

**PROPUESTA DE POLÍTICA DISTRITAL**  
**“SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA”**

*DOCUMENTO DE TRABAJO*

# PROPUESTA DE POLÍTICA DISTRITAL

## “SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA”

### Introducción

Una ciudad equitativa, que respeta la vida y garantiza los derechos de todas y todos, que reconoce las diferencias y que promueve en sus habitantes la autonomía, no puede tolerar que un niño o una niña sean víctimas de abuso y violencia sexual, que desde la infancia no se tenga acceso a educación para la sexualidad, a que recién nacidos sean fruto de gestaciones no planeadas, a que no se reconozca la importancia de la individualidad en las decisiones y opciones sexuales, a que se comprometa la posibilidad de disfrutar la sexualidad y la procreación por causa de enfermedades infecciosas, cáncer y otras patologías, a que se desconozca el ejercicio de la sexualidad en los adultos y las adultas mayores, a que mueran gestantes o sus frutos como resultado de causas perfectamente prevenibles, a que se invisibilice la importancia de la identidad y el cuerpo de todos y todas.

La sexualidad humana tiene tres funciones fundamentales: **procreativa, erótica y comunicativa**. La primera hace énfasis en los aspectos relacionados con la perpetuación de la especie humana. La segunda resalta la lúdica que acompaña la respuesta sexual que implica satisfacción de necesidades psicosexuales, expresión del afecto, intimidad, sensualidad y placer. Por último, la función comunicativa supone que la sexualidad puede ser entendida en términos del conocimiento del cuerpo y de la interacción con el otro o la otra para expresar, intercambiar y compartir emociones, pensamientos, deseos, y acciones.

Desde esta perspectiva, la sexualidad está afectada por la relación de las personas con el medio y determinada por las historias cotidianas de hombres y mujeres, de niños y niñas, que se desarrollan dentro de espacios tan comunes como el hogar, la escuela, el sitio de trabajo, el barrio, el bar, entre otros.

Por otra parte, las concepciones sexuales, las propias ideas sobre los cuerpos y el comportamiento, las opciones de práctica sexual, las opciones sexuales, la planeación de las gestaciones y las decisiones para regular la fecundidad, son el resultado de un complejo sistema de relaciones económicas, culturales y aún políticas, que determinan el modo de vivir de cada grupo con sus condiciones de clase, en cada territorio o espacio socioeconómico.

La *Política Distrital “Sexualidad Sin Indiferencia”* articula las necesidades sociales con una perspectiva amplia de la sexualidad, donde lo individual, lo grupal y lo colectivo tienen expresión y especial atención.

Esta propuesta convoca a todas las fuerzas activas a participar en su desarrollo, pues no hay nada más humano que la sexualidad en todas sus expresiones, con todas sus posibilidades de diversidad, particularidad y pluralidad, en oposición a un medio globalizante que intenta unificar, generalizar y homogenizar.

### La No indiferencia a la cotidianidad

#### **Educación sexual<sup>1</sup>**

A pesar de existir la Ley Nacional de Educación, que contempla como obligatoria la Educación Sexual, en el Distrito Capital el desarrollo de la educación sexual ha tenido importantes limitaciones, que son reflejo de lo que sucede en el país. Un estudio realizado por el Ministerio de Educación logró establecer limitaciones en la calidad del proceso, dificultades para abordar el tema por parte de docentes y las familias de los y las estudiantes, así como debilidades administrativas para lograr una educación emancipadora, generadora de autonomía, respetuosa de las diversidades sexuales y con enfoque de géneros, situaciones que también señalan los mismos niños, niñas, adolescentes, padres y madres de familia.

Se exige desde diferentes ámbitos la necesidad de incidir en temáticas elementales que sugieran el abordaje del cuerpo, la identidad, el reconocimiento, la autonomía, el empoderamiento, la diversidad, el

---

<sup>1</sup> Cabe anotar que el saber de la sexualidad debe desarrollarse como ciencia, en lo estético y en lo ético de la sexualidad.

respeto, la comunicación con el otro y las otras, para de esta manera afectar positivamente a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, a los grupos sociales y a la sociedad en su conjunto, así como incidir en condicionantes sociales y culturales de mayor alcance.

### ***Nacimientos en adolescentes***

Los nacimientos en la población de 10 a 19 años superan los 20.000 anuales. Esta cifra tiene un gran peso en la tasa de fecundidad de Bogotá, pero su importancia radica en que su presencia está asociada a la desintegración que conlleva falta de comunicación, maltrato intrafamiliar, vacíos afectivos, sensación de soledad, pérdida de valores y limitadas oportunidades educativas y laborales. Eventos como la violencia, el abuso sexual, el consumo de sustancias psicoactivas también comparten estos factores de riesgo.<sup>2</sup>

Las localidades que han reportado mayores tasas de nacimientos en adolescentes, contados por cada 10.000 jóvenes entre los 10 y 19 años, son Santa Fe (57.7), Usme (56.63), Candelaria (51.22), San Cristóbal (48.83) y Rafael Uribe (47.48).

El nacimiento en una gestante adolescente conlleva limitaciones del desarrollo integral de la madre, de su hijo o hija, mayor carga social para la familia que acoge a la adolescente, e incluso condiciones para la violencia intrafamiliar en los casos en que se consolida una nueva familia. También se puede señalar que el riesgo de mortalidad materna es cuatro veces mayor entre las adolescentes y que sus frutos tienen mayor probabilidad de nacer prematuramente y de bajo peso, con requerimientos especiales de cuidado intrahospitalario y familiar.<sup>3</sup>

### ***Las gestaciones no planeadas y los abortos inducidos***

Se ha aumentado progresivamente el porcentaje de gestaciones no planeadas, pasando en 1990 del 25% al 66% en el año 2003. Con relación a la prevalencia del aborto inducido éste fue del 5% para el año 1998 y del 4.15% para el 2003. Estas tasas siguen siendo altas, comparándolas con países donde el aborto está legalizado. Países Bajos (0.5%), Canadá (1.2%) e Inglaterra (1.4%).

El mayor riesgo de ocurrencia del embarazo no planeado en las mujeres y hombres que tienen relaciones sexuales es el no uso de los métodos anticonceptivos, ser adolescente y el inicio de relaciones sexuales a edad temprana.

También se identificaron como factores condicionantes la insuficiente oferta de métodos anticonceptivos, falta de actualización y oferta de métodos modernos, falta de metodologías y pedagogías educativas adecuadas para la promoción y prevención.

La mayoría de las mujeres proviene de familias numerosas, superpuestas, con antecedentes de madres y hermanas que vivieron la experiencia de ser madres en la adolescencia o haber tenido abortos múltiples. También provienen de estructuras familiares patriarcales, con madres sumisas y padres dominantes, periféricos afectivamente. En las dinámicas familiares predomina el maltrato intrafamiliar del hombre hacia la mujer y los hijos e hijas y de la madre hacia los hijos e hijas.

En las familias actuales estas mujeres han optado por vivir solas en su mayoría, y como expresión de debilidad en su autonomía, han tenido múltiples relaciones de pareja con diferentes hombres e hijos e hijas de diferentes padres, prevalece una dinámica de pareja con patrones de interacción violenta, repitiéndose el esquema del maltrato del hombre hacia la mujer, principal motivo de las separaciones, no-uniones.

### ***Infección por el Virus de inmunodeficiencia humana VIH y Sida***

La no garantía de derechos como el derecho a la vida, a la salud, a un trabajo digno, a la educación, a la información, a la autonomía, a la no discriminación, al reconocimiento, genera inequidades entre las personas y aumenta su vulnerabilidad, exposición y susceptibilidad a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su consecuencia, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Las estadísticas del año 2003 dan cuenta de lo descrito. Según ellas, el 52% del total de casos de VIH notificados en Bogotá durante ese periodo se concentran en las seis localidades declaradas en emergencia social y el 34% en tres de ellas (Kennedy, Ciudad Bolívar y Suba).

---

<sup>2</sup> ¿Cómo influyen los medios masivos?

<sup>3</sup> Determinar otros efectos sobre las adolescentes y sus recién nacidos

Las cifras mostraron que el 44% de las muertes por VIH/SIDA se dieron en las seis localidades en emergencia y el 24% en las últimas tres antes mencionadas, lo que indica que la pobreza incrementa la vulnerabilidad al VIH y éste, a su vez, incrementa la pobreza por sus efectos devastadores sobre la productividad de las personas y la calidad de vida, cerrándose uno de los principales círculos de mantenimiento y fortalecimiento de la infección.

Las muertes por SIDA son más frecuentes en la población joven, afectando la esperanza de vida. Entre los años 2001 y 2003, la muerte por esa causa pasó del 0.77% al 2.42% en el grupo de menores de 15 años. En el año 2003 el 84.6% de las muertes por VIH/SIDA se dio en personas de menos de 50 años y pasó en el 2002 al segundo lugar como causa de mortalidad después del complejo trauma – violencia.

La inequidad de género determina la mayor vulnerabilidad de la mujer. Las mujeres ignoran casi por completo la situación de riesgo de infección por VIH en la que se encuentran e igualmente, son sometidas a abuso sexual y violencia, determinando su alta vulnerabilidad a las ITS y al VIH. En nuestra cultura las mujeres aún carecen de poder para negociar el uso del condón con sus parejas, lo que se reflejó en los datos sobre uso del condón en mujeres y hombres, arrojados por el estudio centinela de Bogotá del 2002 – 2003, que muestran diferencias significativas en el uso del condón por personas de los dos sexos (43,1%, en hombres y 31,6% en mujeres).

La tendencia hacia la heterosexualización del VIH/SIDA indica que la mayor parte de las mujeres se infectan no sólo por sus propios comportamientos de riesgo sino por los de su pareja. Esta situación está mediada por la inequidad de género que determina relaciones de poder y sometimiento y la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a sus parejas, lo cual interfiere en la generación de su corresponsabilidad ante el autocuidado. Consideraciones sobre que el matrimonio y la estabilidad con la pareja pueden ser una vacuna suficiente contra la infección, hacen parte de las ideas prevalentes en nuestra cultura, determinando para las mujeres una gran vulnerabilidad al VIH, expresada en cifras como las que demuestran el vertiginoso ascenso en el número de casos de VIH en mujeres y la disminución de la relación hombre – mujer, mientras que al inicio de la epidemia, año 1984, por cada 57 hombres se presentaba una mujer afectada, para el año 2003, por cada 4 hombres hay una mujer viviendo con el virus.

La prevalencia en la población general para el 2003 se estimó a través del Estudio Centinela de Bogotá (2002 – 2003) en 0.44%, es decir que por cada 1000 personas hay cerca de 5 personas portadoras del virus. Sin embargo, estudios como los de la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida del año 2000 evidencian que de cada 100 hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (en esta población se incluyen los bisexuales, quienes actúan como población puente en el proceso de incremento de la epidemia en mujeres), 18 viven con la infección.

Lo anterior indica que la epidemia se concentra más en subgrupos. Sin embargo, existen indicios de una tendencia a la generalización de la epidemia, dada la creciente infección en mujeres y el consecuente impacto en la transmisión madre - hijo.

Bogotá no puede ser indiferente frente a la epidemia del VIH y el SIDA, así como a otras infecciones de transmisión sexual. La mortalidad por esta infección se ha convertido en la primera causa entre la población económicamente activa, la infección está afectando a toda la población en edad fértil, sin importar su orientación sexual, y ha aumentado vertiginosamente entre las mujeres, en especial adolescentes y adultas jóvenes. El actual desarrollo científico en el manejo del problema puede garantizar la calidad de vida de las personas que viven con la infección y puede prevenir su transmisión perinatal.

### ***Mortalidad materna y perinatal***

Bogotá acoge cada año a aproximadamente 110.000 nacimientos, los que son atendidos en su gran mayoría en instituciones de salud. La ciudad cuenta con un gran número de instituciones de salud para el control prenatal y la atención del parto, con personal de salud calificado y con la mejor tecnología disponible del país, por lo que en Bogotá no se puede tolerar que ocurran muertes maternas y en recién nacidos, y menos aún si éstas son prevenibles.

La mortalidad materna presentó desde el año 1999 hasta el 2002 una tendencia a la disminución, pasando del 86,46% al 63,51% por cada 100.000 nacimientos, pero son altas si se comparan con las de Medellín (.....) o Cali (....). Por cada muerte materna más de 130 mujeres presentaron riesgo de muerte y quedaron

con secuelas permanentes que afectaron su capacidad procreativa, sexual y erótica. Ambas situaciones, es decir la mortalidad y la discapacidad o morbilidad, conllevan desestructuración familiar, orfandad, mayor riesgo de violencia intrafamiliar, abandono y pérdida en la calidad de vida.

Entre las causas médicas de mortalidad materna, se evidencian como principales la enfermedad hipertensiva del embarazo y la hemorragia posparto. En los análisis institucionales y domiciliarios se ha identificado que el 80% de las mortalidades maternas tienen asociadas problemas de calidad en la atención, tales como la no vinculación del compañero en el proceso procreativo y durante el parto, la falta de acceso a métodos de regulación de la fecundidad, deficiente control prenatal, no detección e inadecuado manejo de las infecciones urinarias, no identificación temprana del riesgo y falta de remisión oportuna.

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

La mortalidad materna para el año 2002 fue de 60,3 defunciones por cada 100.000 nacimientos, siendo mayor en las localidades de Antonio Nariño (169.9), Tunjuelito (129.1), Santa Fe (112.9), Usme (112.4), Chapinero (98.4), Bosa (94.3), Kennedy (83.3), Puente Aranda (75.8), Rafael Uribe Uribe (70.8) y Ciudad Bolívar (60.9).

En lo relacionado a la mortalidad perinatal, el comportamiento de este evento no ha sufrido mayores cambios en los últimos 10 años (8,7 y 8,5 muertes fetales y de recién nacidos por 1.000 nacidos vivos en el año 1990 y 2002, respectivamente) identificándose como principal causa la asfixia perinatal, eventos relacionados con la atención del embarazo, parto y reanimación del recién nacido.

De otra parte el 32% de las gestantes atendidas en la red pública de hospitales, presentan bajo peso, el 14.4% presentan sobre peso y el 15% obesidad. Lo anterior implica que más del 50% de las gestantes que son atendidas en consulta prenatal presentan algún problema de malnutrición (déficit o exceso), situación que refleja las condiciones socioeconómicas de las familias gestantes lo que determina diferentes condiciones de riesgo no sólo para la gestante si no para el recién nacido, durante todo el proceso de la gestación, parto y puerperio.

El bajo peso al nacer aparte de considerarse uno de los indicadores más significativos para evaluar la calidad de vida de la población, es el eslabón primordial en la cadena de causalidad de la mortalidad perinatal y otras patologías del periodo neonatal y problemas de salud en el primer año de vida. La incidencia de bajo peso al nacer genera un incremento innecesario de la demanda de atención médica, causa trastornos familiares y sobrecarga de los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales especiales.

Teniendo en cuenta las causas de muerte, y que la cobertura del control prenatal es del 95.5%, y la del parto institucional en la ciudad es del 97.2%, se puede concluir que una gran proporción de las muertes se pueden evitar, reduciendo los nacimientos en adolescentes, fortaleciendo en las familias gestantes su autonomía y empoderamiento para la toma de decisiones, mejorando la captación temprana de las gestantes, realizando una detección oportuna de riesgos y su atención adecuada durante el control prenatal, garantizando calidad en la atención durante el trabajo del parto, el parto y el postparto, y adecuando la atención para que los recién nacidos nazcan en óptimas condiciones de vida y de salud.

## Enfoques de la política

Son enfoques de la política la autonomía y su fortalecimiento, los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, la salud sexual como derecho a la salud, el cuidado del cuerpo, el reconocimiento de los derechos de género y de las opciones sexuales y la promoción de la participación masculina.<sup>4</sup>

Entendemos por **autonomía** el “ejercicio de la libertad en relación con las decisiones que los sujetos toman en el marco de sus deseos y necesidades, al tiempo que en el plano colectivo se refiere a las posibilidades

---

<sup>4</sup> Requieren un enfoque con base en las relaciones entre libertad, poder y verdad.

que tienen los grupos de tomar parte activa en las decisiones que afectan a todos y todas, lo que se define en la esfera de lo público”<sup>5</sup>.

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

El contenido de los derechos sexuales y reproductivos se puede resumir en una frase: toda persona tiene derecho a decidir con quién, cuándo y cómo tiene, o no, hijos y relaciones sexuales. Son los derechos que garantizan la libre decisión sobre la forma como se expresa la sexualidad en las esferas procreativa, erótica y comunicacional.

La **salud sexual y el derecho a la salud** va más allá de la ausencia de enfermedades. Es lograr que una persona conozca su cuerpo de tal manera que pueda cuidarlo; ser capaz de tomar decisiones respecto a su sexualidad (la forma de ser, sentir, amar y actuar, como hombres o como mujeres) y en relación con la pareja, conocerse a sí misma y elegir formas de demostrar su afectividad y de relacionarse con las demás personas. Significa además que las personas tengan condiciones para tener una vida sexual segura, satisfactoria y placentera, no necesariamente ligada a la procreación.

Como derecho, la política establece que debe haber servicios médicos para cubrir las necesidades en salud reproductiva, de infantes, adolescentes, jóvenes, adultos y adultas mayores, en especial para la educación y asesoría sexual, servicios de regulación de la fecundidad, ginecológicos y obstétricos, así como para una adecuada prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual, de la violencia y abuso sexual, de otras enfermedades infecciosas, cáncer y demás patologías que afectan el ejercicio pleno de una sexualidad sana.

El **cuerpo**<sup>6</sup> ha sido entendido y estudiado fundamentalmente desde dos grandes corrientes de las ciencias sociales: una que plantea que es necesario comprender la forma en que las condiciones biológicas de la existencia afectan el diario vivir y buscan analizar la interacción entre sistemas orgánicos, marcos culturales y procesos sociales, y otra, que concibe al cuerpo como un sistema de símbolos, como una construcción social de poder y conocimiento en la sociedad, o como un efecto del discurso social.

Se tiene en cuenta la inscripción en el cuerpo de atributos y limitaciones derivados de la clase social, el género, la pertenencia étnica, el grupo étnico, el origen regional, etc.; sobre las manifestaciones de estos atributos y limitaciones en las distintas enfermedades de los diversos grupos sociales o en los síntomas que acompañan ciertas situaciones sociales o circunstancias vitales; el cuerpo como objeto de manipulación para el conjunto de los poderes, nombrado y moldeado por las definiciones culturales, valorativas y normativas, dando lugar a múltiples metáforas a lo largo de la historia, donde se utilizan políticamente los discursos sobre la diferencia y la desigualdad, donde los sujetos dan sentido a la enfermedad, el bienestar, la sexualidad o la procreación, se codifica y recodifica la experiencia corporal del sujeto en los distintos espacios y territorios sociales, se interpretan la estructura y las funciones del cuerpo en diferentes contextos socioculturales y se pueden establecer las diferencias corporales y las relaciones de género.

**Género** se refiere al conjunto de rasgos adquiridos en el proceso de socialización, que diferencian a hombres y mujeres en una sociedad. Son las responsabilidades sociales, pautas de comportamiento, valores, gustos, temores, actividades, expectativas, etc., que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres.

La **participación masculina** también experimenta en nuestras sociedades explotación, desventaja y discriminación, pero como formas de inequidad distintas, puesto que es diferente padecer dichas inequidades en condición de varón, dado que los padecimientos de género y el sufrimiento de las consecuencias negativas del machismo son diferentes para los hombres.

Las **opciones sexuales** no hacen a las personas ni buenas ni malas y deben ser contempladas desde la tolerancia, entendiendo ésta como un proceso activo que implica reconocer, aceptar y valorar al otro o a la otra y conlleva el respeto por la libertad como punto de partida de cualquier forma de vínculo o de relación

---

<sup>5</sup> falta la referencia

<sup>6</sup> falta lo relacionado al enfoque del cuidado del cuerpo

de poder. No existe una sexualidad porque ésta es únicamente un imaginario social que como tal no es una, sino propia de cada espacio, tiempo, lugar, sociedad, cultura y persona. Hay particularidad en la vivencia que cada persona tiene de la homosexualidad, la heterosexualidad, el lesbianismo o la bisexualidad y la condición de transgéneros.

## **Ejes de la política “Sexualidad Sin Indiferencia”**

### **1. Educación para la sexualidad y la vida**

Una educación para la sexualidad debe promover la transformación de patrones, estereotipos e imaginarios que de manera directa e indirecta, dan razón de la gama de vulnerabilidades y descontentos con relación al ejercicio pleno de la sexualidad como dimensión humana.

La educación se transforma en una *responsabilidad del Estado* y en un *Derecho de las ciudadanas y ciudadanos*, en el que participan las comunidades educativas, las iglesias, las familias y el sector social, garantizándose que la educación ofrecida sea emancipadora, generadora de autonomía, respetuosa de las diversidades sexuales, con enfoque de géneros y que favorezca las funciones procreativa, erótica y comunicacional de la sexualidad.

La meta<sup>7</sup> de la política en este eje es

**Reducir el número de nacimientos en la población de 15 a 19 años en un 17 %.**

Son acciones de este eje las siguientes

- ❑ Fomento de la comunicación y de las manifestaciones de afecto al interior de la familia, y de lógicas que reconozcan la importancia y valor del cuerpo y la identidad, atendiendo que las actitudes valores y conductas de los padres influyen en el desarrollo de los hijos, así como la comunicación al interior de las relaciones familiares.
- ❑ Eliminación de mitos y tabúes que dificultan la fluidez, claridad y emisión de información alrededor de la sexualidad.
- ❑ Fortalecimiento de las relaciones sociales que permiten el desenvolvimiento libre y seguro en ambientes diferentes de habilidades en las relaciones personales, grupales y colectivas.
- ❑ Información relacionada con los significados y forma de comunicación del cuerpo en la sexualidad.
- ❑ Construcción y apropiación de herramientas pedagógicas y formativas que favorezcan el desarrollo del proyecto de vida, previo trabajo en el mismo orden con las figuras representativas en espacios como la escuela, la universidad, la casa, las organizaciones, las instituciones, la calle, el parque.
- ❑ Información clara y oportuna por parte del personal de salud y de educación.
- ❑ Fortalecimiento del uso recreativo del tiempo libre y de opciones productivas para los jóvenes.
- ❑ Implementación de una Página WEB y fortalecimiento de líneas 018000
- ❑ Desarrollo local de servicios para la atención integral e intersectorial de jóvenes y adolescentes.
- ❑ Promover el desarrollo de investigaciones que fortalezcan las estrategias de promoción de la sexualidad y la vida.

Con el fin de dar desarrollo y seguimiento al eje **Educación para la sexualidad y la vida**, se ha constituido un convenio inter-administrativo, en el que tienen participación las organizaciones sociales y comunitarias, así como representantes de la Secretaría de Educación Distrital, el Departamento Administrativo de Bienestar Social, el Departamento Administrativo de Acción Comunal, el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, el Instituto Distrital de Cultura y Turismo, y la Secretaría Distrital de Salud.

### **2. Proteger la sexualidad para promover la calidad de vida y la salud**

Se considera necesario el trabajo intersectorial e interinstitucional dirigido a garantizar la promoción, prevención, fomento y atención integral en salud sexual y reproductiva, así como facilitar el acceso a la

---

<sup>7</sup> seguramente surgirán otras de la concertación intersectorial.

información, no sólo para el que individualmente la requiere sino también para los colectivos de hombres y las mujeres que necesitan empoderarse para dar a conocer o dirigirse a otros.

Para ello se hará especial énfasis en:

- ❑ Consejería en salud sexual y preconcepcional, anticonceptiva, para pruebas diagnósticas en VIH y para mujeres y hombres con complicaciones y en relación con el aborto.
- ❑ Consejería para la regulación de la fecundidad y oferta de métodos anticonceptivos tanto temporales como definitivos.
- ❑ Detección y control del cáncer de cuello uterino, mama, próstata y otras enfermedades crónicas que afectan la salud sexual y procreativa.
- ❑ Atención integral a personas víctimas de violencia y abuso sexual y de violencia intrafamiliar.

Especial atención tienen dentro de la política el *VIH* y el *SIDA*, por lo que en este tema se desarrollarán, entre otras, las siguientes acciones:

*Para la promoción de una sexualidad responsable, con prácticas sexuales protegidas*

- ❑ Acciones continuas de información, educación y comunicación
- ❑ Jornadas distritales semestrales de información y educación
- ❑ Promoción de prácticas sexuales protegidas y distribución masiva de condones

*Para la prevención de la infección, control de la transmisión y captación temprana de personas en riesgo*

- ❑ Promoción permanente, intensiva y garantía de acceso a tratamiento integral particularmente a pruebas diagnósticas para VIH, previa consejería y consentimiento informado y antirretrovirales.
- ❑ Establecimiento de línea telefónica para la información, educación y orientación.
- ❑ Promoción de donantes voluntarios y garantía de sangre segura.
- ❑ Captación de personas en riesgo mediante el enfoque sindrómico de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de patologías asociadas al VIH.
- ❑ La identificación de las redes sociales de apoyo existentes y la organización de nuevas redes.
- ❑ Compromiso transectorial para la intervención de los factores de vulnerabilidad<sup>8</sup>.
- ❑ Intervención de poblaciones en especial vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres en edad fértil, adolescentes, estudiantes universitarios/as, población carcelaria, personas en situación de prostitución, mujeres gestantes, entre otras).
- ❑ Desarrollar investigaciones para mejorar la salud y calidad de vida de personas que viven con el VIH, así como también para el fortalecimiento de estrategias de prevención y control de la pandemia.

*Para garantizar el acceso universal y sostenible a la atención integral*

- ❑ Implementación de estrategias para la contención de costos en pruebas diagnósticas, condones, antirretrovirales, pruebas clínicas para seguimiento, atención integral a todas las personas.
- ❑ El fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las instituciones de salud participantes.
- ❑ Mejoramiento de los procesos y procedimientos para la atención integral dentro del SGSSS.
- ❑ Acceso a tratamiento antirretroviral con calidad y bajo costo.
- ❑ Prevención de la transmisión perinatal del VIH.
- ❑ Promover la implementación de servicios de Hospital día y atención en casa.
- ❑ Fortalecimiento de la respuesta social.

*Para la vigilancia en salud pública y vigilancia y control de la atención*

- ❑ Vigilancia epidemiológica y seguimiento de la captación.
- ❑ Vigilancia centinela.
- ❑ Control de calidad de laboratorios que procesan pruebas diagnósticas para VIH.
- ❑ Vigilancia epidemiológica a donantes de sangre seropositivos.
- ❑ Mecanismos de seguimiento y control a las aseguradoras y prestadores de servicios de salud.
- ❑ Diseño e implementación de un sistema único de información para VIH y SIDA.
- ❑ Implementación de un sistema de fármaco-vigilancia.

Para el seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas en VIH y SIDA y según lo establecido en el Dcto. 1543 de 1997, Art. 54, la Secretaría Distrital de Salud establecerá mediante acto administrativo, el

---

<sup>8</sup> cuáles factores???



Comité Intersectorial Distrital de Promoción de una Sexualidad Segura y de Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y el VIH/SIDA.

La meta de la política en este tema es

***Reducir a menos de 0.5% la prevalencia del VIH en la población general para el periodo 2004-2008, y cero transmisión perinatal de la sífilis y del VIH***

### **3. Cero tolerancia con la Mortalidad Materna y Perinatal**

La Política Distrital “*Sexualidad sin indiferencia*” pone especial atención al favorecimiento de estrategias para la Promoción de la Calidad de Vida y de la Salud de Madres, Familias, Niños y Niñas.

Cada vida será disputada en su especificidad a través una vigilancia sistemática de las condiciones de vida y exposición al daño. El Plan Distrital “Cero tolerancia con la Mortalidad Materna y Perinatal” para enfrentar la mortalidad materna y perinatal exige una acción de gobierno y de movilización de toda la sociedad, incluidos los sectores de producción y empresas.

Por tanto hay que identificar dónde, cómo y qué mujeres son las que mueren, para orientar las acciones dentro de un marco de universalidad y equidad y de acción efectiva sobre los determinantes sociales y culturales de la mortalidad materna y perinatal, identificando e interviniendo los grupos sociales más vulnerables en cada territorio social, a través de acciones transectoriales.

En este sentido se desarrollarán, entre otras, las siguientes acciones

#### ***Para mejorar condiciones de vida y salud***

- ☐ Promover y fortalecer el desarrollo de Redes Sociales de Apoyo que favorezcan la salud de las familias gestantes y sus recién nacidos.
- ☐ Promover en la comunidad el sentido de responsabilidad frente a la salud de los recién nacidos, las mujeres y familias gestantes mediante estrategias informativas, comunicativas, educativas y participativas que permitan su empoderamiento.
- ☐ Facilitar la intervención de la ciudadanía desde la abogacía en derechos para la mujer gestante y su familia así como para la organización social en favor de este momento vital.
- ☐ Identificar imaginarios sociales relacionados con la toma de decisiones de acudir al servicio de salud, en las decisiones preconcepcionales, el control prenatal, y las decisiones procreativas y anticonceptivas.
- ☐ Favorecer espacios laborales saludables a la mujer gestante y el fruto de la concepción.
- ☐ Reducir el bajo peso al nacer mediante el control de factores de riesgo durante el periodo gestacional.
- ☐ Identificar y canalizar las gestantes que no han accedido a atención, a través del modelo “salud a su hogar”.
- ☐ Fomentar la lactancia materna exclusiva.
- ☐ Universalizar la afiliación automática al régimen subsidiado de las gestantes pobres sin afiliación al sistema de salud.
- ☐ Fomentar la denuncia y prevenir el maltrato intrafamiliar.

#### ***Para mejorar la calidad en la atención***

- ☐ Garantizar el acceso oportuno, la integridad, la integralidad y continuidad de la atención de los servicios de salud.
- ☐ Garantizar la calidad en la atención a la gestante y al recién nacido, en las etapas preconcepcional, gestacional, parto, postparto, perinatal y neonatal, incluyendo la implementación de prácticas de atención en salud basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- ☐ Fortalecer la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario.

- ❑ Fortalecer el Sistema de Información Perinatal (SIP) y el uso del carné materno perinatal en el Distrito, que sean útiles para vigilar la calidad de la atención y las causas de enfermedad.
- ❑ Promover el desarrollo de investigaciones multicéntricas para mejorar la salud y calidad de vida de gestantes y recién nacidos.
- ❑ Favorecer prácticas en la atención materna y perinatal basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- ❑ Acreditar y premiar instituciones que sean amigas de la familia gestante y la infancia (IAFI).
- ❑ Brindar Atención integral a la adolescente gestante y lactante.
- ❑ Brindar tratamiento integral a la mujer con complicaciones por aborto.
- ❑ Garantizar la referencia, contrarreferencia y el traslado oportunos.
- ❑ Favorecer el mejoramiento de la infraestructura y dotación de las instituciones para proporcionar cuidado obstétrico esencial, según nivel de complejidad.
- ❑ Fortalecimiento de la red de prestación de servicios de salud en el manejo de niños y niñas con bajo peso al nacer.
- ❑ Favorecer la atención integral de prematuros bajo la modalidad de servicios canguro.

*Para la vigilancia en salud pública y vigilancia y control de la atención*

- ❑ Garantizar la calidad en la atención de gestantes y recién nacidos.
- ❑ Adelantar la inspección, vigilancia y control sistemático de los servicios gineco-obstétricos y perinatales de IPS públicas y privadas.
- ❑ Hacer seguimiento continuo al cumplimiento de los planes de mejoramiento institucionales surgidos de los análisis de mortalidad materna y perinatal.
- ❑ Fortalecer la vigilancia epidemiológica durante el proceso de gestación parto y postparto. (sífilis gestacional y congénita, transmisión perinatal del VIH, estado nutricional de las gestantes y del peso al nacer en los recién nacidos del D.C., Mortalidad Materna y Perinatal, Vigilancia y control de laboratorios públicos y privados que procesan pruebas para VIH, sífilis congénita, Hepatitis B y TSH.)
- ❑ Establecer, dar seguimiento y desarrollar estrategias para el logro de los indicadores concertados en promoción, prevención, atención y rehabilitación, por subred, aseguradora, transectoriales y distritales.

Con el fin de dar desarrollo y seguimiento al eje **Cero Tolerancia con la Mortalidad Materna y Perinatal**, se constituirá un comité transectorial, con participación de organizaciones sociales, científicas y académicas, aseguradoras y prestadoras de servicios de salud públicas y privadas.

La meta de la política en este eje es

***Reducir la Mortalidad Materna a menos de 45 por 100.000 nacidos vivos para el periodo 2004-2008 y en el mismo periodo reducir la mortalidad perinatal evitable a menos del 50%.***

## **A manera de conclusión**

Bogotá es un territorio que encierra lo geográfico y lo físico, lo simbólico y lo imaginario, lo significado. La delimitación de un territorio propio se convierte en factor fundamental en la construcción de identidad y en la afirmación de un sentimiento de diferencia. Los territorios de un grupo pueden estar claramente demarcados (institución sanitaria o escolar) o moverse con los sujetos (parque), pueden ser asignados (cárcel) o apropiados (parque, calle), pueden ser permanentes (usualmente la familia, el lugar de trabajo) o temporales (sitios de encuentro y ligue sexual).

Bogotá presenta grandes diversidades en su territorio y la respuesta a las necesidades en sexualidad exige el conocimiento de sus dinámicas, relaciones y redes internas, a través del abordaje transdisciplinario, transectorial y la apropiación institucional, promoviendo la participación y el empoderamiento individual y social, para generar cambios socioculturales cada vez más amplios.

También se constituye en territorio el cuerpo, espacio y vehículo por excelencia de la realización humana moderna, oír la voz del cuerpo, conocerlo, sentirlo y actuar haciéndole justicia a sus necesidades se logra despertando la sensibilidad amodorrada por un exceso de estímulos mal orientados.

La invitación de la política ***Sexualidad Sin Indiferencia*** es a que todos y todas superando las barreras administrativas, dejando de lado la acción individual, apostemos a la construcción y puesta en marcha de opciones claras, concretas, viables que generen, garanticen, atiendan, canalicen y den respuesta a las principales necesidades en sexualidad de la población. Sin perder la esencia del ejercicio cotidiano de los derechos, del respeto y reconocimiento a las diversidades y nos atrevamos a volver protagonistas a los que habitan la Bogotá que lucha por ser más moderna pero sobre todo más humana.

## **PROPUESTA DE POLÍTICA DISTRITAL SEXUALIDAD SIN INDIFERENCIA**

### **Mecanismos para participar en la consulta**

Con el fin de concertar y viabilizar la Política Distrital “Sexualidad Sin Indiferencia” en su contenido general y por ejes, se han establecido los siguientes mecanismos de consulta

#### **1. Participación en las mesas de trabajo para cada uno de los espacios de evaluación y seguimiento de cada eje de la política.**

*Educación para la sexualidad y la vida*

Primera reunión el 11 de octubre a las 2 p.m.

*Proteger la sexualidad para promover la calidad de vida y la salud*

Primera reunión el 12 de octubre a las 2 p.m.

*Nacer en Bogotá vale la vida*

Primera reunión el 14 de octubre de 8 a.m. a 4 p.m.

Todas las reuniones se llevarán a cabo en el Centro Distrital de Salud, Calle 13 No. 32 / 69. Cada mesa definirá la metodología y mecanismos de trabajo a fin de entregar un producto final antes del 30 de noviembre.

#### **2. Consulta de la política en el sitio electrónico de la Secretaría Distrital de Salud ([www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)) y envío de observaciones y aportes al correo electrónico [rrojas@saludcapital.gov.co](mailto:rrojas@saludcapital.gov.co) antes del 30 de noviembre.**

Las consultas se desarrollarán entre el 6 de septiembre y el 29 de noviembre, se levantará acta de cada espacio de trabajo y los aportes realizados serán evaluados en su totalidad, analizados en cuanto a viabilidad y pertinencia por un grupo seleccionado de las mesas de trabajo, para finalmente publicar la Política surgida de este proceso de consulta.