexual y reproductiva hacia la planificación familiar en la población adolescente.

La globalización tiene un papel importante en el tratamiento de la salud como un problema público, ya que es un elemento que influye y define la intervención Estatal y las fuentes de financiación para la ejecución de los programas.

Los servicios prestados en temas de promoción y prevención se dividen en servicios colectivos e individuales. En este sentido, las acciones colectivas son aquellas orientadas a las familias y comunas; dependen de la Secretaría de Salud porque es la responsable de la salud pública y, según los recursos que tenga, serán los alcances y la durabilidad del proyecto. Por ello, se realizan acciones basadas en los principios administrativos de la eficiencia y la eficacia, focalizando la atención y facilitando el acceso en actos conmemorativos para optimizar recursos.

El aumento de los actores para ejecutar la política y promover la competencia, con el fin de desarrollar mejores servicios de salud, no se reflejó. Esto debido a que la fragmentación del sistema, donde cada uno de los actores tiene unas funciones reglamentadas normativamente, no ha dado los resultados esperados; hay un bajo nivel de cooperación y de integración de los servicios que se prestan de salud sexual y reproductiva, las mujeres tienen muchos obstáculos para acceder a servicios de otros niveles y estos, al estar organizados jerárquicamente, no aseguran la continuidad del servicio. Solo se logra acceder al nivel uno de salud dependiendo de la EPS, puesto que su intermediación administrativa, basada en el lucro, restringe los servicios con barreras administrativas y burocráticas que complejizan que mujeres en condiciones de vulnerabilidad puedan acceder.

El modelo del sistema de salud está basado en la Nueva administración pública por esto, se privilegia la eficacia, y la eficiencia de las acciones de prevención con proyectos a corto plazo, y la promoción con acciones focalizadas.

La secretaria de salud tiene debilidades como coordinador del sistema, no propicia la coordinación de los diversos actores que intervienen en la implementación de la política

pública, esto imposibilita que se construyan objetivos comunes, y se tomen decisiones administrativas de manera conjunta para mejorar la prestación de los servicios.

Igualmente, en cuanto a las funciones de seguimiento y control se limita a ser un mediador con la atención de casos individuales frente a la no prestación de los servicios por parte de las EPS, esto obstaculiza que se den soluciones definitivas frente a las barreras de acceso.

La pauperización de la salud ocasiona que, aunque existan diversos actores dentro del sistema, la financiación de la salud pública quede a cargo del Estado. Las EPS no contribuyen en el mejoramiento de los servicios, y se favorece un escenario donde la salud es mercado y los ciudadanos, clientes. Pese a que los servicios de salud primarios son gratuitos, existen una serie de barreras construidas por las EPS. Además, los determinantes sociales de la salud dificultan el acceso a las mujeres.

El modelo del sistema de salud está basado en la Nueva administración pública por esto, se privilegia la eficacia, y la eficiencia de las acciones de prevención con proyectos a corto plazo, la promoción con acciones focalizadas.

Finalmente, mencionar que el análisis desde el enfoque de la gobernanza y el enfoque de género El análisis de la policía pública de salud sexual y reproductiva a partir del enfoque de género y gobernanza permitió analizar los roles, las interacciones y la caracterización de los diversos actores que implementan el programa de salud sexual develar los impactos de la implementación en la vida cotidiana de los ciudadanos, y en la generación de cambios sociales orientados a destruir los sistemas de subordinación y dominación que ponen a las mujeres en condiciones de desigualdad, y establecer nuevas formas de abordaje de problemas públicos en torno a la salud sexual y reproductiva.

6. RECOMENDACIONES

fortalecer la participación de la mujer en los programas del sistema de salud para promover prácticas de autocuidado como parte de las acciones de prevención, lo que contribuiría a disminuir los factores de riesgo que obstaculizan un ejercicio pleno de la autonomía y del goce de derechos.

Continuar fortaleciendo uso de las tecnologías de comunicación como herramienta para el acercamiento con el ciudadano. Es un instrumento que facilita la información para que muchas personas puedan acceder a los servicios.

Fortalecer la transversalización del enfoque de género en la prestación de los servicios de promoción y prevención desde las diversas estrategias comunicativas lo que contribuiría a desmitificar los símbolos que sustenta relaciones de subordinación.

Propiciar espacios de coordinación con los diversos actores y sectores institucionales para la toma decisiones conjuntas, es un primer paso hacia el mejoramiento de las condiciones de acceso para las mujeres.

7. BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, Diana Xiomara, (2016). Análisis de la Política de Salud Sexual y Reproductiva frente al Embarazo en Adolescentes. Repositorio. Urosario.<https://DOI.repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12855/alvarezCelyDianaXiomara--2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Auto, 092, 2004. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2008/a092-08.htm>.
- B. Guy, Peters. (2005). Gobernanza y burocracia pública: ¿nuevas formas de democracia o nuevas formas de control? Revista da Escola Galega de Administración Pública,<http://DOI.ORG>. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1428165>.
- Bericat, (1998). La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Ariel S.A.
- Boletín epidemiológico del valle del cauca boletín 34. 2021.
<https://www.valledelcauca.gov.co/documentos/12769/boletines-epidemiologicos-semanales-ano-2021/?genPagDocs=4>.
- Briones, Guillermo. (2002). Epistemología de las ciencias sociales. ARFO.
- Brasil, Ministério da Saúde. Tasca, Renato (Coord.) Organização Pan-Americana da Saúde.pag. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18457>.
- Congreso de Colombia. Ley 1257 de 2008.
https://oig.cepal.org/sites/default/files/2008_col_ley1257.pdf.
- Corte Constitucional. (14, abril de 2008) auto 092/08. (Manuel José Cepeda Espinosa). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2008/a092-08.htm>.

Corte Suprema de Justicia. (2014 enero 22). Sentencia T:025/04. (Manuel José Cepeda Espinosa). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>.

Conferencia internacional del Cairo 2014.

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf.pag.37. (Capítulo VII, Párrafo 7.2, Programa de Acción, CIPD, 1994.

Convención Belén Do Para. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

De Los Santos, P. V., & Reyes, D. D. J. (2018). Política de salud sexual y reproductiva para adultos mayores en México y Colombia. *Perspectivas Sociales*, 19(2). Recuperado a partir de <https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/13>.

Defensoría del pueblo. (2008). Promoción y Monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual. Taller Creativo de Aleida Sánchez B. Ltda. <http://defensoria.gov.co>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo poblacional. Consultado el 14 de mayo 2020. <http://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/643/>

Departamento Nacional de Planeación. (2013 noviembre 25) Conpes 3784 de 2013. <http://historico.equidadmujer.gov.co/Normativa/Documents/Conpes-3784-Mujeres-victima-conflicto-armado.pdf>

Departamento Nacional de Planeación. Conpes 616 de 2013. <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Paginas/politica-publica-de-equidad-de-genero.aspx>.

Decreto 2968 de 2010. <https://www.suinjuriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1504927>.

Estatuto de Roma De la Corte Penal Internacional 1998. https://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/estatuto_roma_cor te_penal_internacional.html.

ESE de Salud Norte. (S.F.). Guía de Salud sexual y Reproductiva. IPS.

Fernández Ruiz-Gálvez, E. (2015). Mainstreaming de género y cambio social. *Anales De La Cátedra Francisco Suárez*, 49, 333-365. doi:10.30827/acfs. v49i0.3288.

Guía de Servicios amigables.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes-SSAAJ.aspx>.

Hoyos-Hernández, P. A., Valero-Londoño, A. B., & Acosta-Ramírez, N. (2015). La enseñanza de la salud pública y la educación en salud sexual y reproductiva en zonas marginadas de Cali. *Salutem Scientia Spiritus*, 1(2).

Informes de Gestión (2020)

https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/112937/informe_ges/.

Informe Anual de del plan de gestión (2018)

<https://esenorte.gov.co/docs/transparencia-acceso-informacion publica/planeación/políticas-manuales/plan>.

[gestion/Informe%20Anual%20Evaluacion%20Cumplimiento%20Plan%20de%20Gestion%20Vigencia%202018.pdf](https://esenorte.gov.co/docs/transparencia-acceso-informacion publica/planeación/políticas-manuales/plan).

Ley 100, art.179.

Ley de Igualdad de Oportunidades (11, julio de 2003) ley 823 de 2003. *Diario Oficial* No. 45.245. https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-3692_documento.pdf.

Medina, Chávez Ana María (2014) Contexto social del debate sobre el control natal en Colombia en las décadas de 1960 y 1970: política, medicina y sociedad. *História, Ciências, Saúde* v.21, (n.4), p.1467-1473 *Ciências*, <https://Doi.scielo.br/j/hcsm/a/zkLgH7L5YV4pPy43mNYmTHL/?lang=es&format=pdf>.

Natera Peral, Antonio. (2005). Nuevas estructuras y redes de gobernanza. Revista mexicana de sociología, 67(4), 755-791. Recuperado en 06 de noviembre de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018825032005000400004&lng=es&tlng=es.

Noreña-Herrera, Camilo, Leyva-Flores, René, Palacio-Mejía, Lina Sofía, & Duarte-Gómez, María Beatriz. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. Cuadernos de Saúde Pública, 31(12), 2635-2648. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00016515>.

Ortúa de la Pava, Martha Lucía (2014). Gobernanza local con transversalidad de género en el consejo comunitario la Plata - Bahía Málaga, Pacífico Colombiano. (tesis de Maestría) Repositorio Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/12413>.

Plan de acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes. (2018), <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-para-salud-mujer-nino-nina-adolescentes-2018-2030>.

Plan Decenal de Salud, (2012)
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>.

Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva 2014. Consultado el 18-05-2020.
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POLÍTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>.

Presidencia de la República. (6, agosto de 2010) Decreto 2968 de 2010.
<http://www.suinjuriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1504927>.

Red de salud del norte.2021/10/15.dia mundial del Cáncer de mama. Recuperado de [http://. faceebook.com](http://.faceebook.com)

Rodríguez-Vargas, F., & Molina-Berrio, D. (2015). Elementos del contexto que intervienen en el desarrollo de las políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva elaboradas entre el 2003 y el 2013. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 14(28).

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps18-28.ecid>

Roth Deubel, André-Noël. Perspectivas Teóricas para el Análisis de las Políticas Públicas: ¿De la Razón Científica al arte Retórico? *Estud. Polit.* [online]. 2008, n.33, pp.67-91. ISSN 0121-5167.

Roth, Deubel. (2020). *Políticas Públicas Formulación y Evaluación*. Ediciones Aurora.

Rubio, María (2019). *Análisis de la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Ejercer la autonomía al practicar la anticoncepción: apuestas, barreras y retos* (Tesis de Maestría. Universidad Javeriana). Repositorio Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/42327>.

Scott W, Joan. (1996) *El género una categoría Útil*.
http://fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos_economicos_sociales_culturales_genero/El%20Genero%20Una%20Categoria%20Util%20para%20el%20Analisis%20Historico.pdf.

Silva, Diógenes. (2018). *Análisis de la Política Pública de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en su fase de reformulación, realizada durante 2013* (Tesis de Maestría. Universidad Nacional). Repositorio Universidad Nacional.
<http://bdigital.unal.edu.co/70178/2/DiogenesSilva.2018.pdf>.

Schoijet, Mauricio. (2007). El control de la natalidad: un esbozo de historia. *Papeles de población*, 13(54), 115-161. Recuperado en 22 de enero de 2022, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252007000400006&lng=es&tlng=es.

UNFPA Colombia. (2018). El poder de decidir: Derechos reproductivos y transición demográfica. <https://colombia.unfpa.org/es/news/unfpa-presenta-el-poder-de-decidir-derechos-reproductivos-y-transición-demográfica>.

Villegas Echavarría, Yulieth. (2017). Análisis de caso del Acuerdo de Voluntades sostenido entre la Secretaría de las Mujeres de la Alcaldía de Medellín y la Corporación para la Vida Mujeres que crean entre el año 2009 y 2011 (Tesis de Maestría. Universidad EAFIT). Repositorio universidad EAFIT <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/12305>.

Young Mario, Iris. (2012). Género, Emancipación y Diferencias. Plaza y Valdés

Zurbriggen, Cristina (2011). Gobernanza: una mirada desde América Latina. Perfiles Latinoamericanos, (38),39-64. [fecha de Consulta 20 de mayo de 2020]. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115/11519271002>.

8. ANEXOS.

Guía de preguntas para entrevista actores institucionales.

Nombre

Profesión

Tiempo Laboral

1. ¿La norma plantea la consolidación de la mesa de salud sexual y reproductiva, esta mesa está funcionando? ¿Qué acciones desarrollan y quienes participan?
2. Se articulan con otras instituciones y organizaciones sociales, ¿cómo es el proceso y que actividades realizan?
3. ¿Cuénteme cuál es la función de la secretaria de salud en la implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva?
4. ¿Cómo se desarrolla el relacionamiento entre el ESE norte y la Secretaria de Salud?
5. ¿Cuáles con las actividades que se realizan en el programa de prevención promoción con las ESE?
6. ¿Cuáles son los programas que en el marco de la política pública de SSR, son financiadas por la secretaria de salud?
7. ¿Cómo funciona el programa de promoción y prevención de salud sexual y reproductiva en la Red Norte?
8. ¿Cuáles son los lineamientos que operacionalizan en la PP de SSR, y cuáles son las prioridades establecidas por la secretaria de salud?
9. ¿Cada cuanto se desarrollan las actividades?

10. ¿Qué estrategia de comunicación aplican para las actividades de promoción y prevención?
11. ¿Cuáles son las dificultades que encuentran en materia de SSR?
12. ¿Cómo se capta, a las mujeres que ingresan al programa de promoción y prevención de SSR, en la Red Norte?
13. ¿Capacitan a los servidores públicos de ESE Norte en que temas?

Guía de entrevistas para lideresas, y beneficiarias de los servicios SSR.

Nombre

Edad

1. ¿Hace parte de una organización social, hace cuanto y que cargo tiene?
2. ¿Qué acciones realiza, la organización a la que pertenece?
3. ¿Qué servicios de salud sexual y reproductiva ha accedido, hace cuanto y que piensa de la atención recibida?
4. ¿Ha participado de jornadas de salud sexual y reproductiva, cuantas y que servicios le han ofrecido?
5. ¿Ha tenido alguna dificultad para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, ¿cuáles?
6. ¿Qué es la participación?
7. ¿Ha participado de algún grupo de salud formado por la IPS?.
8. ¿Hace parte de la mesa de género, hace cuanto, que cargo tiene?
9. ¿Ha sido capacitada por la secretaria de salud y de género, en que temas?
10. ¿Qué hace para cuidar su salud SSR?