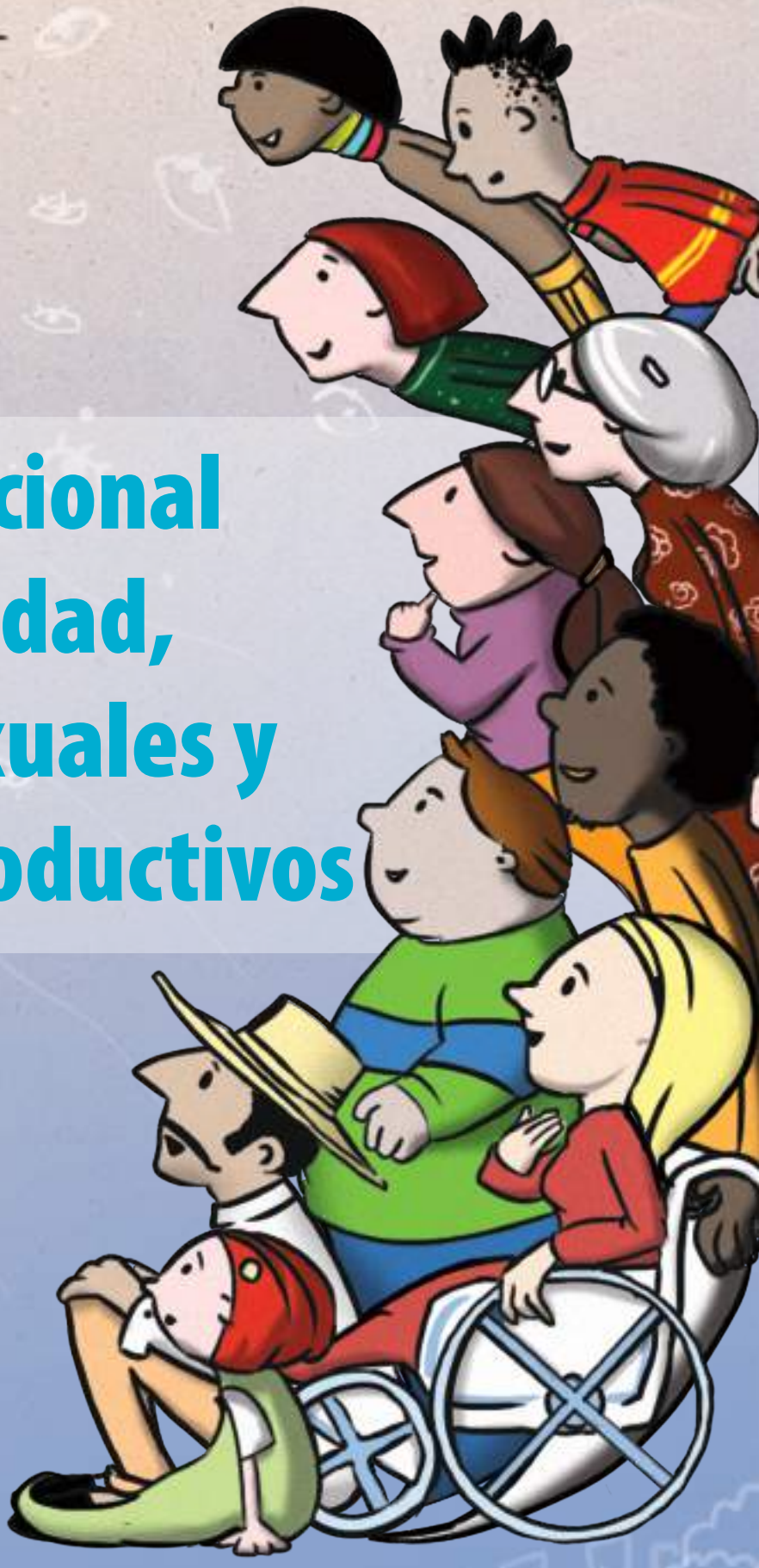
# Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos



Profamilia

UNFPA

Organización Internacional para las Migraciones

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

# “Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”

EDM COMUNICACIONES
**Corrección de textos**

Agencia Alma Digital S.A.S
JESÚS ALBERTO GALINDO PRADA
**Dirección de Arte/ Diseño Gráfico**

SEBASTIÁN RODRÍGUEZ ZALDÚA
**Diseño Gráfico**

KARLOS F. BAKKA R.
**Ilustración**

Profamilia UNFPA Organización Internacional para las Migraciones MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social PROSPERIDAD PARA TODOS

## Ministerio de Salud y Protección Social

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
**Ministro de Salud y Protección Social**

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ
**Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios**

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
**Viceministro de Protección Social**

GERARDO BURGOS BERNAL
**Secretario General**

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
**Director de Promoción y Prevención**

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
**Asesor Dirección de Promoción y Prevención**
**Coordinador Grupo SSR**

LAURA PAREJA AYERBE
**Jefe Oficina de Comunicaciones**

## Equipo Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos MinSalud

CARLOS MAURO VANEGAS
CIELO RÍOS
DIEGO QUIROGA
DIEGO OTERO
DIVA MORENO
GERMÁN GALLEGO
GLORIA PUERTA
JOHANNA BLANCO
LILIANA ANDRADE
LILIANA GUARÍN
LORENZA OSPINO
MARCELA ENCISO
MARGARITA BERNAL
PILAR CARDONA
RICARDO LUQUE
ROBERTO PUA
SIDIA CAICEDO
SOFÍA JARAMILLO

## Profamilia

MARTA ROYO
**Directora Ejecutiva**

JUAN GONZALO LÓPEZ C.
**Gerente de Salud**

LUZ JANETH FORERO M.
**Directora del Equipo Técnico para la Política**

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ.
**Asesora Experta**

JUAN CARLOS CASTELLANOS
**Coordinador Administrativo para la Política**

ALBA IRINA SERNA
ALICIA COTES
ÁNGELA GONZÁLEZ
ARISMELDY MEDINA
BEATRIZ MORENO
CARLOS VARGAS
CARMEN CECILIA VIDES
CATALINA MARÍA MUÑOZ
CLAUDIA GÓMEZ
DAIDY REDONDO S.
DARLY NAYIBE PEÑA
DORIAN JULIET GÓMEZ O.
FERNANDO RUIZ V.
ISABEL CRISTINA ESCOBAR
KAREN APARICIO
MARCELA MEDINA
MARCELA MERCADO
MARÍA CRISTINA CALDERÓN
PAOLA GUTIÉRREZ
PATRICIA OSPINA
RONAL ANDRÉS JIMÉNEZ
SANTIAGO PÁEZ F.
XIOMARA HERNÁNDEZ
**Equipo Técnico**

ANDREA DEL PILAR ACERO A.
CARLOS IVÁN PACHECO
HENRY EDUARDO VARGAS A.
**Revisores**

LUZ HELENA SÁNCHEZ A.
**Oficina de Comunicaciones**

## Organización Internacional para las Migraciones - OIM

MARCELO PISANI CODOCEO
**Jefe de Misión**

ALEJANDRO GUIDI
**Jefe de Misión Adjunto**

BEATRIZ GUTIÉRREZ RUEDA
**Oficial de Salud y Migración**

ALEJANDRO RODRÍGUEZ AGUIRRE
**Oficial Adjunto de Salud y Migración**

DANIEL FERNÁNDEZ
**Oficial de Prensa e Información Pública**

LUZ MARINA MUÑOZ IGLESIAS
**Monitora Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.**

## Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

LUCY WARTENBERG
**Representante Auxiliar**

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ.
**Asesora en salud sexual y reproductiva**

MARTHA LUCÍA RUBIO M.
**Asesora en VIH/Sida y juventud**

# Contenido


**Presentación** ..... 9

**Agradecimientos** ..... 11

**Introducción** ..... 13

**1. Antecedentes** ..... 23
- 1.1 Reseña Histórica ..... 25
- 1.2 Marco Jurídico internacional y nacional que la sustenta ..... 29
- 1.3 Contexto epidemiológico ..... 31

**2. Marco conceptual** ..... 35

**3. Principios** ..... 47
- 3.1 La sexualidad es una condición humana ..... 48
- 3.2 Igualdad y Equidad ..... 49
- 3.3 Diversidad y no discriminación ..... 49
- 3.4 Diferenciación entre sexualidad y reproducción ..... 50
- 3.5 Libertad sexual y libertad reproductiva ..... 50
- 3.6 Vinculación entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos y el marco normativo ..... 51
- 3.7 Reconocimiento de las acciones para la garantía de los derechos ..... 32
- 3.8 Responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción ..... 32
- 3.9 Integralidad y no fragmentación para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos ..... 52
- 3.10 Armonización ..... 52

**4. Visión** ..... 53

**5. Propósito** ..... 55

**6. Alcance** ..... 57

**7. Componentes y temáticas de especial interés** ..... 59

**8. Objetivos y Acciones** ..... 65
- 8.1 General ..... 66
- 8.2 Objetivos Específicos y Acciones ..... 67
  - 8.2.1 Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos ..... 67
    - 8.2.1.1 Generar en el sector salud procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad, mediante el favorecimiento a la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación ..... 67

8.2.1.2 Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental ..... 68
8.2.1.3 Proteger la privacidad de las personas ..... 70
8.2.1.4 Fortalecer en los espacios de atención de salud el desarrollo de formas de relación igualitaria ..... 71
8.2.1.5 Generar procesos orientados al desarrollo de la autonomía ..... 72
8.2.2 Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva ..... 73
8.2.2.1 Garantizar el acceso de las personas a los beneficios de los avances científicos ..... 73
8.2.2.2 Facilitar el acceso permanente a la información ..... 75
8.2.2.3 Gestionar desde todos los niveles del sector salud, condiciones favorables para posibilitar la decisión sobre la paternidad y la maternidad ..... 76
8.2.3 Gestión de la salud pública a través de acciones en salud sexual y salud reproductiva ..... 76
8.2.3.1 Fortalecer los mecanismos y sistemas de respuesta para la atención de eventos adversos derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción ..... 76
8.2.3.2 Estimular la participación activa de las personas en los espacios públicos donde se tratan asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción ..... 78

**9. Estrategias** ..... 79
**9.1 Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud** ..... 80
9.1.1 Políticos y normativos ..... 81
9.1.2 Capacidad de las instituciones ..... 82
9.1.3 Excelencia del talento humano ..... 82
9.1.4 Sistemas de información y registro de eventos ..... 82
9.1.5 Gestión del control, ajuste y rediseño ..... 83
**9.2 Generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados** ..... 83
9.2.1 Coordinación intersectorial e interinstitucional ..... 84
9.2.2 Generación de acuerdos y alianzas ..... 84
9.2.3 Promoción de sinergias ..... 84
**9.3 Movilización social** ..... 85
9.3.1 Promoción de la participación social ..... 85
9.3.2 Fortalecimiento de la organización social de base ..... 86
9.3.3 Formación de redes sociales solidarias ..... 86
**9.4 Gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos** ..... 87
9.4.1 Generación de estrategias de comunicación masiva e interpersonal ..... 87
9.4.2 Fortalecimiento de las manifestaciones comunicativas sociales ..... 88
9.4.3 Fortalecimiento del uso de redes sociales comunicativas ..... 89

9.5 Gestión de conocimiento ..... 90
9.5.1 Fortalecimiento de los sistemas de información, seguimiento y evaluación ..... 91
9.5.2 Fortalecimiento de los sistemas de investigación ..... 92

**10. Seguimiento, monitoreo y evaluación** ..... 93
10.1 Control Institucional ..... 95
10.2 Control Social ..... 95
10.3 Rendición de Cuentas: ..... 95
**11. Responsabilidad de los Agentes** ..... 97
11.1 Superintendencia de Salud ..... 98
11.2 Ministerio de Salud y Protección Social ..... 99
11.3 Organismo Territorial de Salud ..... 99
11.4 Empresas Promotoras de Servicios de Salud o su equivalente ..... 99
11.5 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o su equivalente en todos los regímenes ..... 100
11.6 Instituto Nacional de Salud ..... 100
11.7 Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y otras asociaciones y facultades de formación de personal de la salud ..... 100
11.8 Sector Educativo ..... 101
11.9 Sector Cultura ..... 102
11.10 Sector Comunicaciones ..... 103
11.11 Sector Recreación y Deportes ..... 104
11.12 Sector Protección ..... 104
11.13 Sector Justicia ..... 104
11.14 Sector Defensa ..... 105
11.15 Sector Ambiente ..... 105
11.16 Sector Hacienda ..... 105
11.17 Ministerio Público ..... 105
11.18 Registraduría Nacional del Estado Civil ..... 106
11.19 DANE ..... 106
11.20 Empresa Privada ..... 106

**12. Financiación** ..... 107
**13. Plan Operativo** ..... 109
**Referencias** ..... 135
**Anexos** ..... 145

# Presentación

La construcción de políticas públicas que transformen profundamente las realidades sociales es el mayor anhelo de las instituciones verdaderamente comprometidas con la población como depositaria real de la acción del Estado. La complejidad de este propósito exige aplicar todos los recursos humanos, conceptuales y metodológicos posibles, para que esas políticas se conviertan en el camino que debe ser recorrido, marquen el norte de un presente y un futuro mejor y apalanquen diversos procesos centrados en el desarrollo de las personas.

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, se concibió como idea, para desarrollar una de las dimensiones prioritarias definida en el Plan Decenal de Salud Pública, por ello tiene como vocación concreta y la preocupación constante del Ministerio de Salud y Protección Social de velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades de este vasto país, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos y donde el enfoque de derechos, género y diferencial sea realmente materializado, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios.

Este ha sido el propósito que ha inspirado de manera esencial todos los momentos de construcción de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos que hoy se presenta a Colombia, en la cual la combinación del conocimiento surgido de la revisión de fuentes secundarias, con la información primaria, recabada de diferentes agentes sectoriales e intersectoriales nacionales y territoriales, las organizaciones de la sociedad civil y los expertos temáticos, marcaron los derroteros y proporcionaron el soporte a todas y cada una de las apuestas que se plasmaron en la presente Política, las cuales pretenden darle un nuevo sentido y resignificar la vivencia de la sexualidad como condición esencialmente humana y su pleno disfrute, desde una visión ampliada que incluye lo relacional-comunicacional, erótico,

afectivo y reproductivo, donde se entienda el cuerpo como el espacio para el desarrollo político y social en el ejercicio de la ciudadanía.

Se espera entonces que esta Política direccione el salto cualitativo, que desde su formulación pretende, en la manera como se aborda la sexualidad y la reproducción en el sector salud, e incida de manera decidida en la acción intersectorial como pilar fundamental para la efectividad de los modelos de Atención Primaria en Salud; también se tiene la confianza en que la Política pueda motivar profundamente al recurso humano encargado de su implementación, para que cada día incremente aún más su conocido compromiso con la defensa y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos para todas y todos.

**Ministerio de Salud y Protección Social**

# Agradecimientos

La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos reproductivos, es una realidad, gracias al apoyo decidido, comprometido y generoso de cerca de seiscientas personas pertenecientes a Instituciones del orden nacional y territorial, entre las que se destacan las Entidades Territoriales de Salud, Educación, Ministerio Público, Mecanismos de Género, EPS, IPS, en los departamentos y municipios que fueron focalizados y quienes desde su experiencia enriquecieron este documento con sus invaluables ideas.

Así mismo, contó con la participación de representantes de las Organizaciones de la Sociedad Civil, emplazados en las cuatro principales ciudades del país, quienes desde su entrega a las causas ciudadanas, precisaron muchos de los contenidos que abarca esta Política, al igual que lo hicieron los Organismos Internacionales de cooperación, representados en UNFPA, OPS, ONU mujeres y OIM.

Tampoco se puede olvidar el apoyo personal de expertas y expertos procedentes, en su mayoría de la academia y ampliamente reconocidos por su trasegar histórico en la defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de mujeres y hombres entre los que se cuentan doctoras y doctores como: Argelia Londoño, Carlos Iván Pacheco, Luz Helena Monsalve, Olga Restrepo, Juan Guillermo Londoño, Ana Cristina González, Claudia Valencia, Rafaela Voss, Alexandra Marthe, Ana Inés Ricaurte, Gloria Penagos, Gloria Soto, Sara Fernández, Jorge Martín Hernández, Esperanza Blandón, Javier Omar Ruiz, Mercedes Borrero, Bibiana Pazmiño, Bernardo Agudelo, Piedad Osorio; Teresa Aristizábal, Ana Ríos, Pío Iván Gómez, Karen García, Vanessa Sánchez, Alejandra Moreno, Darlin Ayala, Yaneth Martínez, Dilia Rodríguez, Juliana Restrepo, José Méndez, Judith Botero, Clara Restrepo, Joaquín Gómez, Nancy Gallo, Diana Molina, Diana Martínez, Felix Quitiana, María Tránsito Díaz del Castillo, Jorge Encizo, Adriana Isaza, Víctor Manuel Zuluaga, Jacqueline Acosta de la Hoz y Martha Ospina.

De manera especial es preciso resaltar el liderazgo permanente del Dr. Ricardo Luque, Coordinador del Grupo de SSR del Ministerio;

el incondicional acompañamiento experto de la Dra. Mary Luz Mejía G; la inigualable diligencia de la Dra. Luz Marina Muñoz I. y la dirección comprometida de la Dra. Luz Janeth Forero M., Directora del Equipo Técnico de Profamilia, quienes permitieron consolidar este proyecto.

A todos ellos que aportaron significativamente para hacer posible la construcción de esta apuesta de país, nuestro más sincero reconocimiento y gratitud.





# Introducción

# Introducción



A nivel internacional existe consenso sobre las rápidas transformaciones en el abordaje de la vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como de los avances en algunos indicadores relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en Colombia, lo cual ha significado reducción de la fecundidad general, control en la expansión de algunas infecciones de transmisión sexual, el fortalecimiento de la capacidad para ejercer la autonomía sobre el uso de anticonceptivos modernos, la apertura de servicios especiales para adolescentes o para la atención de eventos como las violencias sexuales y la atención integral del VIH, entre otros.

Estos avances también han implicado la apropiación e incorporación efectiva, en ciertos ámbitos, del enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos, proceso que ha develado condiciones que estuvieron ocultas socialmente como las violencias basadas en género, las distintas formas de discriminación ligadas a la orientación sexual, la sexualidad y la reproducción de las personas con discapacidad de cualquier tipo, o en el conflicto armado y la identificación de aspectos para los cuales aún no hay total comprensión o capacidad de respuesta y que se traducen en perpetuación de inequidades concentradas en eventos que perviven en la realidad actual del país, como la muerte materna, el embarazo en la infancia y la adolescencia, la lenta reducción de la mortalidad por cánceres relacionados con la sexualidad y la reproducción de hombres y mujeres; la poca atención a la salud sexual de personas adultas mayores.

A nivel internacional existe consenso sobre las rápidas transformaciones en el abordaje de la vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como de los avances en algunos indicadores relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en Colombia.

Estas dos caras muestran, por una parte, el interés del Estado colombiano para tomar decisiones en este aspecto, pero de otro lado, evidencian la urgencia de enfrentar los retos que se deben asumir y que no pueden seguir siendo aplazados.

La historia del país ha transcurrido por significativos cambios sociales y económicos que han dado espacio y curso a acciones de promoción, abordaje, exigibilidad y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, situación que ofrece ventajas, pero que también exige al Estado construir políticas, propuestas y líneas de acción sobre la sexualidad y la reproducción fundamentadas en la solidaridad, el bienestar y el desarrollo humano sostenible. Por ello, y pasados más de diez años de haber sido formulada la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reconoce la necesidad de revisarla y actualizarla, ratificando así su compromiso con los más importantes avances y desafíos que estas cruciales visiones proponen al ejercicio efectivo de los derechos y la garantía integral de las demandas en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

La actualización de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) se estructura a partir de los postulados que el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 - 2021 propone, al definir la sexualidad como una dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, dado su reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos. Otra condición recogida del Plan, se relaciona con la superación del paradigma prevalente sobre el cual gravitaba la salud sexual, asociada a las patologías que la afectan, posición que ha restringido logros sustanciales, para que la población colombiana, independientemente de su edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica, cultura, situación económica, nivel educativo, la viva plenamente dentro de un marco de derechos.

Otras formas de conculcación de derechos ocurren en grupos poblacionales que se encuentran inmersos en las condiciones de vulnerabilidad dadas para las personas con discapacidad, privadas de la libertad o en custodia; así como para los habitantes de calle, personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas (comunidades LGBTI) o en situación de trabajo



Por ello, y pasados más de diez años de haber sido formulada la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reconoce la necesidad de revisarla y actualizarla.

sexual, víctimas del conflicto armado y desplazamiento. Estos grupos por diversos factores encuentran limitación grave para el disfrute de la sexualidad o la reproducción de manera plena, satisfactoria, informada, libre y responsable; estas condiciones inducen el señalamiento sobre la necesidad permanente de aplicación del enfoque diferencial en todos los procesos de atención a la salud sexual y la salud reproductiva que permitan la consideración de sus necesidades específicas.

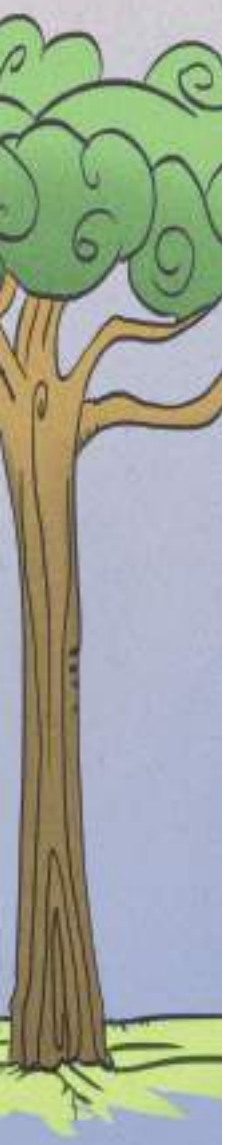
Por ello, la apuesta del Ministerio en primer orden es posicionar la dimensión de "Sexualidad" dentro del discurso y la práctica de los Derechos Humanos, donde se desarrollen los derechos sexuales y los derechos reproductivos, lo cual exige tanto explicitar el enfoque como encontrar los caminos para su instrumentalización o materialización efectiva a través de la prestación de los servicios de manera decidida dentro del sector salud, en coordinación con los otros sectores y la comunidad, los cuales son fundamentales para el logro de este propósito, como lo establece el modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

Es importante señalar también que esta Política encuentra sustentación y vínculos en los instrumentos de derecho internacional y las declaraciones de tales escenarios en los cuales el país se ha comprometido como, por citar solo algunos, la III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 (Informe de la III Conferencia sobre Población y Desarrollo,1994), su plan de acción y los distintos encuentros regionales y globales que de ella se desprenden poniendo de relieve el reciente "Consenso de Montevideo", donde entre otros, se señalaron los obstáculos para el logro de los objetivos en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos a pesar del reconocimiento de que estos derechos *"son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza".* (Informe del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, 2013)

La necesidad de concretar las anteriores ideas en el escenario nacional y su coincidencia con la Ley 1438 de 2011 que ordena el diseño del PDSP y su desarrollo a través de políticas sectoriales que apliquen enfoques, concepciones y temáticas específicas de la salud, para que en el país se alcance el más alto nivel de bienestar, es lo que sustenta el empeño del Ministerio por revisar y actualizar la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

La apuesta del Ministerio en primer orden es posicionar la dimensión de "Sexualidad" dentro del discurso y la práctica de los Derechos Humanos, donde se desarrollen los derechos sexuales y los derechos reproductivos.





En esa perspectiva, se diseñó un proceso de revisión y actualización de la PNSSR 2003-2007, con vigencia hasta la fecha. En cuanto a la revisión y la determinación del grado de implementación se realizaron acciones valorativas las cuales permitieron luego proceder a su actualización. Para ello, se aplicó una metodología de investigación cualitativa basada fundamentalmente en: 1) Revisión y análisis de información secundaria referida a los últimos diez años de existencia de la Política. 2) Entrevista de agentes sectoriales nacionales y de otros sectores con competencia en temas de derechos sexuales y derechos reproductivos; igualmente, entrevista de agentes sectoriales y de otros sectores del nivel territorial en diez departamentos y treinta y dos municipios seleccionados a través de un método basado en el comportamiento más dinámico o menos dinámico de algunos indicadores de las ENDS 2005, 2010, relacionados con sexualidad y reproducción. 3) Conversación con la sociedad civil organizada a través de mesas de trabajo en las cuatro principales ciudades del país, con el objeto de recoger su sentir y sus propuestas para la actualización, y en las cuales participaron de manera especial organizaciones de personas con discapacidad. 4) Consulta a expertos, también en las mismas cuatro ciudades para explorar percepciones frente a la Política 2003-2007, identificar prioridades de actualización y validación del documento propuesto.

La estrategia metodológica que puede ser consultada en el anexo No. 1, buscó responder a preguntas relacionadas, con los principales avances, barreras y retos de la implementación de la PNSSR 2003-2007, lo cual no se trató de una evaluación de resultados y menos de impacto, pero sí de una revisión de procesos misionales, de gestión y apoyo relacionados con esa implementación, a través de las percepciones de las personas entrevistadas, cuyos resultados orientaron la actualización.

Entre los procesos en los cuales se centró la revisión de la Política se destacan: los misionales como la identificación de enfoques aplicados a la promoción y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; mecanismos para la adopción y adaptación del marco normativo y programático; identificación de beneficiarios; diseño de las estrategias y realización de las acciones que definía la Política; procesos de direccionamiento, seguimiento y gestión como el uso de la información para tomar decisiones y desarrollo de la investigación y finalmente los procesos de apoyo atinentes al recurso humano y financiero dedicado a su implementación. Así mismo, se exploraron las expectativas de los diferentes voceros sectoriales y de la sociedad civil frente a los contenidos imprescindibles que debería señalar la Política en su actualización para el período 2014-2021.

A partir de la aplicación de la estrategia metodológica se establecen como principales resultados, los cuales se presentan a través de 14 estudios de caso en el anexo No. 2, que la PNSSR 2003-2007, que ha tendido continuidad hasta hasta la fecha, abrió un importante camino y marcó derroteros, en especial para la prestación de los servicios según las líneas de acción que fueron definidas por ella, lo cual permite afirmar que fue una política exitosa y que algunos desarrollos normativos se apalancaron en ella; sin embargo, también es preciso señalar que su implementación en el territorio nacional y por ende sus logros son dispares y heterogéneos tanto desde lo geográfico como lo poblacional. No obstante, se valora especialmente el direccionamiento que la Política proporcionó para la inclusión de nuevos programas de promoción y protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo departamentales y municipales, aspecto que se identifica coincidente en los territorios de mayores avances en estos temas.

En lo misional, las personas participantes critican el abordaje biologista de la sexualidad; del mismo modo encuentran una amplia identificación, desde lo teórico, con el enfoque



de derechos y diferencial en todos sus componentes, al tiempo que estos se observan como un elemento conceptual clave pero con baja instrumentalización o puesta en práctica. La acción y beneficiarios de la Política se centró en la población adolescente, las mujeres gestantes y las mujeres víctimas de violencia, de ahí la alta frecuencia de acciones nacionales y territoriales en materia de prevención del embarazo adolescente y la mortalidad materna, probablemente también jalonadas por otros referentes normativos y políticos que las impulsan como el CONPES 147 de 2012. Pero también se identifica que la línea de violencia doméstica y sexual, redefinida como violencias de género, si bien se reconoce ampliamente, se advierte sobre las dificultades para la precisión en la aplicación de acciones en el sector salud.

Las personas entrevistadas señalaron las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) y la búsqueda de articulación intersectorial como las de especial desarrollo, al tiempo que evidencian su mayor peso por la condición de ser las más propias de la gestión, pero no las relacionan con cambios en los perfiles epidemiológicos o con la producción de impacto. Frente a la participación social, si bien la entienden como uno de los pilares de la atención primaria en salud, consideran que no alcanzó un importante dinamismo.

A pesar de lo antes dicho, los procesos de gestión fueron relatados como de limitado alcance y con pobres mecanismos de seguimiento y evaluación. Se identifican procedimientos de recaudo de datos para los eventos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en el Sistema de Vigilancia en Salud, SIVIGILA y en otros sistemas de información en salud; aunque poco avance en la investigación a nivel nacional, con excepción de las grandes ciudades. Sin embargo, se reconoce la gestión de conocimiento a través del seguimiento a los indicadores y los análisis de situación de salud. Finalmente, en lo relacionado con los procesos de apoyo, se acusa escasez de recurso humano permanente, calificado, cualificado técnica y éticamente, así como, la limitación del recurso financiero.

En virtud de lo anterior, la actualización de la PNSDSDR, para lograr una concepción ampliada de la sexualidad, que la sitúe como condición humana y humanizante que se da en un contexto relacional, centra su propósito en el reconocimiento de las vivencias de la sexualidad vinculada a la autobiografía, el afecto, el erotismo, el disfrute, el placer y su influencia directa sobre el bienestar y la salud física, mental, social y el ejercicio de los derechos y la ciudadanía plena.

Esto contribuirá a superar los paradigmas de la sexualidad como riesgo y la gestión de salud solo limitada a evitar la ocurrencia de eventos negativos o patologías. La nueva Política asume la sexualidad desde su potencialidad en la realización de los seres humanos y como insumo en la creación de transformaciones políticas y sociales para el logro de la calidad de vida, la solidaridad humana y la ciudadanía.

La PNSDSDR 2014-2021 se fundamenta en el enfoque de derechos, aplicados a lo sexual y a lo reproductivo y en el concepto ampliado de sexualidad, sumado al enfoque de género, diferencial y de ciclo de vida, para proponer las acciones de Estado que en esta materia se reconocen como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según se contempla en la Ley Estatutaria. También se demanda que los derechos sexuales y los derechos reproductivos se consideren de manera independiente, sin desconocer sus múltiples interrelaciones, tanto en la garantía como en el ejercicio y que sea posibilitada su realización en el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en dos sentidos: 1) Analizar e identificar los factores que los determinan y 2) Precisar las intervenciones que favorezcan la superación de las inequidades, aspectos para los que se requiere aplicación de estrategias de promoción, alianzas, diseño de planes intersectoriales, que rompan el ciclo que perpetúa esas inequidades y falta de garantía de derechos dentro de un enfoque sistémico de la gestión.

En esta medida, la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos tiene como propósito el bienestar de todas y todos, con sus implicaciones positivas sobre el desarrollo de las personas, a partir de la libertad e igualdad para salvaguardar la dignidad humana y donde el cuidado de sí se tenga como una práctica social mediante la cual la solidaridad y el respeto mutuo sean faros que orienten la búsqueda de la realización integral del sentido de lo humano.

La garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos tiene como propósito el bienestar de todas y todos, con sus implicaciones positivas sobre el desarrollo de las personas, a partir de la libertad e igualdad para salvaguardar la dignidad humana.

En cuanto a los ejes y mecanismos de adopción, esta Política se presenta como una directriz general, de orden nacional, que reconoce temáticas habituales relacionadas con la sexualidad y la reproducción, sobre las cuales desde una apuesta por su integración, se debe seguir avanzando; aunque también propone la incorporación de nuevos temas desde una visión de futuro. Igualmente, la Política se ampara en normas de carácter vinculante, e insta a la adopción y adaptación en los territorios a través de su inclusión en las agendas y planes operativos acordes con las realidades y contextos históricos, políticos, económicos, sociales, poblacionales, culturales y territoriales específicos.

Por lo tanto, la nueva Política se dirige a la totalidad de los habitantes del territorio nacional, independientemente de sus circunstancias de diversidad, armonizada con los enfoques de derechos, género, diferencial, entre otros, dentro de un modelo de Determinantes Sociales de la Salud. En este aspecto, es preciso reconocer que hombres y mujeres tienen requerimientos diferentes en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, por lo tanto, deben preparase respuestas institucionales para unos y otras; de igual modo, es importante resaltar el esfuerzo que debe hacerse para incluir aspectos relacionados con las masculinidades. Esta es una manera de lograr equidad en las relaciones de género, formando a hombres y mujeres en el cuidado de su salud sexual y su salud reproductiva y en la corresponsabilidad que del ejercicio de la sexualidad se desprenda.

También se pretende el reconocimiento de las necesidades de abordar los derechos relacionados con la vivencia de la sexualidad en todas las etapas del ciclo vital en especial en niños, niñas y personas adultas mayores, para que la garantía de estos derechos se alcance en términos de realización y el disfrute que ella conlleva. Del mismo modo, se hace énfasis en las víctimas de la violencia basada en género y la violencia sexual, ocurra esta en el marco del conflicto armado o fuera de él y que afecta principalmente a mujeres, niñas y adolescentes, pero que también compromete a los hombres quienes de manera oculta sufren por su condición de masculinidad y se ven limitados en reconocerse como víctimas.

La nueva Política se dirige a la totalidad de los habitantes del territorio nacional, independientemente de sus circunstancias de diversidad, armonizada con los enfoques de derechos, género, diferencial, entre otros, dentro de un modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

Los componentes que desarrolla la Política son los definidos por el PDSP en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos: 1) Promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y equidad de género y 2) Prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de derechos que se desarrollan a través de tres líneas operativas señaladas en el mismo PDSP: 1) Promoción de la salud; 2) Gestión del riesgo en salud y 3) Gestión de la salud pública; las cuales serán desarrolladas con diferentes acciones en función de estrategias como: 1) Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud; 2) Generación de alianzas y sinergias entre sectores y agentes competentes e interesados, determinante para el éxito de una Política de esta naturaleza; 3) Movilización social, como uno de los pilares de la Atención Primaria en Salud; 4) Gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que involucra el componente educativo y 5) Gestión de conocimiento.



Estas deben ser enriquecidas con las estrategias derivadas de la armonización con otras políticas que le son afines, como las de género, salud mental, discapacidad, convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar; la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, políticas de reparación de víctimas o prevención de la criminalidad, restitución de tierras, entre otras políticas económicas y sociales como las de equidad que incluye vivienda, calidad de la educación, hábitat y medio ambiente y toda la inversión del Estado en los procesos sociales para potenciar el desarrollo humano.

Dado que esta Política orienta el desarrollo de las acciones relacionadas con la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos dentro del SGSSS, motiva a la convergencia entre las acciones individuales y de carácter meramente asistencial que el Sistema propone, con el redireccionamiento hacia ejercicios más holísticos, integrales e integrados con las acciones colectivas que demanda el trabajo en salud pública.

La presente Política, se instrumentaliza en el Plan Operativo que la desarrolla, el cual se espera sea utilizado como herramienta para la planeación territorial en los aspectos de responsabilidad sectorial y transectorial en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Además, se requiere la implementación de modelos de gestión, seguimiento y evaluación, basados en un enfoque sistémico que privilegien las acciones interinstitucionales, la obtención de sinergias, la retroalimentación y la auto-recomposición del sistema, que a su vez adviertan sobre los avances en su implementación, sus resultados e impacto. Frente a la necesidad de medición de los logros se apunta a que el actual sistema de indicadores sea paulatinamente complementado con otros tipos de registros que den cuenta del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y de las brechas prevalentes e inequidades que deben ser abordadas desde la atención básica, en las condiciones que ya han sido enfatizadas.

La presente Política, se instrumentaliza en el Plan Operativo que la desarrolla, el cual se espera sea utilizado como herramienta para la planeación territorial en los aspectos de responsabilidad sectorial y transectorial en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

En cuanto a los procesos de apoyo, la orientación se dirige a la consolidación de un talento humano capacitado en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, con actitud para brindar atención solidaria y de calidad y con estándares de excelencia en la práctica profesional. Los recursos financieros requeridos para la implementación de la Política, se encuentran en diversas fuentes entre las cuales se destacan: el Plan Obligatorio de Salud (POS), que contempla todos los elementos normativos para el desarrollo de acciones individuales relacionadas principalmente con la prestación de servicios y la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; y en los recursos destinados al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), las cuales deben ser distribuidas de manera equitativa, según las dimensiones prioritarias que contempla el PDSP; adicionalmente y como un componente fundamental de ese universo, se encuentran los recursos para la Gestión de la Salud Pública, a cargo de los gobiernos locales y desarrollada a través de las diferentes agencias con competencia para ello.

Finalmente, la Política coincide con buena parte de las recomendaciones que la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), ha entregado al país, especialmente en la necesidad de trabajar en su ejecución y evaluación bajo enfoques sistémicos que propicien una verdadera y efectiva coordinación interinstitucional, el uso racional y efectivo de recursos y la disposición de robustos y confiables sistemas de información, al tiempo que se fortalezcan los procesos de planeación técnica, aspectos que tal y como se ha consagrado en la Política fueron referenciados y analizados a lo largo de todo su proceso de diseño.

Dentro de este marco de referencia se desarrollarán todos los procesos necesarios en el sector de la salud, para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos durante los próximos años, con lo cual buscará que todas y todos los habitantes del territorio nacional en Colombia, disfruten de una vida sexual y una vida reproductiva, digna, libre, igualitaria y autónoma.



# 1. Antecedentes

# 1. Antecedentes



## 1.1 Reseña Histórica

La revisión de la PNSSR 2003 - 2007 y su actualización como PNSDSDR 2014 – 2021, es una oportunidad de revivir la historia cursada para la defensa de estos derechos en Colombia. Si bien las expresiones *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Salud Sexual y Salud Reproductiva* se han generalizado a partir de la III Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas[1] (Informe de la III Conferencia sobre Población y Desarrollo, 1994), y su interpretación se ha llenado de contenido en los últimos veinte años, de modo tal que al abordar el tema de la reproducción, se reconocen momentos diferentes que se documentan a partir de la aplicación de las estrategias para controlar el crecimiento acelerado de la población o *"explosión demográfica"*. Los datos relataban que los habitantes del mundo entre 1930 y 1945 se habían duplicado (Echeverry, 1991), por lo que se pensó en la reducción de los nacimientos.

En la década del 70, en la cual se llevó a cabo la I Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1974), algunos países iniciaron la aplicación de políticas de *"control de la natalidad"* en consideración a que se sostenía que el crecimiento demográfico obstaculizaba el desarrollo. Sin embargo, esta postura se moderó promoviendo políticas que

La revisión de la PNSSR 2003 - 2007 y su actualización como PNSDSDR 2014 – 2021, es una oportunidad de revivir la historia cursada para la defensa de estos derechos en Colombia.

[1] En 1967 se creó en Naciones Unidas el Fondo para las Actividades en Materia de Población – UNFPA , que ha organizado tres Conferencias Mundiales de Población: en Bucarest (1974), en México (1984) y en Cairo (1994)

se inscribieran en estrategias de desarrollo más amplias, y se basaran en el derecho de las familias a la planificación familiar. De la II Conferencia celebrada en 1984 se destaca el reconocimiento de los estrechos vínculos existentes entre la población, los recursos, el medio ambiente y el desarrollo, pero se mantuvo la presión a los países pobres para que redujeran sus tasas de natalidad.

A partir de este momento, los movimientos sociales preocupados por las temáticas de la sexualidad, la reproducción, el estatus de la mujer y el ecologismo estrechan sus vínculos y alianzas con los sectores académicos afines, de tal modo que es imprescindible reconocer el papel central del movimiento social de mujeres en las elaboraciones que conjuntamente se llevaron a la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), que representa un hito en el reconocimiento de los derechos reproductivos, como derechos humanos; allí se inscriben los asuntos de la sexualidad y la reproducción en las personas como sujetos morales y seres autónomos con capacidad para decidir, sin presiones, incentivos o violencia. Se superó así el enfoque netamente demográfico y se visibilizó la estrecha relación entre las políticas de población y el desarrollo económico, social, medioambiental y de los derechos humanos. Bajo esta perspectiva ya no es pertinente usar expresiones como *"explosión demográfica"* y *"control de la natalidad"* las cuales, bajo el enfoque de derechos, resultan inadecuadas. Un año más tarde en la IV Conferencia de la Mujer en Beijín, este mismo movimiento introduce el concepto de derechos sexuales de las mujeres, que posteriormente se reconocen como derechos sexuales de las personas.

Esta preocupación mundial, también trasciende en el país, y es así como en 1959 se crea la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME (Echeverry, 1991), primera institución en promover la planificación familiar, a la cual se le incorporó en 1964 una División de Estudios de Población (DEP). Simultáneamente se creó la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población ACEP; dos entidades privadas atentas al acontecer internacional en cuanto al crecimiento de la población y sus desafíos y se inició la formación de personal en diversas disciplinas para adquirir conocimientos sobre población y planificación familiar, apoyado con la cooperación de México, Chile y Estados Unidos.

A la par con el análisis demográfico, el movimiento feminista empezó a generar demandas en materia de planificación familiar, salud reproductiva y derechos sexuales. Uno de sus requerimientos era separar la reproducción de la sexualidad y la popularización de métodos anticonceptivos, como derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y la maternidad. La búsqueda de autonomía reproductiva se afianza en la aparición de la píldora anticonceptiva (Brigerio, 2014) que llega a Colombia en 1960.

En 1965 nace la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana - Profamilia, de carácter privado, sin ánimo de lucro, con inspiración solidaria y filantrópica hacia la promoción y defensa del derecho humano a la planificación familiar[2], prestando servicios a los pobres, vulnerables y marginados, y al desarrollo de investigaciones sociodemográficas que contribuyan al bienestar de la población, respetando los derechos del individuo y la pareja dentro del marco normativo vigente[3].

---

[2] Además de las píldoras anticonceptivas trae al país los dispositivos intrauterinos – DIU y más adelante inicia sus programas de esterilización definitiva, primero para hombres, luego para mujeres.

[3] *Hasta el período 1965-1970, la tasa global de fecundidad en Colombia se mantuvo en valores altos, esto es más de 6 hijos por mujer. A partir de ese momento descendió. . . hasta 1985 y a partir de ese año. . . se desaceleró de manera notable. . . . Colombia, con una tasa de fecundidad, que actualmente se aproxima al nivel de reemplazo, ha pasado a ubicarse en la etapa de transición avanzada. . . de fecundidad baja (entre 1.5 y 2.5 hijos por mujer) y esperanza de vida intermedia (entre 71 años y 76 años)". Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990/2010, Profamilia – Bogotá 2013 "Descenso de la fecundidad, bono demográfico y crecimiento económico en Colombia 1990 – 2010"* Martínez, Ciro. Pág. 7

La primera incursión del Ministerio de Salud en estos temas data de 1967, a través de un contrato con ASCOFAME, para organizar un proceso de capacitación en fundamentos de demografía, sus implicaciones para el desarrollo y la salud, y métodos para regular las altas tasas de natalidad, bajo la expresión de *"paternidad responsable",* para no usar el término *"Planificación familiar"*[4]. En 1969 este Ministerio incluyó actividades de planificación familiar en sus programas de protección materna e infantil.

Así mismo, Profamilia estableció en 1970 el primer programa de vasectomías y en 1972 el de ligadura de trompas por laparoscopia. Es lamentable destacar cómo en la práctica médica hizo carrera la "precaución" de que las cirugías de esterilización femenina, debían contar con la autorización de la pareja, no así las de esterilización masculina. Con esta limitación, no era posible que una mujer optara por este método, haciendo uso de su capacidad legal para decidir en otros ámbitos. Este requisito, sin sustento legal, que le restaba autonomía a la mujer, perduró hasta hace poco en prestadores públicos y privados de servicios.

El Ministerio de Salud expidió en 1984 la Resolución 8514 *"Por la cual se establecen algunas normas de "Regulación de la fertilidad",* la primera reglamentación en el tema, donde se plasman los principios[5] que la regirían, estableciendo que los servicios deberán estar integrados a otros aspectos de atención de salud dirigidos a personas en edad reproductiva, señala la forma como debe darse la información y otorgarse el consentimiento[6], así como la responsabilidad del Ministerio de emitir el Manual para la prestación de la atención y capacitar a los prestadores de los servicios de regulación de la fertilidad, quienes no podrán ejercer ningún tipo de presión, ni podrán recibir incentivo alguno por el estímulo al uso de un determinado método.

En la Constitución Política de 1991, erigida como una Carta de Derechos basada en la dignidad y respeto de todas las personas,

Profamilia estableció en 1970 el primer programa de vasectomías y en 1972 el de ligadura de trompas por laparoscopia.

[4] Planificación familiar ha sido el sinónimo de la anticoncepción a través de métodos modernos, hoy conocidos como temporales, de emergencia y definitivos.

[5] *"Que es derecho fundamental del individuo y/o de la pareja la libre decisión sobre el ejercicio de la reproducción decidir tener hijos o no; cuántos y en qué momento; Que es deber del Estado, [. . .] ofrecer información veraz y completa en relación a todos y cada uno de los métodos y prácticas de regulación de la fertilidad, siempre y cuando éstos no produzcan efectos secundarios comprobados para la salud de los individuos;"*

[6] *"Los usuarios de métodos irreversibles deberán llenar. . . "consentimiento informado" que significa la aceptación consiente y voluntaria del individuo, otorgada después de haber sido ilustrado sobre los procedimientos. . ., las molestias y riesgos. . . los beneficios. . ., la disponibilidad de métodos alternativos. . . su irreversibilidad, las indicaciones fisiológicas y sociales. . . y el hecho de que el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento antes de la operación. [. . .] se considera voluntario si está basado en el ejercicio de la libre elección y no. . . por elementos de fuerza, engaño, u otras formas de coacción".*

se consagran los derechos fundamentales, los cuales permiten avanzar en la eliminación de la discriminación y por ende el reconocimiento de la diversidad, por razones étnicas, culturales, religiosas, sexuales, entre otras. En consecuencia, el desarrollo de la vida sexual y las decisiones sobre la reproducción, configuran los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que como derechos humanos, están íntimamente relacionados con el ejercicio del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la intimidad personal y familiar, al desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia, pensamiento y opinión, a formar una familia, a la atención en salud, a la educación, entre otros.



El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contenido en la Ley 100 de 1993 aprobada con base en el artículo 49 de la Constitución, da lugar a una amplia reglamentación en todos los aspectos. Es así como el Plan de Atención Básica, hoy Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), contemplan acciones y servicios destinados a atender las necesidades de salud sexual y salud reproductiva de la población, sin ningún tipo de discriminación. Los servicios en el campo de la salud sexual y de la salud reproductiva, que están cubiertos en la actualidad por el PIC y el POS, son: Inmunizaciones (vacunas Hepatitis B y Virus del Papiloma Humano), atención integral a las ITS -VIH/ Sida, atención de embarazo y parto, detección temprana de las alteraciones del desarrollo de los jóvenes, cáncer de cuello uterino, cáncer de seno y cánceres en el aparato reproductivo masculino, consejería y suministro de métodos anticonceptivos para hombres y mujeres, adultos y jóvenes temporales de barrera (condón y espermicidas), hormonales (orales, inyectables e implante subdérmico), dispositivo intrauterino, esterilización definitiva para hombres y mujeres mayores de edad e interrupción voluntaria del embarazo, en los casos despenalizados por la Corte Constitucional (sentencia C-355 de 2006).

La Política *"Salud para las mujeres, mujeres para la salud"* del año 1992 expresó como propósito la reducción de las desventajas existentes entre hombres y mujeres, como una forma de mejorar su calidad de vida y responder de manera integral a su problemática de salud. Se presentó como un instrumento para fortalecer el protagonismo femenino en el sistema de salud a través de su participación como sujetos de las decisiones que competen a su vida, su cuerpo, su sexualidad y su salud; como justificación, puso de presente los temas más significativos relacionados con los roles de la mujer en la familia, en el sector educativo y laboral, la mortalidad materna, la violencia contra



las mujeres y su salud mental, así como los compromisos internacionales con las mujeres, y los retos impuestos por la Constitución Política. Como precedente, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 1531 de 1992 a través de la cual se asoció a la conmemoración del Día Internacional de la Mujer mediante el reconocimiento de una serie de derechos relacionados con su salud, vida, cuerpo y sexualidad.

En la década de los 90, el Ministerio de Salud con la participación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Asociación Voluntaria para la Contracepción Quirúrgica (AVSC), por sus siglas en inglés, la academia y otro tipo de prestadoras como Profamilia, adelantaron un prolongado proceso para la expedición de directrices sobre Planificación Familiar, que concluyó con la Resolución 412 de 2000[7], que contiene las normas técnicas y guías de atención integral relacionadas con los métodos de Planificación Familiar para hombres y mujeres, la atención del embarazo, parto y al recién nacido, la detección temprana de alteraciones de desarrollo de adolescentes, las ITS-VIH/Sida, el cáncer de cuello uterino y de seno, así como la atención a la mujer y niño maltratado.

En 2003 el Ministerio de la Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003 – 2007 mediante la cual se fijaron las prioridades para guiar la intervención del Estado en seis áreas de intervención: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida y violencia doméstica y sexual.

El Ministerio de Salud expidió la Resolución 1531 de 1992 a través de la cual se asoció a la conmemoración del Día Internacional de la Mujer mediante el reconocimiento de una serie de derechos relacionados con su salud, vida, cuerpo y sexualidad.

De otra parte, la Corte Constitucional ha realizado importantes desarrollos normativos en temas relacionados con los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de diversas sentencias relacionadas con la integración de la Educación Sexual como una cátedra obligatoria en la educación formal; el reconocimiento del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo; los derechos a la salud y a la no discriminación de

[7] Actualizada por la Resoluciones 3442 de 2006, 769 y 1973 de 2008 del Ministerio de la Protección Social

las personas que viven con VIH; los derechos a la autonomía reproductiva de las personas con discapacidad y el reconocimiento de derechos a las parejas del mismo sexo, entre otras.

El devenir de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, de más de medio siglo, su conocimiento y ejercicio por parte de la población, en su mayoría mujeres, ha estado acompañado de obstáculos de carácter político, religioso y sociocultural, tales como el patriarcado que tienen como trasfondo la negación de la autonomía y la capacidad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción, lo cual, ha constituido la vulneración de los derechos de las personas y en particular de las mujeres, a decidir sobre cómo conformar su familia, sus relaciones sexuales, si son madres o no y a decidir cuántos hijos tener y cuándo.

## 1.2 Marco Jurídico internacional y nacional que la sustenta

La PNSDSDR 2014-2021, se encuentra enmarcada en un conjunto de principios, reglas y normas de carácter jurídico, que en lo esencial comprende los siguientes componentes estructurales, de aquello que se denomina el Marco Jurídico. Ellos son: 1) La Constitución Política Colombiana, y de manera especial los importantes desarrollos de la Corte Constitucional a través de sus sentencias en la materia, 2) El Derecho Internacional de los Derechos Humanos, 3) El Derecho Internacional Humanitario; 4) Los principios consagrados en las declaraciones internacionales, emanadas de los denominados Sistema Universal y Sistema Interamericano, que a instancias de la ONU y de la OEA respectivamente, han planteado orientaciones y recomendaciones de carácter temático y sectorial, para los países miembros en su calidad de sujetos de derecho internacional público y estados-parte de aquellas organizaciones y 5) El conjunto de normas, resoluciones, directivas y documentos técnicos, especialmente los sectoriales de salud y del Departamento Nacional de Planeación -CONPES-, que constituyen el ordenamiento jurídico interno nacional en relación con la Política aquí construida.

La Constitución política, es un referente de principal importancia, para el diseño de toda política pública, pues en ella se encuentran no solo los principios generales que orientan y regulan la acción del Estado y sus agentes, sino porque además y esto es fundamental, consagra en su título II, los derechos, garantías y deberes, del cual deriva esta Política su enfoque y perspectiva de derechos humanos. En particular conviene mencionar, el concepto de Estado Social de Derecho, mecanismo primordial para obtener la efectiva realización de los derechos consagrados en ella. En ese mismo sentido la figura del bloque de constitucionalidad, opera como una noción clave para entender y aplicar cómo y por qué los instrumentos de derecho internacional, ratificados por Colombia, se incorporan al ordenamiento jurídico interno con el mismo estatus de la norma constitucional y sobre todo por qué adquieren un efecto vinculante para todos los operadores jurídicos, esto es, por qué son de obligatorio acatamiento y aplicación. Finalmente, porque consagra en los capítulos 1, 2 y 3, del título mencionado las clásicas generaciones de derechos, a saber: fundamentales; sociales, económicos y culturales; colectivos y del ambiente.

El derecho internacional de los derechos humanos, es un componente normativo, que tal como quedó mencionado en precedencia, en virtud de la noción de bloque de constitucionalidad, reviste un carácter fundante de la Política Pública en tanto tiene efectos vinculantes y con ello sello de obligatoriedad para el Estado y sus

agentes. Tales instrumentos son básicamente tratados, convenciones, planes de acción y protocolos, cuyo contenido, prescribe obligaciones y no meramente orientaciones o recomendaciones, tal y como ocurre con otros instrumentos detallados más adelante. Este conjunto normativo tiene su origen en los órganos y organismos especializados que hacen parte de la ONU y la OEA, y que conforman los denominados: Sistema Universal e Interamericano de derechos humanos, respectivamente.

El derecho internacional humanitario, como componente normativo, tiene una especial importancia para la PNSDSDR, por varias razones, entre las cuales vale mencionar: Colombia es un país en conflicto desde hace varias décadas, que en el reciente devenir histórico ha padecido un escalamiento y degradación que ha tenido como centro a las mujeres, niños, niñas y adolescentes, basta mencionar el desplazamiento forzado y la afectación diferencial de las mujeres en la guerra. En segundo lugar, por cuanto la Política diseñada contiene, el conjunto de afectaciones, vulneraciones y agresiones que las mujeres o personas con orientación sexual diversa soportan en general y en particular en el marco del conflicto armado. Finalmente, porque este componente normativo, abarca bajo la denominación de conflicto armado no internacional o interno, la situación del país a lo largo de varias décadas. Y es precisamente en este ámbito, en el cual Colombia ha suscrito y ratificado los cuatro convenios de Ginebra, sus dos protocolos adicionales, su artículo tercero común a los convenios y el estatuto de Roma o Corte Penal Internacional. Este último estatuto tiene una singular trascendencia para la Política no solo por establecer responsabilidades individuales en cabeza de los victimarios, sino porque además ha creado tipos penales nuevos y autónomos que explicitan el tránsito condenable de las mujeres como botín y arma de guerra.

También en el marco de los sistemas universal e interamericano de derechos humanos, se han producido múltiples pronunciamientos y declaraciones que progresivamente han enriquecido este marco jurídico, aun cuando cabe advertir, sin el carácter vinculante de los instrumentos ratificados por los estados nacionales, en su calidad de sujetos de derecho internacional público. Como se expresa en el anexo normativo de esta Política, estos pronunciamientos son útiles por su carácter orientador e indicativo, en la medida en que posibilitan a los Estados y entes gubernamentales transformar, actualizar y contemporizar sus acciones, traducidas en planes, programas y proyectos al incorporar los significativos avances globales en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos. En concreto se refiere a cómo tales documentos han permitido superar los paradigmas vigentes en los años 60, centrados exclusivamente en la relación demografía-desarrollo y lograr incluir en las agendas gubernamentales las perspectivas de género, inclusión y derechos humanos, entre otras.

Esta síntesis del marco jurídico, el cual puede ser consultado en extenso en el anexo No. 3, no puede dejar de lado un componente sustantivo, que sin contar con el estatus o los alcances generales de la ley, ni de los tratados internacionales, ratificados por Colombia, constituyen un conjunto de avances significativos, que de manera puntual han desarrollado y previsto estrategias y acciones que se convierten en referente pertinentes, para el diseño de la Política, pero sobre todo para la elaboración, ejecución y evaluación de la misma y de su plan de acción, referencia concreta a los documentos CONPES, entre los cuales cabe mencionar el de embarazo adolescente, equidad de género y violencias contra las mujeres.

Así mismo, siempre resultará conveniente, en el plano de la formulación de planes

sectoriales, institucionales y de acción para la ejecución de la Política Pública aquí diseñada, referenciar continuamente, el Plan de Desarrollo, tanto el actualmente en vigencia, así como aquel que deberá formularse para la próxima administración.

En este mismo sentido, la Política ha considerado que las etapas de ejecución, evaluación y elaboración de futuros y necesarios diagnósticos, debe contemplar las correspondientes reestructuraciones institucionales y administrativas, con el propósito de garantizar, por un lado el pleno funcionamiento del enfoque sistémico de sus acciones y de otro, la imprescindible coordinación interinstitucional e intersectorial, sin la cual no será posible avanzar hacia el logro de impactos positivos de sus estrategias y objetivos. Todo ello requerirá de ajustes que la ley deberá regular y establecer a la luz de lo aquí previsto, pero adicionalmente con arreglo a los diferentes componentes antes resumidos.

## 1.3 Contexto Epidemiológico

Para la construcción de la PNSDSDR, se realizó un análisis epidemiológico, tratando de abordar criterios de equidad, inclusión social y enfoque de derechos, a partir de los indicadores tradicionales sobre salud sexual y salud reproductiva generados oficialmente por el sector salud y otros sectores durante el periodo 2003 a 2013.

- La tasa general de fecundidad ha descendido, con una disminución de 16,8 nacidos vivos por cada mil mujeres, aunque su comportamiento en población joven y adolescente mantiene otra tendencia. El número promedio de hijos de mujeres entre 15 a 19 años, es de 154.707; de niñas de 10 a 14 años, nacen en promedio 6.292 cada año. Los departamentos con mayor fecundidad adolescentes son Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá. Sin embargo, el mayor número de atenciones relacionadas con el cuidado de la salud de las mujeres gestantes, a nivel nacional se concentran en madres de 20 a 49 años (Media 671.167) que en las de 10 a 19 años (Media 171.630).
- La tasa de fecundidad de las mujeres menores de 20 años fue de 70 nacimientos por mil habitantes en 1990, 89 en 1995, 90 para el 2005 y 84 para el 2010. Esto debe ser tenido en cuenta, en consideración a que el embarazo en adolescente tiene implicaciones para la acumulación del capital social y económico del país, y para el desarrollo individual de mujeres y hombres adolescentes, sus familias y sus hijos.
- La tasa global de fecundidad presenta las mayores cifras en los departamentos con indicadores altos de pobreza y es posible afirmar que en el país existe una relación directa entre el aumento de la tasa de fecundidad y el bajo nivel de los indicadores de desarrollo social. Las cifras muestran descenso en la tasa general de natalidad. Por departamentos, Atlántico, Huila y Cauca superan ampliamente el indicador nacional.
- La decisión en pareja o individual frente a la maternidad, la paternidad y la planificación familiar, pasa por la información y educación recibida; según la ENDS 2010 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos alcanza el 79,1% de las mujeres actualmente unidas, mientras que las adolescentes que se encuentran unidas a una pareja sexual, solo el 55.1% de ellas utiliza un método anticonceptivo moderno; el 70.5% de las adolescentes no unidas pero sexualmente activas hace uso de estos métodos anticonceptivos quedando un porcentaje alto de adolescentes que no se protegen con métodos modernos.
- La mortalidad materna como indicador proxy de la calidad en la atención en salud, para Colombia muestra una tendencia de descenso en la tasa por cien mil nacidos vivos de 104,9 en 2003 a 65,8 en 2012. Los departamentos con mayores privaciones sociales como el Chocó, Vichada, Vaupés, Amazonas, Guainía y La Guajira, han mostrado



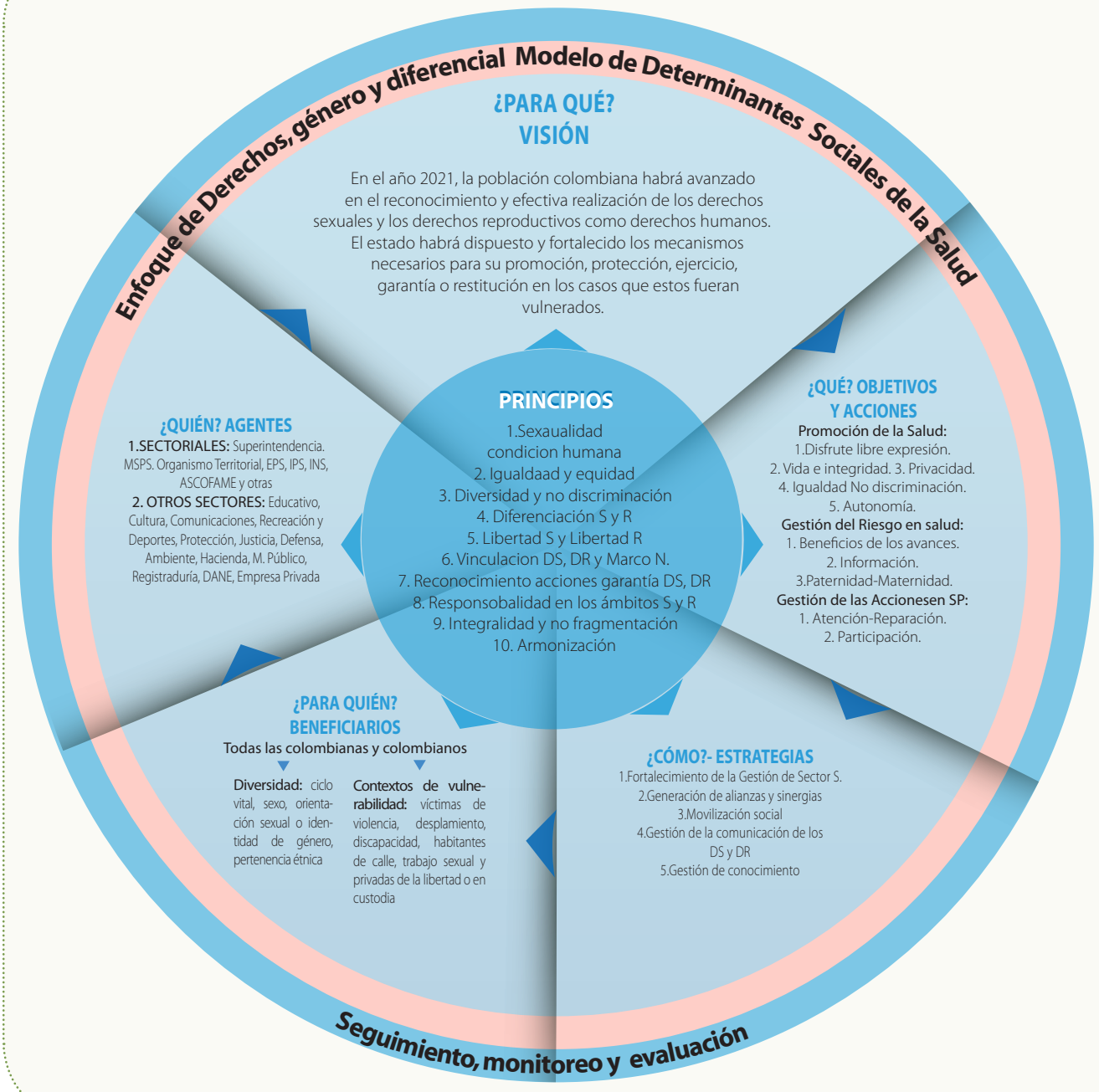
durante la última década tasas de mortalidad muy por encima del promedio nacional y que se comparan, con las de África Subsahariana, como resultado de múltiples factores como la baja inversión social, escaso desarrollo educativo, violencia y otras.

- En términos generales, podría afirmarse que la falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afecta los indicadores de mortalidad materna. A esta situación se suman determinantes de tipo social, económico y cultural que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas.
- En los determinantes de la mortalidad materna se han descrito debilidades en el acceso a servicios de salud de calidad, (ONU, 2010). En Colombia la atención institucional del parto aumentó un 2,0% entre los años 2005 y 2010. Aunque todas las regiones han incrementado la cobertura de atención es más notable en las regiones Oriental y Pacífica donde el incremento fue de 3,4% y 3,1% respectivamente. La región con menor incremento fue Bogotá-Cundinamarca con un 0,22% (ENDS, 2010).
- En Colombia la pobreza genera desigualdades en la distribución de la mortalidad materna. El 50% de la población más pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad. Los departamentos de Chocó, La Guajira y Córdoba están dentro de los que tienen mayor proporción de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas y a la vez experimentan alta mortalidad materna. Los departamentos de Putumayo y Caquetá donde a pesar de que el porcentaje de personas con NBI no es de los más altos, las razones de mortalidad materna si lo son. La educación también se comporta como determinante de esta causa de muerte, la mitad de la población menos educada experimenta el 53% de la mortalidad materna.
- El acceso a métodos anticonceptivos también incide en la reducción de los embarazos no deseados y por lo tanto en la práctica de aborto en condiciones de riesgo, los cuales son a su vez una de las causas de la mortalidad materna. Se estima que en Colombia se producen alrededor de 440.000 abortos al año aproximadamente (Guttmacher, 2013).
- La cobertura de control prenatal también se ha incrementado en Colombia un 3,9% durante el quinquenio 2005-2010. Todas las regiones han aumentado el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales a excepción de Amazonía-Orinoquía donde la cobertura descendió en un 6,3%. Las regiones con mayor aumento son Central, Pacífica y Oriental con un 5,8%, 5,0% y 4,2% respectivamente (ENDS, 2010). El 77,0% de las mujeres encuestadas refirieron haber iniciado sus controles prenatales antes del cuarto mes de embarazo, el 15,0% lo hizo entre el cuarto y el quinto mes y el restante 8% lo hizo pasados los cinco meses.
- Una de los temas con mayor brecha es la responsabilidad que asumen mujeres y hombres en torno a la consulta de asesoría en planificación familiar, las cifras registran una escasa participación de los hombres, de tal manera que mientras en promedio cerca de un millón de mujeres entre 18 y 44 años consultan cada año, solo lo hacen 50.000 hombres y en la población menor de 18 años consultan aproximadamente 171.000 mujeres y 20.000 hombres.
- Para el VIH/Sida las cifras muestran descensos en la mortalidad por el complejo sindromático que los caracteriza, pasando la tasa por cien mil personas de 5,3 en 2003 a 4,9 en 2011. La mortalidad por VIH/Sida presenta mayores valores en departamentos con mejores condiciones de desarrollo.
- La situación del VIH/Sida en Colombia, para el período 2003 – 2013, es el de una epidemia concentrada, dado que la tasa de prevalencia en población general fue inferior al 1%. La tendencia general del VIH/Sida es de incremento paulatino en la frecuencia de casos notificados. Estos se concentran en el grupo de 20 a 39 años (52.7%) y el grupo de edad más afectado es

el de 25 a 29 años; se observa incremento de casos en personas de 60 y más años desde 2005. El mayor número de casos se notificó en Bogotá D.C., seguido por Valle del Cauca y Antioquia; los cuales concentran más del 50% de los casos.

- Para el año 2003, el Ministerio de la Protección Social informa una prevalencia de VIH en gestantes de 0.65%; en el año 2009, el Instituto Nacional de Salud, realizó el VII estudio centinela en gestantes, encontrando una prevalencia de 0.22% la baja prevalencia en este grupo, representa un logro para el país en el periodo de valoración 2003-2013.
- Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) son el grupo más afectado hasta 2010. Los estudios realizados en 2010 por el MSPS y UNFPA, en poblaciones vulnerables del grupo HSH alcanzaron prevalencias superiores al 5%. Esta prevalencia varía entre 5 y 24% en estas poblaciones, con diferencias regionales significativas: Barranquilla: 13,6%; Cartagena: 10,0%; Medellín 9,1%; Pereira 5,6%; Bogotá: 15%; Cali: 24,1% y Cúcuta: 10,9%.
- Los estudios realizados en el grupo de Mujeres Trabajadoras Sexuales MTS, entre 2005 y 2011, por MSPS y UNFPA en diferentes ciudades del país, han mostrado prevalencias entre 0.6 y 4,5 %. La población de Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) también fue estudiada en este periodo, un estudio de comportamientos de riesgo asociados en este grupo de población, realizado en Pereira y Medellín en el 2010, muestra prevalencias de 1.9 y 3.8% respectivamente. El estudio sobre comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en Mujeres Transgénero en cuatro ciudades de Colombia, realizado en 2012 por el Proyecto VIH del Fondo Mundial, muestra prevalencias por encima del 10% en todas las ciudades: 17,1% en Bogotá, 10% en Medellín; 18,8% en Cali y 13.1% en Barranquilla.
- La Sífilis congénita es otro indicador que aproxima a la valoración de la calidad de la atención que reciben las gestantes dentro de su proceso de control prenatal. Según datos de vigilancia en salud pública, se notifican en promedio 1.721 casos al año, cifra que tiende al aumento, concentrándose en los departamentos del Valle del Cauca, Bogotá D.C. y Antioquia. En general y tal como sucede con la notificación de los eventos que hacen parte de la Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (VIH/ Sida, Hepatitis B, Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita). Salvo los tres departamentos mencionados, el resto del territorio nacional mantiene un comportamiento estable a pesar de sus grandes diferencias socio-económicas. La Sífilis Gestacional ha aumento en el número de casos que se notifican al sistema nacional de vigilancia, mostrando que se han duplicado entre 2005 y 2013.
- La violencia de género, los delitos sexuales cuantificados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses muestra tendencia aumentada con tasas por cien mil personas que crecen de 40 en 2004 a 46 en 2012 afectando más a mujeres y las menores de edad. Los datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública permiten resaltar que las mujeres (73%), con residencia habitual en ámbito urbano (83%), afiliadas al régimen subsidiado (49%) son las más afectadas durante el 2012. Los departamentos de Antioquia, Santander, Valle del Cauca, Guainía y La Guajira presentan cifras que superan ampliamente el promedio nacional.
- Los cánceres relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en hombres y mujeres muestran que: el cáncer de seno pasó de 4,6 muertes por cien mil mujeres en 2003 a 4,5 en 2011, mientras el de cuello uterino pasó de 4,2 a 3 muertes por cien mil mujeres en el mismo período; para los hombres, las cifras muestran que el cáncer de próstata pasa de 5,5 a 4,7 muertes por cien mil entre 2003 y 2011. La enfermedad testicular presenta incidencias bajas en los últimos años. Anexo No. 4.

## Política Nacional de "Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos"





# 2. Marco conceptual

# 2. Marco conceptual



El derecho fundamental a la salud, es definido en la Ley Estatutaria como un *"derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo"*, cuya forma de garantía por parte del Estado abarca *"el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud"*.

Hablar de la salud como un derecho[8] supone el reconocimiento de su carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, inherente a los derechos humanos e implica una interdependencia con otros derechos, pues no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedades o dolencias, sino que alude al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Se trata del nivel de salud que le permite a la persona vivir dignamente, sin que sea aceptable la distinción o discriminación por edad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual o identidad de género, religión, ideología política, situación económica, social o cualquier otra razón.

La forma como el Estado estructura su garantía, según lo establece la misma Ley Estatutaria, es mediante la adopción de políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas; en cumplimiento de sus obligaciones el Estado es

La salud como un derecho supone el reconocimiento de su carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, inherente a los derechos humanos e implica una interdependencia con otros derechos.

[8] El PDSP se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de 1991 artículo 49, en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, y en la Ley 1450 de 2011.

responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y los que de este se deriven.

Esta concepción de la salud adoptada por Colombia debe ser asumida en todas las condiciones relacionadas con la salud de las personas y las comunidades, dentro de las que se encuentra la salud sexual y la salud reproductiva. En consecuencia, el derecho a la salud tal y como se ha establecido hoy, indica un alcance que va más allá del previsto en las regulaciones que sustentaron la PNSSR 2003-2007.

Las regulaciones actuales, y en especial la Ley 1438 de 2011, que direccionan la formulación del Plan Decenal de Salud Pública, en el cual una de sus dimensiones prioritarias está definida como *"Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos"*, es la cadena teórica y normativa en la que se soporta los contenidos, definiciones y narrativas de la PNSDSDR 2014-2021.

En cuanto a los contenidos conceptuales que adopta la presente Política son los mismos aceptados por los consensos internacionales y las normas de más alta jerarquía del ordenamiento interno colombiano; conceptos que son reconocidos como enfoque de derechos, el enfoque de género; el enfoque diferencial; y el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.

El PDSP define que ***"El enfoque de derechos*** *implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas que permitan el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujeto de derechos, a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no solo en función de una atención en salud oportuna y apropiada sino también en el desarrollo y promoción de los principales Determinantes Sociales de la Salud, teniendo en cuenta el punto de vista personal de cada ciudadano como sujeto capaz de decidir autónomamente y de acuerdo con su conciencia"* (MSPS, 2013).

Este enfoque enfatiza la necesidad de evitar cualquier forma de estigma o discriminación; resalta el respeto a la diversidad cultural o el pluralismo; al igual, que la importancia de la promoción de la salud como un cometido de los gobiernos. Pone de relieve la mejora de las condiciones de vida y la protección del medio ambiente, incluyendo la biósfera y la biodiversidad; y señala que se deben promover la evaluación y la gestión apropiada de los factores relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas.

El enfoque de derechos enfatiza la necesidad de evitar cualquier forma de estigma o discriminación; resalta el respeto a la diversidad cultural o el pluralismo.

Así mismo, el artículo 13 de la Constitución Política[9] consagra la igualdad de todas las personas y en reconocimiento de la desigualdad real, prevé que el Estado tome medidas que promuevan las condiciones para que esa igualdad sea real y efectiva, al reducir inequidades y diferencias, y pueda garantizar a los ciudadanos condiciones de vida digna, a través de medidas afirmativas. De esta manera, adopta la equidad como un valor relacionado con los derechos fundamentales, entendida como darle a cada quien lo que necesita, aplicando el principio de la justicia. En definitiva, la salud por ser un derecho fundamental interrelacionada con el derecho a la igualdad y por ende a la equidad, debe garantizarse a todas las personas.

Algunos de los abordajes del enfoque de derechos hacen referencia a su aplicación en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva. Es así como en los derechos sexuales y en los derechos reproductivos se plasman todos los derechos humanos interpretados desde la sexualidad y desde la reproducción, y se desarrollan en el derecho a la libertad sexual, a la intimidad, a la libertad de pensamiento, a la vida e integridad personal, a la información, a la autonomía reproductiva y a la salud, entre otros. La dignidad como derecho básico y principio de derechos se fortalece en el reconocimiento de su aporte a los procesos de desarrollo humano. El respeto a la dignidad de las personas, su protección, promoción y garantía en la interrelación con todos los derechos humanos es requisito para el mejoramiento de la vida, el bienestar, el desarrollo, la paz y condición para el derecho a la vida humana, que para que sea humana ha de ser digna. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres, sin discriminación, riesgos, amenazas, coerción o violencia en la toma de decisiones y que disfruten de su sexualidad o de su reproducción, ocurra esta por vía natural o por procedimientos asistidos científicamente.

Frente a los derechos reproductivos, incluyen las decisiones en este aspecto sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, según lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, hombres y mujeres deben considerar las necesidades y derechos de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad, por ello, su promoción debe ser la base de las políticas en la esfera de la salud reproductiva.



La dignidad como derecho básico y principio de derechos se fortalece en el reconocimiento de su aporte a los procesos de desarrollo humano.

[9] "Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan".

También se requiere la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres y de todas las personas en todas las edades y atender particularmente las necesidades educativas y de servicios de niños, niñas los y las adolescentes con el objeto que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. Las mujeres y los hombres de mayor edad tienen problemas especiales en salud reproductiva y salud sexual, que no suelen encararse de manera adecuada según lo contempla el Programa de Acción de El Cairo.

Los derechos humanos en el ámbito de la sexualidad son interdependientes con el derecho a la dignidad, la libertad y la igualdad, esto implica que las personas, hombres y mujeres, deben ser autónomos sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, tales como la actividad sexual, la orientación sexual o la identidad de género y su relación con la salud sexual y la salud reproductiva. Los derechos sexuales como derechos humanos, determinan la capacidad de decidir libremente en los aspectos de la sexualidad sin coerción, discriminación o violencia. Incluyen las relaciones igualitarias entre personas hombres y mujeres cuando se trate de relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto a las personas, y a su integridad, lo cual exige consentimientos recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias derivadas del comportamiento sexual, tal como se desprende de la interpretación de la Plataforma de Acción de Beijín.

La consolidación conceptual del enfoque de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos ha permitido observar por separado el componente reproductivo del sexual y ha dado pie para la identificación de los diferentes tipos de derechos que los atañen y sus formas de materialización, en el reconocimiento permanente de la sexualidad como condición humana y el cuerpo humano como espacio de vivencia de la sexualidad, son simultáneamente el soporte de la comprensión de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos como propiedad del sujeto titular. En la comprensión no debe perderse de vista que este enfoque, combina dos principios esenciales, consagrados en la Carta Política, a saber, la noción de Estado social de derecho, según el cual este debe garantizar la efectiva realización de los derechos consagrados en ella, pero sin desconocer el segundo de tales principios relativo a la corresponsabilidad, según el cual además del Estado, deben concurrir a su realización la sociedad y las familias en aspectos como el autocuidado, la prevención y la promoción de aquellos

En esta misma perspectiva, el **enfoque de género,** como componente del enfoque de derechos, parte del reconocimiento de la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino que alude al sistema de relaciones sociales, a partir de las cuales se establecen normas, formas de comportamiento, prácticas, costumbres, atributos y actitudes sociales y psicológicas para el ser femenino y para el ser masculino; además construye un sistema de relaciones simbólicas que proveen ideas y representaciones para unas y otros.

El género y las relaciones de género, han sido internalizados por medio de procesos de socialización, que han variado históricamente y de una sociedad a otra, y han dependido de lo que en cada una de ellas se conciba como autoridad, poder o prestigio. Es así como el género se puede considerar como "uno de los ejes fundamentales que organizan la vida social, pues hace una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales, sumando o restando oportunidades. De ahí que sea un determinante social de la salud" (García, 2010,p.26)

Históricamente, las mujeres ocuparon el ámbito de lo privado debido a su función reproductiva, en donde su representación



o núcleo simbólico se centraba en la maternidad y el rol doméstico se constituía en eje principal de los contenidos de lo femenino, pero esto se ha ido transformado. Así mismo, los hombres destinados al espacio de lo público; donde se tejen los contenidos de la cultura y de las relaciones sociales y donde se materializa la transacción y el intercambio; ocuparon el rol central de proveedores económicos, jefes del hogar, dueños de bienes, lo que constituye la potestad de lo masculino para ejercer el dominio, incluidas la vida, el cuerpo y la sexualidad de las mujeres y la representación de lo masculino, lo cual también se ha ido transformando.

En consecuencia, las representaciones sociales actuales admiten hombres cuidadores ocupando el ámbito de lo privado e induce mujeres proveedoras dueñas de sus cuerpos ocupando los espacios y los roles de lo público. En los núcleos más evolucionados hombres y mujeres independientemente de su identidad de género asumen y realizan indistintamente roles femeninos o masculinos que anteriormente se consideraban exclusivos de mujeres o de hombres, respectivamente.

La estructuración de relaciones más simétricas entre lo femenino y lo masculino debe producir, como ya se muestra en algunas comunidades, superación de las violencias, de las desigualdades y discriminaciones, que han afectado principalmente al mundo de lo femenino y atenúan las repercusiones negativas que pagan las masculinidades por su poder hegemónico. Lo anterior señala el sentido de las nuevas relaciones basadas en nuevas representaciones, aunque es necesario admitir que en muchos núcleos persisten asimetrías de género que es necesario reducir.

Las diferencias e inequidades de género en el campo de la salud se han manifestado en la presencia de enfermedades, o eventos negativos como la violencia, al igual que en las formas como se establecen los sistemas de salud en términos de la prevención y atención, con mayor asignación de responsabilidades a lo femenino en los procesos de prevención, recuperación de la salud y cuidado de los enfermos; mientras que el conocimiento por su condición de dominio se ha reconocido como valor simbólico de lo masculino, tendencia claramente también en transformación, como lo muestran los perfiles por sexo de los profesionales de la salud en ejercicio. De igual manera, en otros terrenos de lo social los roles ejercidos por hombres y mujeres han tenido implicaciones positivas en las relaciones de género y de poder.

Las diferencias e inequidades de género en el campo de la salud se han manifestado en la presencia de enfermedades, o eventos negativos como la violencia.

Específicamente, en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva, el enfoque de género permite reflexionar sobre los mecanismos históricos y socio-culturales que ponen a hombres o mujeres, pero particularmente a estas últimas, en una situación de vulnerabilidad frente al riesgo de enfermar o morir, en cuanto están sujetas a procesos biológicos particulares como: el embarazo, el parto, el aborto; a procesos sociales relacionados con la planificación familiar vista como un asunto femenino, o a la violencia, discriminación y abuso sexual que se ejerce en su contra por el simple hecho de ser mujeres o de identificarse con el género femenino, entre otros.

Por su parte, el rol masculino frente a la salud sexual y la salud reproductiva señala contenidos y representaciones que los inducen a asumir otros riesgos en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, así como del goce y del disfrute de la sexualidad. Respecto a las personas con identidad transgénero, las representaciones de la sexualidad y la reproducción, implican grandes retos, en cuanto estas categorías se vinculan con la orientación sexual y a la representación icónica de lo femenino o de lo masculino, que exige respuestas del sector salud, como cuando una persona decide asumir transformaciones corporales que pueden llegar al cambio de sexo o un rol de género diferente al esperado socialmente.

Resulta fundamental tener en cuenta que el género se articula con otras categorías como: pertenencia étnica, orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual), identidad de género, momento del ciclo vital y situaciones como la discapacidad, la victimización por el conflicto armado u otras formas de violencia, desplazamiento forzado, los procesos migratorios, entre muchas otras, las cuales sumadas o agregadas potencian condiciones de disparidad, asimetría e inequidad, que afectan especialmente a las mujeres, así las mujeres pobres de grupos étnicos, sufren mayores inequidades y son mayormente vulneradas cuando se encuentra en contextos de guerra.

Por su parte, el rol masculino frente a la salud sexual y la salud reproductiva señala contenidos y representaciones que los inducen a asumir otros riesgos en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, así como del goce y del disfrute de la sexualidad.

Por ello, con el fin de atender a los principios de la salud como derecho humano, y dar cuenta de las necesidades diversas que tienen algunos grupos poblacionales para el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, esta Política también adopta el **enfoque diferencial.** El PDSP señala que *"La fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Es decir, "el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena*

*política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública"* (Baquero,2009).

El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como "sujetos de derechos", inmersos en particulares dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia. Así mismo, tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes, como es el caso de la discapacidad y de condiciones sociales como ser víctimas de violencia, conflicto o de desplazamiento.

Partiendo entonces del reconocimiento de la diversidad por ciclo de vida, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad, y especiales situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza), el enfoque diferencial supone una organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación.

Para la atención de las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, el enfoque diferencial considera la adecuación de servicios y acciones por parte de la institucionalidad, para el reconocimiento de particularidades sociales, culturales, religiosas, entre otras y ofrecer respuesta a las demandas sociales de garantía de los derechos fundamentales de la población. Esto implica la consulta y la concertación con los sujetos involucrados, bajo los principios del reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio de los recursos materiales y culturales de las comunidades.

La incorporación del enfoque diferencial también implica distinguir entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho, y en ese mismo contexto de especial protección, y las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto" (MSPS). El enfoque señala que las desigualdades que constituyen desventajas deben tenerse en cuenta al diseñar políticas o proveer servicios sensibles a esas diferencias; es así como este enfoque se constituye en una condición sin la cual no es aplicable el enfoque de derechos en la actuación del Estado.

En cuanto a la diversidad, su reconocimiento y el análisis de necesidades diferenciales de los sujetos y colectivos supone *"la materialización de intervenciones que den cuenta de las mismas, e incluso señalen explícitamente* ***acciones afirmativas*** *que generen condiciones de equidad y de efectiva superación de vulneraciones al momento de definir la actuación institucional y social".* (MSPS, 2013)

Para la PNSDSDR 2014 – 2021 el enfoque diferencial comprende a su vez los sub-diferenciales: orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, y particulares situaciones generadoras de inequidades sociales como le ocurre a las víctimas del conflicto armado, entre otras.

Así mismo, y debido a que la salud sexual y la salud reproductiva se expresan de forma diferente a lo largo del trascurrir vital y por lo tanto requieren atenciones diferentes, el cuarto enfoque considerado explícitamente para la presente política es el de **ciclo de vida,** también llamado transcurso de vida. Dicho enfoque *"es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en periodos vitales anteriores"* (MSPS, 2013).

Hablar del ciclo vital es un concepto que puede diferenciar las etapas del desarrollo, aunque no

debe tomarse en forma absoluta ya que el transcurrir vital y las condiciones de diversidad individual y cultural lo relativizan. El PDSP explica cómo: *"Desde la perspectiva del enfoque diferencial, el ciclo de vida atraviesa todos los demás sub-diferenciales. Para cada momento vital es de especial relevancia reconocer los roles y relaciones de poder derivados del género, de la pertenencia étnica, de la existencia de una situación de discapacidad o de situaciones que generan un conjunto de características que exigen un reconocimiento real de los sujetos y sus necesidades, y no solo una división de grupos de edad homogéneos. El ciclo de vida aborda el continuo vital y sus momentos, en términos de potencialidades y capacidades permanentes y adecuadas a las exigencias de cada uno de ellos y al logro de acumulados que les permitan a cada individuo y a los colectivos tener una vida plena y con las mejores condiciones posibles de salud"* (MSPS, 2013).

De tal manera que el ciclo de vida pone de relieve interacciones propias que cada momento vital implica para los individuos y grupos sociales, en relación con los Determinantes Sociales de la Salud que se abordan más adelante.

Todo lo señalado en precedencia permite entender la **sexualidad** como un concepto dinámico que agrega contenidos de construcción sociocultural sobre las condiciones biológicas, psico-emocionales y sociales, es decir, de los contenidos que se estructuran y de los modos como estos se realizan en las interacciones que se dan cuando se relacionan las personas entre sí. La sexualidad comprende la actividad sexual, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción (IPPF, 2008), las relaciones, la comunicación, entre muchas otras.

En el PDSP el Ministerio de Salud y Protección Social le apuesta a una visión afirmativa y amplia de la sexualidad cuando define esta dimensión como un *"conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades"(*MSPS, 2013).

En palabras de Alice Miller *"Integrar la sexualidad a los derechos humanos, poniendo énfasis en afirmar que es común a todos los seres humanos, exige un compromiso consciente en cuanto a estar más alerta para detectar los "constructos ideológicos* (Rubin, 1989) *que rigen nuestros supuestos*



Entender la sexualidad como un concepto dinámico que agrega contenidos de construcción sociocultural sobre las condiciones biológicas, psico-emocionales y sociales.

*acerca de las conductas y expresiones sexuales, así como la disposición a analizar los supuestos que subyacen a los diferentes argumentos políticos, religiosos y culturales sobre la sexualidad"*(Miller,2010, p.2).

En conclusión, **el enfoque de derechos,** que sustenta esta Política, se orienta a crear los mecanismos para que las personas en ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan, con el propósito de superar la inequidad que impiden su realización humana. Supone el cumplimiento de estándares relacionados con el derecho a la dignidad, libertad, igualdad, la vida y la integridad, la autonomía, confidencialidad, e intimidad y que la oferta institucional para la promoción, ejercicio y realización del derecho a vivir una sexualidad plena se encuentre disponible, accesible, sea adaptable a las particularidades de los diferentes grupos; y prestada con calidad y solidaridad.

Lo anterior implica observar la desigualdades producto de la conversión de la diversidad y las diferencias que ella comporta en relaciones y operaciones abusivas de poder, desde las intersecciones con el género, orientación sexual, identidad genérica, ancestro étnico, ciclo de vida, cultura, territorio, como también a los grupos poblacionales inmersos en condiciones de vulnerabilidad que incluye a las personas con discapacidad, personas privadas de la libertad o en custodia, habitante de calle, o con dedicación al trabajo sexual y víctimas de la violencia especialmente la sexual, por el conflicto o en situación de desplazamiento; sin que esto signifique una fragmentación o atomización del ser humano, por lo tanto, las instituciones deben generar modelos de gestión de la sexualidad y los

El enfoque de derechos, que sustenta esta Política, se orienta a crear los mecanismos para que las personas en ejercicio de su ciudadanía comprendan sus derechos, los ejerzan y los exijan, con el propósito de superar la inequidad que impiden su realización humana.



derechos sexuales y los derechos reproductivos que respondan a esta diversidad y sus intersecciones.

Los enfoques hasta aquí mencionados sustentan el abordaje de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde y para la condición individual; y se potencian con una lectura que aproxima la expresión de las mismas condiciones y características en el mundo de lo colectivo, como lo permite el **Modelo de Determinantes Sociales de la Salud,** que la misma Ley Estatutaria refiere en su artículo nueve como una forma para lograr la equidad en salud, al señalar que es deber del Estado reducir las desigualdades de los determinantes sociales que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.

Sin olvidar que el Sistema de Atención Sanitario actúa como un determinantes más, en la medida que responda o no, a las necesidades en salud de la población.

Este modelo parte de la premisa que la justicia social afecta la forma como las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su probabilidad de enfermar o morir, por lo cual el desarrollo de una sociedad puede medirse por la calidad del estado de salud de su población, por la manera como se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección que se otorga y gozan las personas enfermas (OMS, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que *solo si el desarrollo económico se acompaña de políticas sociales que aseguren el reparto equitativo de sus beneficios, se podrá alcanzar la equidad sanitaria*. También recomienda mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, los recursos y contar con un sistema de información que permita medir y analizar la inequidad en salud y evaluar las intervenciones (OMS, 2008), actuando sobre los determinantes sociales.

Para mejorar las condiciones de vida, se requiere fortalecer programas de salud y educación de calidad para la infancia y la adolescencia; garantizar y promover entornos y hábitos saludables y la disminución de violencia y delitos; establecer políticas sociales y económicas que garanticen prácticas justas en materia de empleo, trabajo digno y protección social y; establecer sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud, con independencia de la capacidad de pago (OMS, 2008).

El Modelo de Determinantes Sociales de la Salud parte de la premisa que la justicia social afecta la forma como las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como su probabilidad de enfermar o morir, por lo cual el desarrollo de una sociedad puede medirse por la calidad del estado de salud de su población.

La OMS recomienda para luchar contra la distribución desigual del poder y los recursos, que la equidad sanitaria sea criterio de evaluación de la intervención de los gobiernos y que, entre otras medidas de política pública para los países, las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilicen indicadores de los determinantes sociales, para medir los progresos realizados, por lo que finalmente la OMS plantea la necesidad de disponer de sistemas de datos básicos sobre las inequidades sanitarias y los DSS, que puedan ser interpretados y utilizados en la construcción de políticas, sistemas y programas más eficaces.

En ese orden de ideas, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, de la OMS *"combina elementos de diversos modelos hasta llegar a la construcción de un modelo de Determinantes Sociales de la Salud que revela la existencia de un contexto socio político que genera desigualdades socio económicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, el género, la raza o la pertenencia a un grupo étnico. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud"* (OMS, 2008).

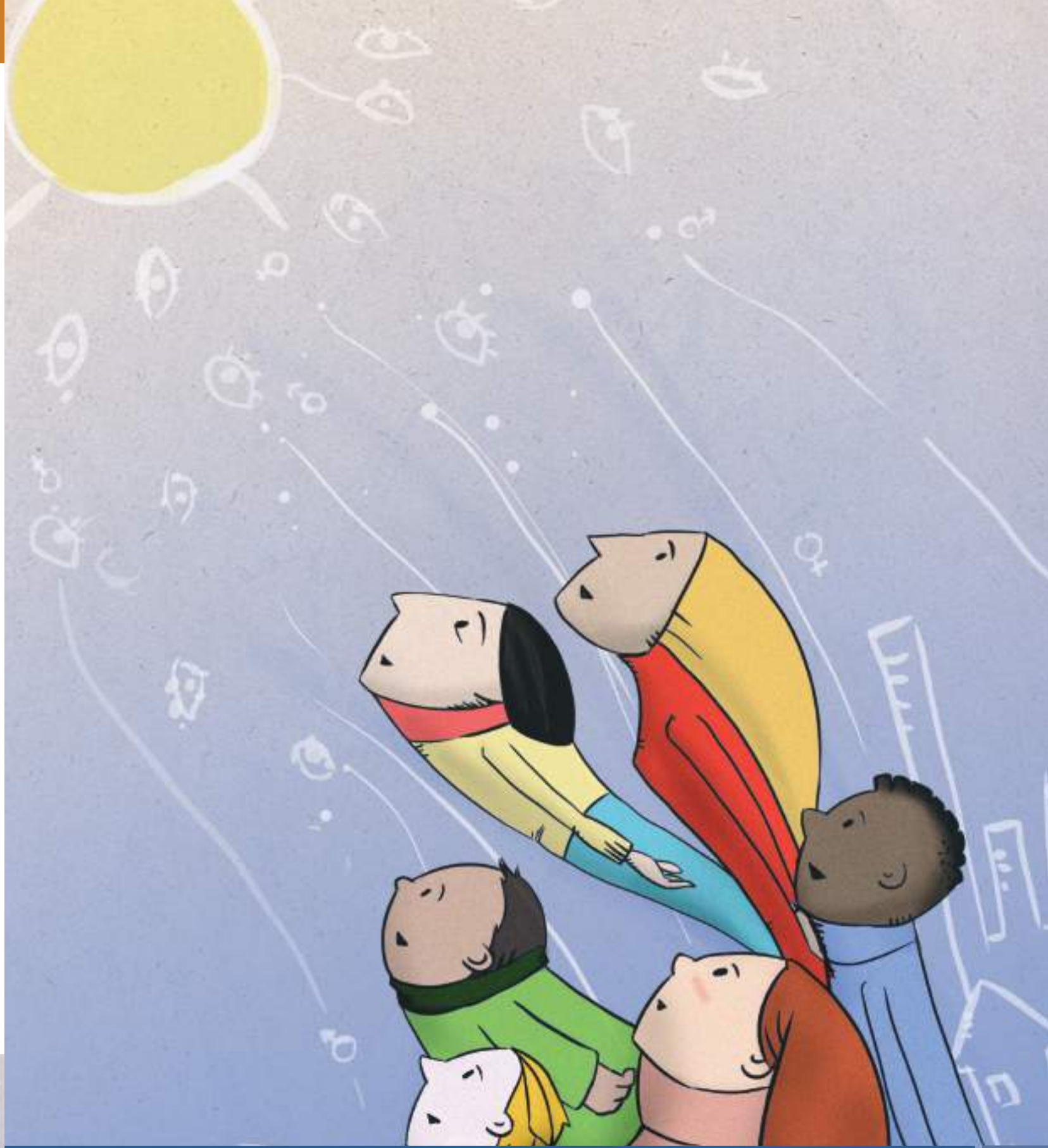
Los Determinantes Sociales de la Salud conforman, un modelo que reconoce cómo el riesgo epidemiológico está determinado individual, histórica y socialmente, por ello, la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el estado de salud es compleja, e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel microcelular hasta el macroambiental.

Igualmente, el PDSP indica la necesidad de precisar los intercambios entre las dinámicas de la población y las condiciones que ella vive en lo social, económico, educativo, cultural y ambiental, para identificar y señalar las tensiones o las ventajas comparativas de cada territorio. Estos son elementos básicos que debe ser integrados a la promoción y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, especialmente cuando se propone la igualdad en su garantía desde el **Enfoque Poblacional.**

Si bien, la presente Política es sectorial, al considerar el modelo de Determinantes Sociales de la Salud se hace necesario involucrar y coordinar acciones con otros sectores y agentes sociales, quienes tienen la responsabilidad de convertirse en agentes de cambio, para la garantía de los derechos fundamentales en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, y por lo tanto, al goce de la sexualidad y del derecho a la salud.

Finalmente, la construcción de esta Política se estructura en el enfoque sistémico, donde capacidades y requerimientos se reconocen como entradas, objetivos y modos de acción como procesos y la realización de logros como las salidas, que a su vez de forma dinámica se constituirán en los nuevos requerimientos sociales en el campo de la sexualidad y la reproducción.





# 3.Principios

# 3.Principios



En razón a que la PNSDSDR se sustenta, entre otras, en la Ley 1438/11, la cual a su vez determina la exigencia de formulación para el país de un Plan Decenal de Salud Pública, este documento contiene implicitamente los principios plasmados en esta ley.

Así mismo, los principios como conceptos que se convierten en orientación ética de la acción, en tanto que clarifican el sentido y alcance de la Política o sus contenidos, también son la base que permite sus posteriores desarrollos sin alejarse de los intereses que le dieron origen, por lo tanto deben ser interiorizados por toda la población en su doble función de demandante de servicios y garantes de derechos. Los principios específicos que rigen el desarrollo de las acciones en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos se concretan en:

## 3.1 La sexualidad es una condición humana:

Implica entender la sexualidad como condición prioritaria para el desarrollo humano, por lo tanto debe ser liberada de carga moral y observarse desde el ámbito de los derechos y **el respeto por las personas,** quienes son el centro alrededor del cual gravitan las políticas en el marco de una moral laica. Se asume que la sexualidad es una condición característica individual, que se construye en una condición social en permanente proceso de transformación en el tiempo, y que se mantiene por imperativos sociales que son asumidos por las personas quienes la expresan de manera diversa.



La sexualidad ha sido entendida desde una postura filosófica como: *"un universo simbólico construido sobre una realidad biológica: el sexo. Se trata de una complicada mezcla de estructuras fisiológicas, conductas, experiencias, sentimentalizaciones, interpretaciones, formas sociales, juegos de poder. Simplificando mucho podríamos decir que la sexualidad es sexo + cultura, es decir, la modulación que una cultura hace del sexo"* (Marina, 2010. p. 9)

La sexualidad también se define desde una postura más comprehensiva como *"un concepto en evolución que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad se experimenta y expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas y relaciones"* (IPPF, 2008. p.11).

En este sentido, el Estado a través de sus instituciones debe propiciar, facilitar y proveer las condiciones necesarias y favorables para el disfrute de la sexualidad, el libre y responsable ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que de ella se originen, ya que la sexualidad así entendida, comporta un especial contenido y alcance trascendente, por lo cual los espacios tradicionales de socialización, esto es, la familia y la escuela, están llamadas a desempeñar roles de especial significado e impacto.

## 3.2 Igualdad y Equidad:

Se desarrollan como principios a partir de la igualdad reconocida como cualidad primordial de las personas. Es la aceptación de la condición humana, donde todas las personas al mismo tiempo son iguales, únicas y diversas, es decir, iguales en la diferencia. Históricamente la construcción social ha establecido contenidos de las relaciones que al reconocer la diferencia, por ejercicio del poder las convierten en desigualdades y las estructuran con sentidos de preminencia y dominación. El contenido estructurado socialmente para resolver la asimetría propuesta al interior de las relaciones jerárquicas, se configura en la búsqueda de un trato diferencial a lo que es diferente y se conoce como equidad. La equidad es una característica del abordaje de diferentes aspectos de las relaciones humanas que comprenden las relaciones intergenéricas, conocida como equidad de género; las relaciones económicas y sociales y se alude a la equidad social y política.

En este sentido, la Ley Estatutaria en Salud afirma que el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos en contexto de vulnerabilidad y de los sujetos de especial protección.

## 3.3 Diversidad y no discriminación:

Cada persona es diferente y por lo tanto cuenta con una identidad íntimamente vinculada con la dignidad humana; las condiciones y características de esta identidad pueden configurar grupos, lo cual obliga a que en la garantía de los derechos de igualdad y libertad, se reconozca que no debe haber discriminación en razón a la vivencia de ninguna particularidad en el sentido de lo humano. Esto configura el concepto de "cero discriminación" por condición de sexo, género, orientación sexual, identidad de género, cultura y otros, por lo tanto, no es aceptable la más mínima forma de estigma o violencia derivada de estas condiciones.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como cualquier derecho



humano, son inherentes a cada persona desde su diversidad y están asociados al derecho a la **intimidad y respeto a la confidencialidad,** lo cual se encuentra especialmente regulado desde la Ley Estatutaria, donde se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona.

## 3.4 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, por lo tanto, los derechos sexuales son independientes de los derechos reproductivos. Desde hace algunos años, la construcción social ha posibilitado que a todas las personas les asista el disfrute de la sexualidad al margen de la reproducción o a ejercer su derecho a la reproducción al margen de la sexualidad. La sexualidad es de suyo un campo de la autonomía personal modelada en lo social, por ello reconocida como construcción social. Así mismo, la reproducción desde una condición biológica ha estado ligada a la sexualidad, pero cada vez los avances de la ciencia en materia de fertilidad, (reproducción asistida, adopción, etc.) la hacen posible sin esta mediación.

Sin embargo, estas opciones, como toda práctica en la sexualidad, deben ligarse a unos mínimos éticos de respeto y del cuidado del sí, entendido como "práctica social" que siempre tiene en consideración el cuidado y el respeto por el otro.

La sexualidad y la reproducción son dos realidades y conceptos que aunque están muy ligados representan dos ámbitos diferentes en la vida humana, por lo tanto, los derechos sexuales son independientes de los derechos reproductivos.

## 3.5 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. Por ello, la libertad sexual y la libertad reproductiva se materializan a través de las decisiones personales como máxima expresión de la libertad individual y ciudadana en los contextos laicos. Estas libertades deben contar con condiciones esenciales como conocimiento, razón, discernimiento, voluntad, asunción de límites y de las consecuencias de la decisión. El cumplimiento de estas condiciones activan los sistemas de protección basados en la información y educación.

La salud sexual y la salud reproductiva entrañan a su vez, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y la libertad para decidir procrear o no hacerlo, o cuando y con qué frecuencia[10].

## 3.6 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, son el único limitante al ejercicio de estos derechos humanos, dentro de un marco ético y de principios como **la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia,** propios de una sociedad democrática que garantiza la libertad, igualdad y respeto por las diferencias.

El límite para el ejercicio de algunos de los derechos sexuales, también está determinado por el momento evolutivo de niñas y niños, cuyo acceso es gradual según la madurez física y mental, su empoderamiento y autonomía. En tanto en las relaciones entre personas de diferentes edades, la determinación del límite corresponde al más adulto, en tanto comporte mayor madurez; esto es, la edad con las capacidades plenas, permite en sí misma mayor poder de decisión. Corresponde a los mayores la protección de las personas con menor edad, en todos los casos de ejercicio de derechos.

Así mismo, el encuentro sexual debe ser entre pares, sin asimetría en relaciones de poder, e interpretado en la condición y circunstancias específicas de las personas, protegiendo la posibilidad de vulneración de los derechos sexuales, por lo tanto, todos los encuentros sexuales consensuados y entre iguales están exentos de valoración de violencia. Entre tanto, debe considerarse condición violatoria, el acto sexual de mayores con niños y niñas cuando estas diferencias se marquen en la etapa del desarrollo, infancia, adolescencia; al igual, que el encuentro sexual de personas con plenas facultades que acceden a otras y otros con discapacidad mental o intelectual de cualquier grado; el derecho a la vivencia de la sexualidad de las personas con este tipo de discapacidad debe ser protegido mediante procesos de educación que las preparen para encuentros con pares en su misma condición.

El límite para el ejercicio de algunos de los derechos sexuales, también está determinado por el momento evolutivo de niñas y niños, cuyo acceso es gradual según la madurez física y mental, su empoderamiento y autonomía.

[10] Informe de la III Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Capítulo 7, párrafo 7,2. 1994

## 3.7 Reconocimiento de las acciones para la garantía de los derechos:

La promoción, respeto, protección, exigibilidad y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es un *continuum* para asegurar la garantía que parte desde su conocimiento hasta su materialización o restablecimiento en los casos que son vulnerados.

## 3.8 Responsabilidad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción:

El ejercicio libre de los derechos conlleva responsabilidades individuales y sociales que deben ser previstas, entendidas e interiorizadas por las personas y las instituciones a partir de adecuados procesos de información y garantía de tales libertades. Este principio también implica corresponsabilidad y la necesidad de concurrencia del Estado, las familias y la sociedad, para el logro de los objetivos y propósitos de la PNSDSDR.

## 3.9 Integralidad y no fragmentación para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:

Estos derechos mantienen las características de universalidad, interrelacionabilidad, interdependencia e indivisibilidad y deben ser proveídos en condiciones de reconocimiento de la integridad de las personas. En concordancia con esta postura, los servicios y la atención deben ser organizados y prestados de forma integral a sujetos integrales, situación especialmente aplicable a los servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva, a partir del reconocimiento de las múltiples interrelaciones que existen entre las temáticas habituales en que actualmente se dividen los procesos de atención en esta materia. Esto es, la integralidad de los servicios se hace efectiva a través de del establecimiento de rutas y modelos de atención.

En este sentido, la Ley Estatutaria en Salud señala que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia de su origen, condición de salud, sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

## 3.10 Armonización:

Esta Política potencia, articula, complementa y hace sinergias con los demás desarrollos contenidos en instrumentos nacionales e internacionales, normas, planes y programas con que cuenta el país en torno a la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, no entra en contradicción con ellos y procura el logro de los objetivos comunes.

De la misma manera, y en el plano de la Atención Primaria en Salud (APS), se debe propender por la armonización e integralidad entre la oferta de servicios individuales y las acciones colectivas definidos en el PIC, para el logro consensuado de las metas propuestas, de acuerdo a las prioridades establecidas en los niveles territoriales y los contextos particulares.

# 4.Visión

# 4.Visión



En el año 2021, la población colombiana habrá avanzado en el reconocimiento y efectiva realización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos. Los derechos a la libertad, a la igualdad, a la privacidad, a la autonomía e integridad de las personas están íntimamente relacionados con la sexualidad y la reproducción y apuntan a salvaguardar la dignidad de la persona humana, por lo tanto, el Estado en su conjunto habrá dispuesto y fortalecido los mecanismos necesarios para su promoción, protección, ejercicio, garantía o restitución en los casos que estos fueran vulnerados.

Esto posibilitará, para todas y todos, la vivencia de una sexualidad satisfactoria y placentera, entendida como un aspecto positivo y base de su desarrollo humano, su bienestar y su calidad de vida, de acuerdo con la diversidad, determinada por el momento del ciclo vital, el sexo, la orientación sexual o identidad de género, su pertenencia étnica o cultural, el nivel educativo, la situación económica o los contextos de vulnerabilidad como los que enfrentan las personas víctimas de la violencia o en situación de desplazamiento, con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, los habitantes de calle, los trabajadores o trabajadoras sexuales, las personas privadas de la libertad o en custodia, entre otras, en cualquier parte del territorio nacional.

Se orienta a que todas las personas tengan autodeterminación sobre sus propios cuerpos y, por lo tanto, de sus destinos, lo que incluye libertad para procurar una vida sexual y una vida reproductiva con bienestar, construida desde la noción del disfrute y las relaciones igualitarias entre los seres humanos, para la realización plena de su proyecto vida, donde las diferencias y diversidades no sean causa de desigualdad, discriminación, estigma o violencia; y donde las decisiones frente a la vivencia de la sexualidad y la opción o no de la maternidad y la paternidad sean conscientes, informadas y libres.

En el año 2021, la población colombiana habrá avanzado en el reconocimiento y efectiva realización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos.

# 5.Propósito

# 5.Propósito



Esta Política tiene como propósito orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la **Atención Primaria en Salud** (APS)[11], y coincide con la estructura y las indicaciones del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la dimensión prioritaria de *"Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos"*, para que todas las personas a lo largo y ancho del país se desarrollen en condiciones de bienestar.

La APS es una estrategia que incluye los servicios de salud desde la más baja complejidad y las acciones de promoción de la salud y prevención primaria del riesgo y el daño, hasta la disposición y uso del más alto nivel del conocimiento técnico y científico para superarlos o atenuarlos y mantener la salud, incluidos los procesos de rehabilitación; todos estos entran en relación dinámica con la estructura comunitaria, que establecida en red social, red de apoyo y organización social soporta los elementos psicosociales que el proceso de promoción, prevención y atención institucional no otorga, en cuanto a contenido y calidad en los aspectos emocionales y afectivos. La diada de atención y soporte que se reconoce en la relación de la institucionalidad de salud con la comunidad es potenciada a través del establecimiento de relaciones con los demás agentes institucionales, los cuales además de fortalecer y facilitar procesos, agregan acciones propias de su competencia que crean bienestar, atenúan riesgos y erradican factores causales de eventos mórbidos. Es decir la APS implica la interrelación directa, permanente y dinámica del trinomio servicios de salud, comunidad y agentes de la estructura formal del Estado, para la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, e impactar los determinantes sociales que afectan la salud.

Esta Política tiene como propósito orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

[11] Ley 1438 de 2011.

# 6. Alcance

# 6. Alcance



Los contenidos definidos en la PNSDSDR comprometen al sector salud como ente rector, y a otros agentes intersectoriales que por sus responsabilidades y competencias están involucrados en la ejecución de las acciones, en cualquier parte del territorio nacional; quienes en sintonía con sus funciones deben establecer o construir los contactos, conexiones, coordinaciones, alianzas y sinergias pertinentes, para incidir sobre los logros en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, desde el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud y apuntar al desarrollo de los territorios y de las diversas poblaciones que los habitan.

# 7.Componentes y temáticas de especial interés

# 7.Componentes y temáticas de especial interés



La vocación de la PNSDSDR es la promoción y prevención, con el objeto que estos derechos se reconozcan, exijan, adopten y ejerzan, por ello, está dirigida a que toda la población vivencie la sexualidad o la reproducción, como ejercicio de su libertad, igualdad, autonomía, privacidad y dignidad.

No obstante, si la promoción y prevención fallan, o si los derechos sexuales y los derechos reproductivos son vulnerados, la institucionalidad del sector salud y en asocio con otros sectores según su competencia, proveerá los mecanismos necesarios para la atención, el cuidado de las personas afectadas, la reparación del daño y la reivindicación, en procura de la integridad física, mental, social y el restablecimiento del bienestar.

En consecuencia, se asumen los dos componentes definidos para la dimensión sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en el PDSP, definida como *"Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias, para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades (*MSPS,

La vocación de la PNSDSDR es la promoción y prevención, con el objeto que estos derechos se reconozcan, exijan, adopten y ejerzan.

2013. P47)*,* alrededor de estos componentes se construyen las acciones para el logro de los objetivos relacionados con la promoción, protección, atención y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la atención primaria en salud, que son:



***"a) Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género:*** *cuyo objetivo es garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la reproducción libre de violencia en el marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, étnica, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima de conflicto armado.*

***b) Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos:*** *cuyos objetivos se orientan a la garantía de la salud sexual y la salud reproductiva, con atención integrada, humanizada y de calidad, la atención oportuna y de calidad a la mujer gestante y lactante y la prevención del aborto inseguro; el empoderamiento del acceso a los servicios integrales y de los sistemas de seguimiento y evaluación, priorizando la población de 10 a 19 años; la atención a las víctimas de violencia de género y sexual; la intervención en Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones vulnerables. Todo en el marco de los enfoques de derecho, género y diferencial".* (MSPS, 2013)

El Plan desarrolla los componentes a través de las tres líneas operativas: 1) Promoción de la salud[12]; 2) Gestión del riesgo en salud[13]; 3) Gestión de la Salud Pública[14]; las cuales son retomadas en esta Política como ordenadores de los diez objetivos, los cuales se distribuyen así: cinco en la primera línea operativa; tres en la segunda y dos en la tercera, todo con el fin de guiar la planificación de la Política en función de los resultados que se esperan de ella.

Así mismo, en esta materia se identifica un abanico de **temáticas de especial interés** que son constitutivas y se

[12] *"Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, dirigidas a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable".* (MSPR, 2014. P. 28)

[13] *" Conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo"* (MSPR, 2014. P. 28)

[14] *"Conjunto de acciones que la autoridad sanitaria nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminados a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos, así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, administración, vigilancia y fiscalización de recursos"* (MSPR, 2014. P. 28)

vienen desarrollando, como parte de las acciones en salud sexual y salud reproductiva, pero requieren ser profundizadas, reflexionadas, actualizadas, potenciadas, sinergizadas, en los procesos de prevención y atención como parte de una visión ampliada de la sexualidad, que incluye temas habituales que han sido priorizados y muestran importantes avances que no pueden decaer, como son: salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes; la atención integral a la mujer antes, durante y después del evento obstétrico que incluye aspectos claves como la anticoncepción y la prevención del aborto inseguro, el acceso universal a prevención y atención integral de las ITS, VIH/Sida; el abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales; o los avances que se realizan desde la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles en cuanto a la prevención de los cánceres relacionados con la sexualidad y la reproducción; observadas desde sus interrelaciones con la salud de la población general y la adolescencia como una etapa especialmente focalizada.

La propuesta reta también al abordaje de otras condiciones que deben ser tenidas en cuenta como las disfunciones sexuales de mujeres y hombres, la adaptación del cuerpo a la identidad de género, la prevención del aborto inseguro, la fertilidad, la sexualidad en la niñez y la vejez y muchas otras. Si bien algunas de estas temáticas no son consideradas prioritarias en términos de la Salud Pública, dentro del marco de la Atención Primaria en Salud, por su aparente baja prevalencia, sin embargo, el Estado y la sociedad en su conjunto deben viabilizar las condiciones, para que las personas que las requieran en el ejercicio de sus derechos puedan ver materializadas sus aspiraciones através de la disponibilidad de servicios en concordancia con los planes de beneficios y la oferta de atención, dentro de la normatividad vigente.

La propuesta reta también al abordaje de otras condiciones que deben ser tenidas en cuenta como las disfunciones sexuales de mujeres y hombres, la adaptación del cuerpo a la identidad de género, la prevención del aborto inseguro, la fertilidad, la sexualidad en la niñez y la vejez y muchas otras.

La III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, señala que el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva en el contexto de la Atención Primaria en Salud abarca, información, educación, asesoramiento y servicios, según sea apropiado y necesario sobre sexualidad humana, la salud reproductiva, la maternidad y la paternidad responsable; lo cual supone disponibilidad de todos los anticonceptivos, atención prenatal, partos sin riesgos y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud de la madre y el niño, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad, la interrupción del embarazo de conformidad con las leyes de cada país, haciendo énfasis en la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias, tratamiento de las



infecciones del aparato reproductor, las Infecciones de Transmisión Sexual y otras afecciones de la salud reproductiva. Se debe disponer de sistemas de remisión a servicios de mayor complejidad, cuando sea necesario en planificación familiar, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de seno y del aparato reproductor de hombres y mujeres, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida. Del mismo modo, se deben prever acciones de disuasión para superar prácticas lesivas y atentatorias de los derechos humanos, como la mutilación genital de las mujeres, la violencia sexual, explotación sexual comercial, trata y tráfico de personas con fines de explotación sexual y todas las otras formas de violencias basadas en género.

En la misma Conferencia, se enuncia como las políticas nacionales en la materia deben construirse sobre la comprensión de la necesidad de una sexualidad humana responsable, placentera y de las realidades actuales en cuanto al comportamiento sexual, esto sustenta las nuevas temáticas a incorporar ahora y en el futuro.

Del mismo modo, el Programa de Acción de El Cairo, ratificado por el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM 5: mejorar la salud materna), también recomienda el acceso universal a la salud sexual y a la salud reproductiva, entendido como posibilitar la atención en todos los campos y a todas las personas. Bajo esta misma orientación la Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 11, considera sujetos de especial protección: los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas, personas con discapacidad y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. A lo anterior y en términos de la Política actual y por extensión del concepto podemos agregar las mujeres víctimas de las violencias de género, según lo contempla la Ley 1438.

Las políticas nacionales en la materia deben construirse sobre la comprensión de la necesidad de una sexualidad humana responsable, placentera y de las realidades actuales en cuanto al comportamiento sexual, esto sustenta las nuevas temáticas a incorporar ahora y en el futuro.

# 8. Objetivos y Acciones

# 8. Objetivos y Acciones



## 8.1 General

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.

Las acciones fundamentales requeridas para la realización de este objetivo serán orientadas por el nivel directivo del MSPS a la divulgación e implementación de la Política en todo el territorio nacional, mediante el uso de los instrumentos indicados en el PDSP, así como al fortalecimiento de los modelos de gestión, seguimiento, evaluación y control, a través de las metodologías desarrolladas para la utilización de los datos arrojados por los sistemas de información del sector.

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.

**8.1.1.** Desarrollar los mecanismos para la gestión política de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como para la socialización, divulgación, apropiación e interiorización de los contenidos de esta Política en los Planes de Desarrollo Territoriales de acuerdo a la metodología PASE a la Equidad en los niveles territoriales y con los agentes del SGSSS.

**8.1.2** 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.

**8.1.3** 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).

## 8.2 Objetivos Específicos y Acciones

La definición de los objetivos y las acciones que permiten materializar la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, implica su identificación según las líneas operativas consonantes con el PDSP, por lo tanto, para facilitar su comprensión, se describen en este orden, enfatizando que no corresponde a algún criterio de priorización:

### 8.2.1 Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos

**8.2.1.1** Generar en el sector salud procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad, mediante el favorecimiento a la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en un marco de referencia laico y una ética civilista, que facilite el establecimiento de relaciones interpersonales, sociales y políticas saludables.

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar el respeto a la libertad de pensamiento y a la libre expresión en torno a la sexualidad y la reproducción, minimizando la posibilidad de señalamiento o juzgamiento en los procesos de atención inducidos por posturas políticas, religiosas o culturales de los prestadores.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la construcción de una mirada holística frente al disfrute de la sexualidad, que permeen la prestación de los servicios y la acción intersectorial e interinstitucional. Para ello es necesario:

1. Gestionar la promoción del reconocimiento de la sexualidad y la reproducción, en el marco de respeto de las libertades de pensamiento, opinión y expresión de la orientación sexual, la identidad de género y los derechos sexuales, dentro del sector salud y en la comunidad, sin juzgamientos o discriminación, a través de medidas inclusivas, apropiadas a los diferentes contextos.
2. Convocar a la conformación de grupos y organizaciones sociales, interculturales, ecuménicas y otras, para la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la libertad de pensamiento, asociación y la interlocución directa con la institucionalidad del sector salud y de otros sectores.
3. Coordinar espacios, en asocio con otros sectores, para intercambiar información entre la comunidad y la institucionalidad de salud respecto de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sobre el alcance y la interpretación de los instrumentos legales, para que la expresión de la sexualidad y la reproducción cursen sin temor, vergüenza, culpa, falsas creencias y otras restricciones sociales, sobre formas de expresión de la sexualidad como el vestir o el modo de hablar, entre otras.



4. Fortalecer procesos de educación sexual integral, para los prestadores de servicios de salud, orientados a promover el reconocimiento de la sexualidad como condición humana, que permitan el abordaje y respuestas con acciones y servicios dentro de un enfoque laico[15] y de ética civilista[16] para garantizar el ejercicio de derechos, el bienestar y la calidad de vida.
5. Desarrollar los mecanismos para asegurar el liderazgo apropiado del sector salud en la construcción de las intervenciones, las medidas y los instrumentos sectoriales e intersectoriales necesarios y efectivos de orden legislativo, sanitario, educativo, judicial, de protección, reparación integral y comunicacional en los aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva, de forma coordinada y en el respeto de las competencias que facilite la garantía de los derechos.
6. Impulsar la aplicación de acciones administrativas y disciplinarias a que hubiere lugar, por atentados a la libertad de pensamiento, opinión y expresión frente a la sexualidad o la reproducción, registrados en la prestación de los servicios o en la institucionalidad del sector salud.

### 8.2.1.2 Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental por causas asociadas a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de acciones que promuevan el cuidado, la protección y la erradicación de las distintas formas de violencia, u otras afectaciones a la vida e integridad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social.

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar que la vida, la integridad física o mental de las personas no se vean afectadas por hechos de violencia o de fallas en los servicios, que afecten el ejercicio de los derechos humanos, de los cuales hacen parte los derechos sexuales y los derechos reproductivos, lo cual como máxima expresión de la libertad, deben desarrollarse dentro de un ambiente de seguridad y protección y donde el derecho a la salud actúa como elemento vinculante y fundamental. Para garantizar la vida e integridad en el ejercicio de los derechos humanos el Estado tiene la responsabilidad de las acciones de prevención,

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar que la vida, la integridad física o mental de las personas no se vean afectadas por hechos de violencia o de fallas en los servicios.

[15] La laicidad se define *"como un régimen de convivencia, cuyas instituciones políticas están legitimadas por la soberanía popular y no por elementos o instituciones religiosas"* Blancarte R. (2006). En: Marco ético de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en el contexto nacional e internacional. (MSPS y UNFPA, 2010. p. 40)

[16] Definida como "el conjunto de valores y normas que comparte una sociedad pluralista y que permite a los distintos grupos, cualquiera que sean sus creencias… no solo convivir unos con otros, sino también construir juntos la vida, a través de proyectos compartidos y descubrir respuestas comunes a los desafíos a los que se ven abocados" Marco ético de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en el contexto nacional e internacional. (MSPS y UNFPA, 2010. p.39).

protección, atención, rehabilitación y búsqueda de medidas de reparación, hasta donde sea posible.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento de las prácticas del sector mediante las cuales se pueden legitimar la violencia (ONU Mujeres, 2010), en cualquiera de sus formas incluidas las que ejercen las Instituciones de salud (Rueda, 2010) y otras. Esto conduce a la aplicación de las medidas necesarias para erradicarlas como condición para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y como medio para lograr el bienestar de las personas y las comunidades y el desarrollo humano integral. Lo cual también incluye el diseño de estándares de atención integral para la identificación, reparación y rehabilitación del daño a la salud sexual y la salud reproductiva, especialmente en los casos cuando se presentan hechos de violencia sexual o basada en género, independiente de su autor o forma. Para ello es necesario:

1. Establecer procesos sistemáticos de promoción del derecho a una vida libre de violencia física, psicológica o sexual; de tipo social, político o económico; por causas asociadas a la vivencia de la sexualidad y la reproducción; identificando los eventos violentos y emitiendo alertas, especialmente cuando afecta a personas o grupos en contextos de vulnerabilidad.
2. Diseñar mecanismos orientados a la prevención de las torturas y los tratos crueles, inhumanos o degradantes -como la ablación de clítoris, el negar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los casos establecidos por la Corte Constitucional, los feminicidios o los crímenes de odio motivados por la intolerancia a las diferentes vivencias de la sexualidad, la orientación, las identidades de género, entre otros- y difundirlos ampliamente por medios sociales a toda la comunidad.
3. Integrar a los grupos sociales y a los actores de la comunidad en la construcción de acciones sectoriales y comunitarias, orientadas a la erradicación de prácticas culturales o tradicionales que según la evidencia científica son lesivas, relacionadas con la forma de vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como, la eliminación de prácticas culturales que se configuran en riesgos desde el concepto de derechos, como algunos ritos de paso y de iniciación al ejercicio sexual que viven niños, niñas y adolescentes.
4. Establecer dentro del sector, sistemas de alerta temprana y detección de riesgos o amenaza a la vida y la integridad personal asociada al ejercicio de la sexualidad, la identidad o expresión de género y el ejercicio de los derechos reproductivos; así como, los modos de respuesta integral inmediata.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento de las prácticas del sector mediante las cuales se pueden legitimar la violencia en cualquiera de sus formas incluidas las que ejercen las Instituciones de salud (Rueda, 2010) y otras.

5. Identificar y erradicar las prácticas institucionales que legitiman o promueven cualquier forma de violencia asociada al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como es el caso del trato sexista a las mujeres en la atención de los diferentes eventos obstétricos o por la iniciación temprana del ejercicio sexual o el estigma y discriminación a las personas viviendo con VIH, a las y los trabajadores sexuales, entre otros.

**8.2.1.3 Proteger la privacidad de las personas, en los asuntos relacionados con la vivencia de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre los ciudadanos y las instituciones del sector salud.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe garantizar que las opciones, decisiones o condiciones en materia de sexualidad y reproducción se mantengan dentro de la órbita de la privacidad y confidencialidad definida por cada persona y por el reconocimiento de las normas de conducta social. Lograr esta condición desde la institucionalidad permitirá el fortalecimiento de las relaciones de confianza y la legitimidad del sector salud como garante del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al fortalecimiento de posturas éticas frente al respeto a la privacidad y manejo de la información, relacionada con la sexualidad o la reproducción de las personas, en el personal asistencial y el fortalecimiento de mecanismos de seguridad de la información. Para ello es necesario:

1. Difundir dentro de la comunidad y el personal prestador de servicios de salud el derecho a la privacidad y confidencialidad como elemento esencial para ejercer la autonomía sexual, la autonomía reproductiva y la toma de decisiones en estos aspectos, sin ser objeto de amenaza o riesgo y en cumplimiento del compromiso ético profesional y del mandato legal del secreto profesional.
2. Promover la aplicación de los mecanismos para hacer efectivos el debido reconocimiento y respeto del derecho a la intimidad y a la privacidad, dentro del personal del sector y hacia los titulares del derecho a la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, en cumplimiento del Código de Ética y Buen Gobierno reglamentado por la Superintendencia de Salud e incluido como norma en los procesos de habilitación y acreditación (Normas de aseguramiento de la calidad de la atención).
3. Establecer procesos para garantizar la reserva y el sigilo de la información sobre los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción de las personas, incluido el fortalecimiento de los principios éticos que exige el derecho a la intimidad por parte de los prestadores de servicios de salud y la adecuación de los espacios de forma que las consultas puedan llevarse a cabo en condiciones de reserva e intimidad.
4. Fortalecer los protocolos para garantizar la seguridad de la información producida por el sector, así como para controlar la divulgación o fuga de información en relación con las preferencias, la historia, los comportamientos sexuales o reproductivos de las personas, así como otros asuntos relacionados con la atención en salud o la investigación y la inclusión de los temas de sexualidad en reglamentaciones existentes para asegurar la confidencialidad de la, información y fortalecer su vigilancia.
5. Diseñar los mecanismos para el restablecimiento del derecho a la privacidad de la vida sexual o reproductiva de las personas cuando este fuera vulnerado en razón de la prestación de los servicios de salud.

**8.2.1.4 Fortalecer en los espacios de atención de salud el desarrollo de formas de relación igualitaria entre hombres y mujeres mediante la formulación de acciones orientadas a la construcción de una convivencia social libre de discriminación justificada en las diversas formas de vivencia de la sexualidad, la orientación sexual o el género.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe promover la transformación de prácticas culturales discriminatorias que vulneran los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la visibilización de las posibles discriminaciones y al cumplimiento de los desarrollos normativos para superarlas, el ejercicio de las competencias sectoriales y la distribución eficiente de los recursos. Para ello es necesario:

1. Propiciar espacios y mecanismos de reconocimiento de la diversidad y la igualdad de las personas, para que los servidores del sector salud, superen las distintas formas de discriminación ante los comportamientos, usos y costumbres asociados a la vivencia de la sexualidad y la reproducción, manteniendo el respeto por los rasgos culturales dentro del reconocimiento de los límites establecidos en el ejercicio del derecho.
2. Identificar y remover las prácticas sociales e institucionales del sector salud, que basadas en estereotipos o estigmas, son abiertamente discriminatorias en relación con la sexualidad o la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en condiciones de igualdad.
3. Facilitar y exigir la formación del recurso humano del sector, con la inclusión de contenidos educativos sobre relacionamiento igualitario, convivencia social y superación del estigma y la discriminación, en los currículos de enseñanza de diferentes profesionales, especialmente en los que ejercerán como prestadores o como entes de control.
4. Establecer mecanismos de identificación, seguimiento, control y sanción, de los servicios de prevención, atención, protección, rehabilitación, restablecimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que vulneran el derecho a la igualdad y garantizar las acciones de vigilancia, inspección y control en los casos de estigma y discriminación.



El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe promover la transformación de prácticas culturales discriminatorias que vulneran los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

**8.2.1.5** Generar procesos orientados al desarrollo de la autonomía personal a través de acciones que reconozcan a las personas y su diversidad, para que se direccionen respuestas del sector salud adecuadas a sus necesidades como forma de garantía del derecho.

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe promover la inclusión de toda la ciudadanía desde su diversidad, en los diferentes niveles de acción estatal, social, comunitaria e institucional del sector salud, para la materialización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como el ejercicio pleno de la autonomía de todas las personas.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento, aceptación, y respeto de las diferencias y adecuación de los servicios de salud en función de estas, conservando la integridad del ser humano. Para ello es necesario:

1. Gestionar y diseñar procesos pedagógicos que permitan reconocer la libertad sexual y la libertad reproductiva, que incluye la resignificación del cuerpo, diversidad de opciones disponibles para la vivencia de la sexualidad y la reproducción, la elección de parejas sexuales; experimentar el potencial de la sexualidad a plenitud, disfrutar del erotismo, dentro de un marco de no discriminación y consideración de los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según el momento del ciclo vital, para el personal del sector y la comunidad en general.
2. Fortalecer los procedimientos relacionados con definición de marcos éticos de la atención e investigación, para que ninguna persona de manera involuntaria pueda ser sujeta a estudios, procedimientos médicos de diagnóstico, atención, intervención



farmacológica o quirúrgica o confinamiento, sobre la base de una expresión sexual protegida, orientación sexual, historia o comportamiento sexual, identidad o expresión de género o situación reproductiva.

3. Fomentar el desarrollo de nuevas formas relacionales, mediadas por la libertad para ejercer en condición igualitaria las prácticas sexuales y reproductivas que en el marco de respeto a las normas y principios de los derechos humanos sean posibles. Estas acciones darán especial atención al cuidado de la sexualidad en la niñez, la adolescencia y la vejez y de las personas con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, así como, a los mecanismos para el control de posibles formas de conculcación o persecución legal basadas en la vivencia de la sexualidad o la reproducción cuando median circunstancias étnicas o culturales y otras formas que requieran manejos excepcionales ante la ley.
4. Diseñar oferta de servicios de salud, específicamente sensibles a la diversidad y las necesidades de las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, y en especial para adolescentes y jóvenes, que requieren atención a su salud sexual y salud reproductiva de forma integral, lo cual incluye su derecho a acceder a los servicios de consejería sin el consentimiento de los padres (Ley 1098, 2006), el apoyo y protección para insistir en prácticas sexuales y reproductivas más seguras.
5. Adaptar los procedimientos administrativos del sistema de salud a la identidad de género que indique o defina la propia persona, ello implica procesos de identificación a través de la gestión de documentos de identidad dentro del sistema, carné y otras certificaciones oficiales, coherentes con ello, sitios de hospitalización, reclusión, custodia entre otros.

### 8.2.2 Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva

#### 8.2.2.1 Garantizar el acceso de las personas a los beneficios de los avances científicos disponibles para el disfrute de la sexualidad y la reproducción y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como forma de materialización del derecho a la salud física, mental y social.

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional, hombres, mujeres y personas intersexuales o transgénero, puedan gozar del más alto estándar posible de salud física y mental en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, superando restricciones y brechas derivadas de las condiciones de inequidad, reconocidas como Determinantes Sociales de la Salud, para la garantía de los derechos sexuales

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional, hombres, mujeres y personas intersexuales o transgénero, puedan gozar del más alto estándar posible de salud física y mental en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.

y los derechos reproductivos, de su ejercicio y del acceso a la atención en materia de salud sexual y salud reproductiva, en la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las condiciones que lo requieran.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la identificación y democratización del uso de diferentes avances de la ciencia y la tecnología en salud, en los casos que las posibilidades diagnósticas y otros determinantes lo permitan. Para ello es necesario:

1. Desarrollar contenidos y reglamentaciones que desde la integración en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, evidencien las interrelaciones e interdependencias entre los diferentes contenidos y componentes definidos desde la ciencia hasta hoy y los que se desarrollen en el futuro.
2. Facilitar la disponibilidad y acceso a la información u orientación sobre sexualidad y reproducción en su relación con la salud, el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible; así como promover los mejores servicios de salud sexual y salud reproductiva posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida.
3. Organizar la prestación de servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva que incluyan los componentes de la atención definidos como condición básica para la aproximación al ser humano en su condición de integridad y que permitan superar condiciones restrictivas al goce de los derechos desde la prestación de los servicios de salud.
4. Fortalecer los sistemas de apropiación de las tecnologías en salud, para atender las necesidades relacionadas con la vivencia plena de la sexualidad y la reproducción, en condiciones de seguridad, así como para prevenir la aparición de eventos no deseados y atender los problemas relacionados con la vulneración de los derechos sexuales o los derechos reproductivos, a través de la identificación, protocolización y normalización de esas tecnologías.
5. Mantener el más alto nivel de acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva que se encuentran incluidos en el POS y los que la normatividad vaya introduciendo.
6. Fomentar la participación, construcción colectiva e incidencia de todos los agentes del SGSSS y de la comunidad en el diseño de los nuevos programas, servicios e intervenciones referentes a la salud pública en la dimensión de la sexualidad y la reproducción, para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Promover los mejores servicios de salud sexual y salud reproductiva posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida.

**8.2.2.2 Facilitar el acceso permanente a la información, apropiación de contenidos y significados relacionados con sexualidad, reproducción, derechos sexuales, derechos reproductivos y salud, a través de la disposición de todos los medios pedagógicos y de democratización del conocimiento desde el sector de la salud y otros sectores como el educativo, que faciliten la comprensión integral de la sexualidad y la reproducción y sus relaciones con los determinantes sociales y culturales.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proporcionar los recursos y medios que garanticen la apropiación de la información, así como la entrega de insumos para el desarrollo de procesos educativos, pedagógicos y comunicacionales, para orientar a la ciudadanía en sexualidad, reproducción y el ejercicio de derechos, reconociendo las condiciones del contexto en cual se desenvuelven.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al análisis reflexivo, crítico y evaluativo permanente de las estrategias comunicativas masivas e interpersonales, desarrolladas en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos. Para ello es necesario:

1. Fortalecer programas de información y educación integral sobre sexualidad, fecundidad y reproducción, dirigidos a la comunidad y liderados desde el sector salud, aplicables según el ciclo de vida, que permita dotar a todas las personas de opciones frente a la maternidad y la paternidad, el pleno ejercicio de la ciudadanía, y de manera especial de habilidades para relacionarse en el reconocimiento de las diversidades de forma solidaria.
2. Promover en alianza con otros sectores, la apertura de oportunidades que permitan a los y las adolescentes y jóvenes el desarrollo de sus capacidades para la apropiación de la titularidad de sus derechos, asumir de manera progresiva la autonomía, el reconocimiento de las libertades, posibilidades y límites en las esferas de su vida sexual y reproductiva como base para la realización de sus anhelos y la construcción de su ciudadanía.
3. Reconocer y respetar la cosmovisión y la permanencia de algunos usos y costumbres del conocimiento y las prácticas ancestrales, relacionadas con sexualidad y reproducción, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en los casos que ellas no contradigan el concepto, ejercicio y garantía de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y contribuyan al cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva, desde un diálogo intercultural.
4. Fortalecer la formación del recurso humano en los aspectos de la sexualidad y la reproducción, dirigida a los prestadores de servicios de salud, como principio de la cualificación de la prestación de servicios preconcepcionales, de anticoncepción, IVE, control prenatal, atención del parto y postparto, detección temprana y atención integral de las ITS, VIH/Sida y violencia sexual y basada en género, entre muchos otros.
5. Incorporar lógicas ancestrales, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en la construcción de nuevas ofertas de servicios de salud sexual y salud reproductiva, como forma para superar inequidades y garantizar el ejercicio de derechos para todas y todos.
6. Establecer mecanismos de reconocimiento de las condiciones y manifestaciones de la sexualidad y la reproducción en los grupos y comunidades que permitan establecer acciones oportunas en materia de información para la prevención, atención, protección y rehabilitación.

**8.2.2.3 Gestionar desde todos los niveles del sector salud, condiciones favorables que posibiliten la decisión sobre la paternidad y la maternidad, desde el reconocimiento de las particularidades de los diferentes grupos, como forma de respeto de la diversidad individual, social y cultural.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer escenarios

que faciliten las decisiones sobre la paternidad y la maternidad dentro de los diferentes formas de familias, que estimulen la construcción de relaciones basadas en la solidaridad y la igualdad, como medio para superar paradigmas y modelos de poder hegemónico que afectan la salud sexual y la salud reproductiva.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán al reconocimiento, en los prestadores, de la posibilidad de existencia de diferentes formas de familia, y la preparación y empoderamiento de estas para recibir a las nuevas generaciones. Para ello es necesario:

1. Promover en coordinación con otros sectores, el respeto por parte de los prestadores de servicios, a la libre decisión de las personas frente a la formación de un tipo determinado de familia, la elección de pareja, el ejercicio autónomo de la fecundidad, mediante acciones que les permitan la posibilidad de control sobre la vivencia de la sexualidad, la paternidad y la maternidad, dentro de un marco de no discriminación y consideración a los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según ciclo vital.
2. Impulsar marcos normativos exigibles que aseguren el cumplimiento de estándares para la asesoría personalizada en procesos de promoción, prevención, atención y reparación, como requisito para la entrega de información educación y servicios relacionados con la regulación de la fecundidad y la disponibilidad de métodos efectivos, aceptables y asequibles; la oferta de tecnologías o tratamientos reproductivos; la oferta de insumos de protección contra las ITS y el VIH/Sida; incluyendo preservativos y elementos para la reducción del daño en Usuarios de Drogas Inyectables, tratamiento de la disfunción sexual, prácticas sexuales durante la gestación y otras temáticas, independientemente de las condiciones de la relación o de la vida en pareja en el marco de garantía de los derechos, la no discriminación, y el cumplimiento de la normatividad.
3. Asegurar que los sistemas de atención a la salud sexual y a la salud reproductiva, cumplan con los requisitos de calidad en la atención en salud definidos dentro del marco normativo vigente, los cuales incluyen seguridad del paciente, provisión de los recursos científicos disponibles, respeto y acatamiento por las opciones y decisiones y aseguramiento de ambientes protectores durante todo el lapso y manifestación en los eventos de paternidad y maternidad.
4. Garantizar la atención de los procesos reproductivos, incluido el parto, por personal debidamente formado y graduado en los conocimientos y técnicas específicas disponibles desde la ciencia y la tecnología, para el acompañamiento y vigilancia del proceso, la detección temprana de signos de riesgo, daño y su rápida intervención, posibilitando la atención en espacios institucionales o alternativos debidamente dotados para responder a las contingencias posibles, facilitando la participación de la familia y la expresión afectiva de los roles de la paternidad y la maternidad desde el inicio.
5. Apoyar la garantía de los derechos de los usuarios en los procesos de adopción, custodia legal, tutela legal, paternidad, entre otros, mediante el establecimiento de servicios de salud con protocolos y normas estandarizadas, que cuenten con mecanismos de vigilancia, control y punición, en los casos en los cuales el sector salud coordina la realización de estas actividades.

### 8.2.3 Gestión de la salud pública a través de acciones en salud sexual y salud reproductiva

**8.2.3.1 Fortalecer los mecanismos y sistemas de respuesta para la atención de eventos adversos derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción y la reparación de los daños en los casos que los derechos relacionados fueran vulnerados, mediante la alineación de todas las Instituciones del Estado según sus**

**competencias, para el restablecimiento o reivindicación de los derechos con atención en salud de calidad y con el trato digno, humano y solidario a las personas.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe exigir el trabajo armónico, articulado y planificado entre los distintos sectores Instituciones o Entidades responsables de garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; en consecuencia debe alinear a la institucionalidad responsable hacia el logro de este ideal, bajo condiciones favorecedoras de la **prestación competente, humanizada y el trato solidario;** tendiente a la garantía y la integralidad de la atención.

Las acciones orientadas por este objetivo responderán a la necesidad de incidir sobre todos los actores del sector y otros sectores que guardan alguna relación con la promoción y atención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, para la prestación de servicios con calidad, trato digno, humanizado y solidario; la activación, revisión o depuración de los distintos mecanismos creados formalmente como los modelos, comités y las rutas de atención y para la articulación con otras políticas relacionadas como las de género, salud mental, discapacidad, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la criminalidad, violencia, entre otras. Para ello es necesario:

1. Generar, mejorar y adoptar protocolos y estándares de prestación de servicios con calidad y la formación del talento humano para ofrecer trato digno, humanizado y solidario a la comunidad por parte de todos los agentes e instituciones del sector salud relacionado con la protección, garantía o restablecimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
2. Implementar modelos para gestión de conocimiento que incluye el uso de los sistemas de información, la investigación, los diferentes tipos de evaluación, en especial la de impacto, análisis de situación y producción de conocimiento a partir de procesos sistemáticos de la acción participativa los cuales adecuadamente documentados, generan conocimiento y son reconocidos como procesos de investigación, acción participación, así como de inclusión de otras fuentes cualitativas sobre salud sexual y salud reproductiva, como sustento a la toma de decisiones y la gestión institucional y sectorial en orden a la garantía de derechos.
3. Diseñar sistemas de restitución, compensación y rehabilitación, en casos de eventos adversos a la salud sexual y la salud reproductiva que tengan relación con la prestación de los servicios de salud.

Incidir sobre todos los actores del sector y otros sectores que guardan alguna relación con la promoción y atención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, para la prestación de servicios con calidad, trato digno, humanizado y solidario.



4. Desarrollar estrategias de articulación y complementación de los servicios de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en la atención individual y los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), lo cual permitirá un uso más racional y eficiente de los recursos del SGSSS y facilitará el logro del impacto social de las acciones.

**8.2.3.2 Estimular la participación activa de las personas en los espacios públicos donde se tratan asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción; sin limitación derivada de juicios valorativos sobre el sexo, el género y el ejercicio de la sexualidad, mediante la movilización de expresiones y contenidos afirmativos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.**

El Estado, especialmente a través de los agentes del SGSSS, debe proveer escenarios para la formación de las personas, grupos y comunidades en derechos sexuales y derechos reproductivos, que faciliten la construcción de una ciudadanía activa para la toma de decisiones en aspectos de la sexualidad y la reproducción, según el momento vital por el cual transita el ser humano y la apropiación de los instrumentos diseñados para facilitar la participación social, como apoyo a la garantía y exigencia de estos derechos y la rendición de cuentas desde los gobernantes sobre el uso de los recursos y el costo de sus decisiones y resultados. Promover el derecho a la participación en escenarios sociales y políticos en estos aspectos, es una oportunidad de fortalecimiento de los movimientos sociales que buscan la reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y de las relaciones entre Estado y ciudadanía como aliados en la misma causa.

Las acciones orientadas por este objetivo se dirigen a promover el valor de las personas, las comunidades y el tejido social que ellas significan y a rescatar las capacidades y el derecho a decidir sobre su propio destino en lo relacionado con la sexualidad y la reproducción, la orientación sexual y la identidad de género, así como también a movilizar su capacidad de exigencia de resultados y rendición de cuentas a sus líderes y gobernantes, mediante el ejercicio de la ciudadanía y el establecimiento de sistemas de veeduría social y mecanismos consolidados de control en los aspectos de esta Política. Para ello es necesario:

1. Promover en asocio con otros sectores, la participación en condición de igualdad de oportunidades, para todas las personas, grupos, organizaciones y redes y en especial para las poblaciones adolescentes y jóvenes, en los procesos sociales, relacionados con el disfrute de los derechos y el mantenimiento de la salud sexual y la salud reproductiva.
2. Cimentar la participación libre y activa de la comunidad en la construcción de las acciones relacionadas con aspectos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la vivencia plena de la sexualidad y la reproducción, para asegurar la implementación de esta y otras políticas afines a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
3. Establecer instrumentos para monitorear el cumplimiento de las propuestas y recomendaciones al sector salud, provenientes de los mecanismos de participación social que estén relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, con énfasis en la toma de decisiones para la atención integral y la reivindicación de los mismos.

# 9. Estrategias

# 9. Estrategias



Entendidas como el conjunto de pasos, pautas o técnicas que deben ser aplicadas para el logro de los objetivos y que en conjunto representan una forma de actuar. En el contexto de la promoción, protección, ejercicio, garantía, restablecimiento y reivindicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las acciones, en clave de derechos señaladas en precedencia, pueden ser desarrolladas a través de diversas estrategias, las cuales son transversales a todos los objetivos o las acciones y coincidentes con algunas de las también propuestas en el PDSP[17].

Estas estrategias tienen el sentido de proponer una forma de organización en la realización de las acciones y el logro de los objetivos y deben ser desarrolladas a todos los niveles del Estado y por el sector salud, en lo nacional, departamental y local en los territorios y las Instituciones.

## 9.1 Fortalecimiento de la Gestión del Sector Salud

El fortalecimiento a la gestión de lo público es una de las demostraciones del esfuerzo de los gobiernos para lograr los niveles estructurales del desarrollo. Para el sector salud esto significa observar y analizar los procesos y logros en el

El fortalecimiento a la gestión de lo público es una de las demostraciones del esfuerzo de los gobiernos para lograr los niveles estructurales del desarrollo.

[17] Promoción: Formulación de políticas públicas; Movilización social; Generación de entornos saludables; Generación de capacidades sociales e individuales; Participación ciudadana; Educación en salud. Prevención: Análisis de riesgo de la población; Planeación de la atención según riesgos; Modificación del riesgo; Vigilancia de la gestión del riesgo; Gestión de la calidad de la atención; Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes. Atención: Conducción; Sostenibilidad del financiamiento; Garantía del aseguramiento; Fiscalización; Intervenciones colectivas; Movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía (MSPS, 2013).

conocimiento y en práctica de la complejidad que significa la salud sexual y la salud reproductiva, para con esta información proponer los ajustes a que hubiere lugar.

Esto implica una mirada reflexiva y crítica de los modelos de gestión aplicados en el sector salud y de su evolución hasta la actualidad, así como de los contenidos que se han dado a cada uno de los actores sectoriales, a través de diferentes medios o con asistencias técnicas, para determinar barreras de acceso, insatisfacción con la calidad de los servicios y los esquemas de discriminación y exclusión prevalentes, percibidos por los titulares de derechos de servicio y recibidos por los prestadores y que se ha traducido en vulneraciones de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Por lo tanto el fortalecimiento de la gestión en virtud de esta Política puede ser desarrollada con acciones a través de componentes o actividades como:

### 9.1.1 Políticos y normativos

Como Política sectorial de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, es menester que todos los agentes del SGSSS, desde sus competencias se encuentren alineados con ella como prioridad, compartan el sentido de sus contenidos y armonicen sus apuestas para que la dinámica operativa se refleje del mismo modo tanto en las acciones individuales y colectivas. En consecuencia, el nivel político debe concretarla en contenidos que hagan factible su aplicación en las estructuras de dirección, asesoría, aseguramiento, prestación y vigilancia según su competencia.

Las Direcciones Territoriales de Salud, en cumplimiento de sus funciones de coordinación, asesoría, vigilancia y control, requieren el desarrollo de liderazgo, concertación y cooperación técnica para el desarrollo de capacidades, mediante el diálogo permanente y otros mecanismos para la aplicación de los contenidos adaptándolos a las prioridades territoriales en sexualidad y reproducción. Los aseguradores a su vez, con su red de prestadores, operacionalizan los contenidos a través de la entrega de servicios. En este proceso, la gestión de las entidades de vigilancia, inspección y control garantizan la realización de acciones y el logro de resultados, en los contenidos territoriales priorizados.

Como Política sectorial de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, es menester que todos los agentes del SGSSS, desde sus competencias se encuentren alineados con ella como prioridad.

De igual manera, la concertación, construcción y expedición de estándares, protocolos y demás modelos normativos guardarán coincidencia con los contenidos políticos y los avances técnicos y científicos para proveer el bienestar y la calidad de



vida en lo relacionado con la sexualidad y la reproducción. Los marcos normativos, así construidos mantendrán un alcance de cumplimiento y obligatoriedad que incluye la totalidad de la población que habita el territorio del país.

### 9.1.2 Capacidad de las instituciones

El mejoramiento de esta capacidad implica que las Instituciones desarrollen al máximo la suficiencia para entregar servicios, en el marco de las definiciones de la política de calidad, para lo cual se requiere desarrollo, aplicación y exigencia de los estándares, en términos de infraestructura, dotación, equipamiento, organización y sistemas administrativos necesarios para el cumplimiento de las normas de atención en salud sexual y salud reproductiva por parte del personal cualificado. Así como la existencia de desarrollos de información, vigilancia y control para la gestión institucional, la integración de los registros administrativos y la aplicación de las medidas de control.

### 9.1.3 Excelencia del talento humano

La atención a los aspectos de la sexualidad y la reproducción, como materialización de la garantía de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, requiere de un talento humano formado en los contenidos actuales de la ciencia y la técnica y con desarrollos de su capacidad relacional para el reconocimiento de la legitimidad de todos los seres humanos, sin que haya causal alguna de exclusión o discriminación y por el contrario toda la posibilidad de realización de la dignidad mediante trato digno, humanizado y solidario.

Garantizar profesionales que cumplan los rasgos y perfiles antes descritos implica que la formación, capacitación y entrenamiento del personal de salud, en especial desde la educación formal, incluya nuevos contenidos y desarrollo de capacidades que requiere la transformación de currículos, modelos pedagógicos y la resignificación de las relaciones entre servidor y ciudadano demandante de servicios de salud sexual y de salud reproductiva. Los actuales postulados de la ciencia y los derechos evidencian la necesidad de asumir los nuevos retos que signan la Atención Primaria en Salud en un país diverso como Colombia.

Los actuales postulados de la ciencia y los derechos evidencian la necesidad de asumir los nuevos retos que signa la Atención Primaria en Salud en un país diverso como Colombia.

### 9.1.4 Sistemas de información y registro de eventos

La adecuada gerencia se basa en la posibilidad de contar con datos e información de calidad sobre el cumplimiento de los procesos, las condiciones de la demanda, las características de

la entrega de servicios, la calidad y los niveles de satisfacción relacionada con la atención en salud sexual y salud reproductiva. Los sistemas de información requieren apropiación, uso y análisis para la toma de decisiones en todos los niveles, además de caracterizarse por ser sistemas estructurados en doble vía en tanto recolección ascendente, análisis de situación, comparación simétrica en los niveles y capacidad de proveer evidencia para la vigilancia, control y ajuste necesario de la gestión, a través de indicadores, igualmente en todos los niveles.

### 9.1.5 Gestión del control, ajuste y rediseño

El diseño e implementación de nuevos modelos de gestión de la salud pública en sexualidad y reproducción implica poner a dialogar las Políticas Públicas con el marco normativo, e involucrar la unidad de desarrollo de servicios para garantizar la integralidad en el flujo entre lo discursivo, el lineamiento, la norma y la realidad de la atención.

Para ello, es indispensable el reconocimiento y la apropiación permanente de los postulados políticos, y de los referentes normativos que los desarrollan, al igual que la implementación de mecanismos de control, que incluyan el autocontrol, para el monitoreo, seguimiento y la evaluación de las acciones en sexualidad y reproducción, incorporadas en la cotidianidad institucional y sectorial, abiertos y útiles a la supervisión y evaluación externa de los niveles competentes, de los órganos de control y Ministerio Público.

## 9.2 Generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados

Encontrar las coincidencias de los principios, objetivos y medios en el propósito del bienestar humano y la calidad de vida, a través de la realización y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos entre organizaciones públicas y privadas, constituye una fuerza de aceleración del logro que es reconocida en los procesos sociales como generación de alianzas y búsqueda de sinergias. Saber aprovechar esta condición en la ejecución de acciones y procesos propuestos, significa un esfuerzo especial de acercamiento y construcción de acuerdos que faciliten la eficiencia y la mayor aproximación al cumplimiento de las metas de impacto en el disfrute de la sexualidad y la reproducción como condición característica del bienestar y la calidad de vida humana.

El diseño e implementación de nuevos modelos de gestión de la salud pública en sexualidad y reproducción implica poner a dialogar las Políticas Públicas con el marco normativo, e involucrar la unidad de desarrollo de servicios para garantizar la integralidad.

De ahí que el trabajo intersectorial, sea uno de los pilares de la APS y la base para el ejercicio del derecho a la salud bajo el modelo de los determinantes sociales. En este entendido son innumerables las entidades de otros sectores que deben ser convocadas para la generación de alianzas y sinergias y hacer un frente común con el sector salud para la materialización de esta Política, y dentro de los más destacados se encuentra el sector educativo que se considera un socio al mismo nivel, dada la ampliamente conocida responsabilidad y pertinencia en la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que le atañe.

### 9.2.1 Coordinación intersectorial e interinstitucional

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.

En este sentido, y pese al carácter sectorial de esta Política, el sector salud desde su competencia puede incidir y dinamizar la acción intersectorial, como supuesto de la atención básica en salud, para la interlocución con otras políticas y acciones de sectores afines, en un amplio sentido de corresponsabilidad como fundamento de la intersectorialidad. En este propósito es indispensable vincular otros sectores, con mayor o menor grado de presencia, pero todos necesarios, para el abordaje integral de la sexualidad y la reproducción y la promoción de los derechos relacionados, en un modelo de determinantes. En este orden de ideas, esta estrategia direcciona la integración de sectores como cultura, comunicaciones, defensa, protección, justicia, recreación y deporte, hacienda y la empresa privada entre otros, quienes a la par con el sector salud y educación y bajo la rectoría de la Comisión Intersectorial para la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos creada por el Decreto 2968 de 2010 posibilitaran la concertación de planes intersectoriales orientados a la transformación de los Determinantes Sociales de la Salud, que actúan como limitantes para la realización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Para potenciar lo anterior, se recomienda la inclusión de las prioridades en sexualidad y reproducción en los planes de desarrollo territoriales como principio que favorece la integración de los sectores mencionados y hace posible la movilización de recursos para este efecto.

### 9.2.2 Generación de acuerdos y alianzas

La generación de acuerdos y alianzas, entre el sector salud y los otros sectores, alude a la formalización de los compromisos adquiridos, el logro de los objetivos, la apropiación de recursos y la sostenibilidad de los procesos. Estos mecanismos se facilitan al clarificarse el beneficio social, el progreso en términos de desarrollo y el reconocimiento de los agentes que participan en su diseño, implementación, movilización política y social, y la consolidación para la sostenibilidad.

El crédito que alcanza el concurso de actores y voluntades es la vía para la inclusión permanente de aquellos que han sido históricamente alejados de los beneficios sociales, por causa de sus condiciones diversas, al tiempo que demuestra el mayor grado de desarrollo humano.

### 9.2.3 Promoción de sinergias

La conjunción de fuerzas para potenciar la posibilidad de alcanzar un objetivo es reconocida en los procesos sociales como

sinergias de la acción. Este proceso ha sido reconocido como un mecanismo que adecuadamente utilizado abrevia esfuerzos o recorridos y reduce la inversión de recursos y los costos efectivos y sociales dedicados al logro de las metas.

En el campo de la sexualidad, la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la aplicación de este mecanismo se recomienda para superar las barreras, mediante la identificación de los puntos de consenso para el logro de los objetivos, así mismo, es la forma para la flexibilización y aceptación de los disensos y minimizar la tensión que los separa.

## 9.3 Movilización social

El sustento y objetivo del Estado descansa en la cohesión de elementos que construyen el tejido social, así el principio y fin de la existencia y accionar de ese Estado y sus estructuras están constituidos por los ciudadanos, sus relaciones, sus anhelos y logros de bienestar y realización. Esta dinámica social y su producto pueden ser propiciados de forma casual o política, esta última reconocida como movilización social.

Toda acción del Estado, con sus estructuras y agentes son adecuadas sí y solo sí siguen este itinerario. Por lo tanto, el Estado debe responder a las demandas de sus asociados y cimentar su accionar en la vinculación del tejido social, que desde el fortalecimiento de sus liderazgos y como actor y receptor de los beneficios de la acción estatal, presiona por el reconocimiento de derechos y en este caso, de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

El sustento y objetivo del Estado descansa en la cohesión de elementos que construyen el tejido social, así el principio y fin de la existencia y accionar de ese Estado y sus estructuras están constituidos por los ciudadanos, sus relaciones, sus anhelos y logros de bienestar y realización.

### 9.3.1 Promoción de la participación social

La realización de los derechos propicia nuevas miradas de las condiciones humanas de sexualidad y reproducción y cambia los usos y las costumbres; lo cual dependerá del ritmo que la sociedad se permita en la medida que asuma como propia y legitima la propuesta construida como nueva práctica al interior del núcleo social. Estas nuevas miradas, emergen de la necesidad de satisfacer anhelos de expresar las realidades en una sociedad que incorpora estos modos diversos como alternativas posibles, lo cual contribuye al establecimiento de nuevas formas de relacionamiento. Cuando las personas se comprometen con la realización de acciones para el logro de un fin común se denomina participación social.

La dinámica social de apropiación cuenta con sentidos más directos si las bases sociales son motivadas a la reflexión sobre sus propias ideas, vivencias, metas vitales y medios posibles para alcanzarlas. También facilita que los grupos excluidos, negados, discriminados, o las nuevas ideas, se integren, aporten y tengan oportunidades igualitarias en el seno de sus propias comunidades. Así la participación social es una acción propia del ordenamiento de los Estados democráticos y es el mecanismo adecuado de reafirmación del estatus de ciudadanía.

### 9.3.2 Fortalecimiento de la organización social de base

El término organización social alude al desarrollo de procesos de cohesión e integración de una comunidad alrededor de principios, contenidos e imaginarios propios, que permiten potenciar fuerzas en búsqueda de la realización de sus anhelos y la superación de sus necesidades. El efecto de nucleación de la comunidad en pequeños grupos sociales, con objetivos y metas que los comprometen y por los cuales luchan, ha estado presente desde los anales más antiguos de la humanidad y son reconocidos como organización social de base.

Estas organizaciones requieren ser fortalecidas principalmente a través de procesos pedagógicos alrededor de los contenidos que en ellas circulan, y han sido identificados como alternativas de solución y crecimiento para sus propias tensiones. Basar el fortalecimiento de las organizaciones en la educación es una de las formas más ciertas y sostenibles para conseguirlo.

La movilización de los grupos organizados de base social es una alternativa para materializar la presencia del Estado y el cumplimiento de su función de garante de derechos que puede lograr máxima efectividad en tiempos cortos, si se realiza como potenciación para la superación de problemáticas y necesidades. De igual manera, propicia la construcción social de los nuevos derroteros de una comunidad, al tiempo que se producen procesos de desarrollo sostenible y cualificación de las condiciones de vida. De este modo la propuesta de realizar fortalecimiento de la organización social alrededor de los contenidos y doctrinas en sexualidad y derechos sexuales y derechos reproductivos producen efectos de desarrollo humano y social sostenible.

### 9.3.3 Formación de redes sociales solidarias

La interconexión de los núcleos de cohesión de fines y propósitos sociales, identificados como organizaciones sociales de base, se entiende como formación de redes sociales, concepto recientemente fortalecido por el desarrollo de la tecnología de la comunicación, pero que debe ser mantenido con su función social de producir vasos comunicantes, que bajo el principio de solidaridad, realicen un intercambio de buenas prácticas de modos de resolver limitaciones y problemas.

La formación de redes sociales solidarias es un medio para fortalecer la dinámica de garantía del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. En las redes sociales, el sector salud, al igual que otros sectores en especial el educativo, cultura y comunicaciones, pueden encontrar los caminos para la transformación de los conocimientos, actitudes, prácticas, usos y costumbres de la vivencia de la sexualidad y la reproducción como modo de afirmación de los derechos.

Como estrategia integral, los distintos procesos de participación social deben establecer sus propios sistemas de monitoreo, seguimiento y evaluación, así como los de vigilancia a la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, mediante la definición y desarrollo de las agendas propias que serán materializadas en los espacios de implementación de ésta Política.

## 9.4 Gestión de la comunicación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos



La comunicación como proceso básico para la construcción de la vida social y esencial para el desarrollo de relaciones, muy especialmente de las afectivas, emocionales, eróticas, propositivas, solidarias y de convivencia, debe ser tenida en cuenta como la forma humana de conocer, compartir, acordar, construir y resolver las diferencias y tensiones que la vivencia social produce. Bajo esta óptica la comunicación es un medio para el establecimiento de interacciones en el campo de la sexualidad, al tiempo que permite la expresión de los contenidos del mundo tanto afectivo como racional en tanto que facilita la consolidación del yo individual y el establecimiento de relaciones con otros y otras.

El uso de la comunicación es mandatorio en los procesos de promoción, prevención, atención y protección de los derechos, acciones de cuidado y la resolución de conflictos individuales y sociales que se relacionen con ellos. La comunicación como desarrollo de la inteligencia humana, ha logrado la producción de diversas formas para vehiculizar sin límites, los contenidos de la ciencia, la cultura, el afecto, la emoción, la dedicación y el relato de la cotidianidad. Estas condiciones de la comunicación le han dado el carácter de ciencia y técnica con sus propios parámetros, instrumentos, estándares y normas. Es por ello que la comunicación es reconocida tanto en sus formas de interacción masiva e interpersonal desarrollada entre otras a través de la educación, como disciplina del conocimiento y del desarrollo tecnológico.

Por ello, el uso de estrategias de gestión de la comunicación y el uso de tecnologías de información y comunicación, debe hacer parte de los planes de desarrollo y las propuestas sociales relacionadas con la sexualidad y la reproducción en sus formas masiva e interpersonal, dependiendo de las necesidades identificadas y de los alcances pretendidos.

El uso de la comunicación es mandatorio en los procesos de promoción, prevención, atención y protección de los derechos, acciones de cuidado y la resolución de conflictos individuales y sociales que se relacionen con ellos.

### 9.4.1 Generación de estrategias de comunicación masiva e interpersonal

El principal objetivo de la comunicación masiva es el uso de ciertos medios para la entrega de información rápida, donde a pesar del direccionamiento para franjas poblacionales, no es posible saber su alcance, si no incorpora procesos de evaluación; condición que le da características positivas en lo

social y otras que deben ser tenidas en cuenta. De otra parte, la comunicación interpersonal, es más referida a procesos donde se requiere fortalecer contenidos especiales que hacen parte de procesos educativos y de formación en grupos específicos.

La comunicación desarrollada para grupos específicos tiene la ventaja de ser progresiva, fácilmente evaluada en sus logros y asegura los resultados; como limitaciones se encuentra su baja cobertura en el corto plazo y requerir mayor esfuerzo y tiempo para alcanzar a una gran proporción de la población. Sin embargo, la propuesta de uso de estos modos en la promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos y la garantía de servicios que ello conlleva, debe ser apoyada por estrategias de comunicación que en simultánea combine el uso de estructuras masivas, con las formas de comunicación interpersonal como mecanismo para afirmar contenidos y apropiar los principios y sentidos de la interpretación de la sexualidad y la reproducción como rasgo característico de los grupos sociales.

### 9.4.2 Fortalecimiento de las manifestaciones comunicativas sociales

La dinámica social produce la conformación de grupos por identidades e intereses que comparten sus propuestas, preocupaciones y anhelos para validarse y atraer nuevos miembros. En la época actual, los grupos de base social han constituido movimientos que proponen reivindicaciones y superación de prácticas que identifican como limitantes a



su desarrollo. El medio de expresión que en la actualidad es más usado se da a través de manifestaciones comunicativas en las cuales cada vez más está presente el uso adecuado de los diferentes medios de comunicación con características que superan los marcos estáticos del establecimiento comunicacional y proponen el manejo de contenidos más cercanos y aprehensibles para los grupos sociales en los cuales habitan.

Estas manifestaciones no pocas veces están referidas a contenidos de la sexualidad y la reproducción. La propuesta desde la Política es hacer la mayor aproximación y fortalecimiento para la apropiación de los contenidos reales, aprobados acerca de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, más que utilizar, como en algunos casos ocurre, modos coercitivos de acallamiento. Las manifestaciones comunicativas que emergen espontáneamente en los grupos sociales, pueden ser el vehículo más cierto para la promoción de los derechos.

Por lo anterior, el sector de la salud al integrar de forma coherente y continua la comunicación como estrategia de promoción de los contenidos de los derechos, también debe incidir sobre las empresas de medios de comunicación, especialmente masivos, para que asuman y respeten las definiciones y contenidos del discurso de los derechos, en vez de adoptar posturas discriminatorias, irrespetuosas, abusadoras de la dignidad humana y la diferencia del otro y en casos extremos violatorias de los derechos sexuales y reproductivos que pueden ocurrir desde marcos ideológicos, opuestos al Estado Social de Derecho, laico, democrático y civilista, que define al Estado colombiano.




### 9.4.3 Fortalecimiento del uso de redes sociales comunicativas

El auge de la conectividad o interacción en medios virtuales en el siglo actual propicia la aparición de grupos sociales que interconectados se denominan redes sociales, construidas sobre las plataformas de la comunicación virtual. Por la identidad que los seres humanos hacen alrededor de la inmediatez de la información, la proliferación de estas redes es hoy una realidad. Estas como redes sociales que son, han sido utilizadas para la estructuración de fuerzas, alrededor de ideologías, identidades, problemáticas e intereses y en ellos han demostrado contar con niveles de eficiencia útiles, por lo tanto esta Política valora su uso como medio para los fines de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

La dinámica social produce la conformación de grupos por identidades e intereses que comparten sus propuestas, preocupaciones y anhelos para validarse y atraer nuevos miembros.

La Política igualmente reconoce la exigencia que la utilización de estos instrumentos propone, dada la gran dificultad de aplicar formas de control o veedurías, o incluso su utilización para prácticas contrarias a los derechos sexuales como el comercio sexual, por lo cual advierte que la promoción de los contenidos de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos a través de redes sociales virtuales debe ser asumido a través de profesionales responsables de la preminencia de los contenidos válidos, así como de la centralidad de los interrogantes y ataques que ellas puedan generar.

## 9.5 Gestión de conocimiento

La gestión de conocimiento en el sector salud parte de la necesidad de registrar y explicar la ocurrencia de eventos, procesos, causalidades e impactos, de donde se desprenden varias formas de producir conocimiento de forma intencional. La primera aproximación a la gestión de conocimiento en salud ha sido empírica centrada en la observación, la cual genera las preguntas de causalidad del evento e identifica los itinerarios, manifestaciones, signos y síntomas del mismo, es decir la primera forma de generación de conocimiento en salud es social; esto no debe perderse y hoy se encuentran elementos claros que permiten recuperar de la misma forma conocimientos que son necesarios para la adecuada aproximación y generación de hipótesis con otras técnicas. En el campo de la sexualidad el rescate de estas metodologías reconocidas como "Investigación, Acción, Participación" es un imperativo actual para el país. Otra forma de aprendizaje que fundamenta los conocimientos en salud es la observación permanente, la cual a través de la documentación y sistematización de condiciones repetidas en la propia experiencia, genera conocimiento empírico y fundamenta hipótesis de investigación.

El registro permanente y consistente de datos sobre la realidad, su agregación, depuración y análisis a través de marcos metodológicos estructurados y estandarizados, lo cual se reconoce como sistemas de información constituyen otra forma. También el uso de las técnicas de investigación científica, a través de las cuales se apropian modos y técnicas más especializadas en la demostración de la relación causa-efecto se definen y categorizan por sí mismas. Para los objetos de la presente Política se prevé el uso al menos de estas tres formas estructuradas de gestionar conocimiento en el campo de la sexualidad y la reproducción.

La gestión de conocimiento en el sector salud parte de la necesidad de registrar y explicar la ocurrencia de eventos, procesos, causalidades e impactos, de donde se desprenden varias formas de producir conocimiento de forma intencional.

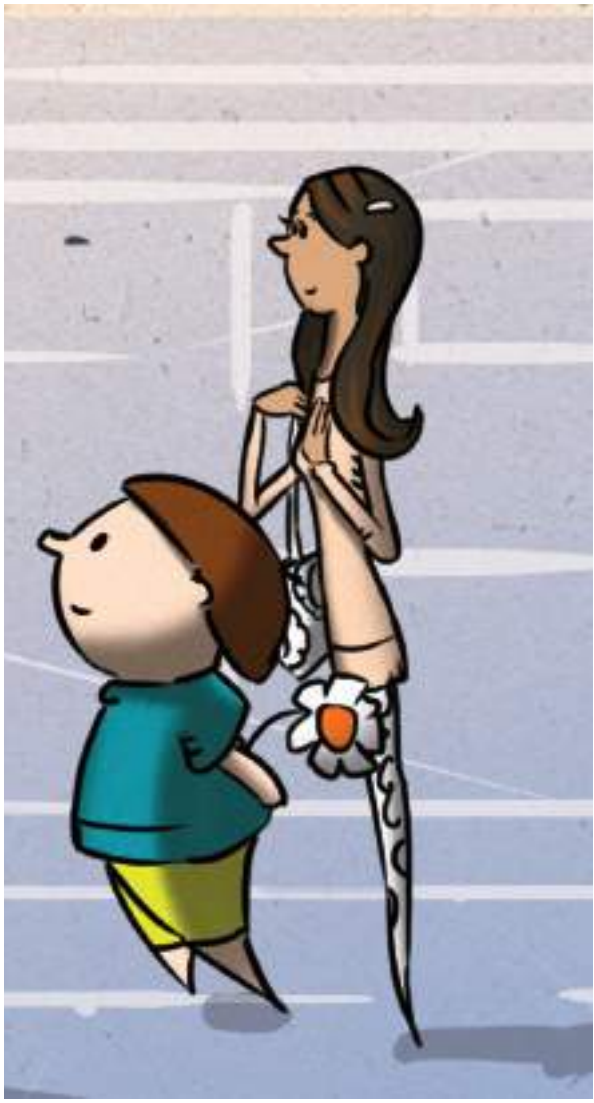
### 9.5.1 Fortalecimiento de los sistemas de información, seguimiento y evaluación

Si bien el sector salud, cuenta con importantes y robustos sistemas de información útiles para el seguimiento de los procesos, la gestión administrativa, la vigilancia epidemiológica o en salud pública, la evaluación de la calidad, la pertinencia, la eficiencia y el impacto de las acciones que al interior del sector se producen; el uso de estos sistemas para los fines de la gestión y garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, requiere de la adecuada inclusión de todos los contenidos y componentes de la sexualidad y la reproducción en la forma de variables, indicadores, técnicas y metodologías ya definidas por el sistema de información del sector de la salud almacenados en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

De este modo el fortalecimiento de los sistemas para la gestión de los procesos del cuidado de la sexualidad y la reproducción de la población colombiana, requiere revisar los contenidos relacionados con ellos ya existentes en los mismos, proponer, abogar y sustentar la inclusión de los nuevos contenidos en caso de ser necesario, el mantenimiento y desarrollo de observatorios, y participar en los procesos técnicos que deben cumplirse para que el sistema reconozca y de cuenta de variables e indicadores y sus modos a todos los niveles del territorio.

Consecuente con lo anterior, se requiere promover el mayor uso, aprovechamiento y adecuado análisis e interpretación de las salidas del sistema, en los niveles descritos, ello implica, fortalecimiento de capacidades para la interpretación, análisis y divulgación, los cuales en diferentes momentos han sido reclamados como una de las graves debilidades del sector en lo referente a la sexualidad y la reproducción.

Se advierte que esta Política no propone la creación de nuevos sistemas de información, sino el máximo aprovechamiento de los ya existentes, el respeto a sus estructuras, el seguimiento de la normatividad de registro, la vigilancia a la calidad del dato y el cumplimiento de procedimientos para uso y gestión de las consultas. El análisis sistemático de la información recaudada a través de los instrumentos regulares es el mecanismo propuesto desde la visión del sistema de información sectorial, como la fuente más importante de seguimiento al desarrollo de la gestión y la calidad en la prestación de los servicios, al tiempo que es la forma de demostrar el logro de los resultados propuestos y direccionar el mejoramiento de los mismos.



El fortalecimiento de los sistemas para la gestión de los procesos del cuidado de la sexualidad y la reproducción de la población colombiana, requiere revisar los contenidos relacionados con ellos.



Finalmente, es importante enfatizar que de ser necesaria la agregación de variables, datos o indicadores en los aspectos de la Política, esta sugerencia debe realizarse en la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud.

Una de las razones por las cuales esta Dirección definió la conformación del Observatorio Nacional de la Política de sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

### 9.5.2 Fortalecimiento de los sistemas de investigación

El desarrollo de la investigación en sexualidad en un país diverso y multicultural como Colombia es una urgencia que debe ser abordada a través de los diferentes métodos y procesos propios de la ciencia y la tecnología. Para ello, la combinación de las metodologías cuantitativas, junto con abordajes cualitativos con lo cual pueden realizarse triangulaciones es esencial para sustentar las transformaciones, la inclusión de nuevas acciones y la urgencia de respuestas adecuadas para la garantía de derechos y la consistencia con los principios de calidad de vida y su sostenibilidad.

El sector salud requiere que estos procesos únicos para la construcción de abordajes integrales y holísticos de la sexualidad, incluyan todos los ámbitos que la constituyen como el erótico, afectivo, comunicacional relacional y reproductivo.

No menos importante para el sector y la adecuada identificación de necesidades, problemas y construcción de respuestas, es la evaluación de impacto que no solamente tiene la capacidad de sustentar las nuevas propuestas políticas y programáticas, sino que también son el fundamento de la demostración del logro de resultados y la rendición de cuentas en el campo de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, para lo cual se han establecido desde hace más de cuatro décadas instrumentos sistemáticos, periódicos, consistentes que deben ser totalmente asumidos por el Estado como parte de su función en estos aspectos, en alianza con otros sectores competentes.

Actualmente, Colombia cuenta con una agenda de investigación, organizada en dos categorías, los estudios poblacionales y los estudios temáticos. En consecuencia, cualquier iniciativa investigativa que surja desde los territorios debe ser validada y aprobada en el Ministerio, de acuerdo con las prioridades investigativas establecidas, las necesidades de profundizar en el conocimiento en cada materia, el acompañamiento metodológico y la vigilancia a los aspectos éticos. Igualmente, cualquier investigación en sexualidad debe ser alojada en el Repositorio Institucional Nacional, creado con el propósito de acopiar y poner a disposición de la comunidad los avances en el saber que se produzcan en el país.

# 10. Seguimiento, monitoreo y evaluación

# 10. Seguimiento, monitoreo y evaluación



Dado el reconocimiento, institucional y social, sobre la prioridad que representa la dimensión de sexualidad y reproducción, para la Salud Pública del país; la PNSDSDR incluye mecanismos que garanticen el seguimiento permanente a su implementación. En ese mismo orden las acciones derivadas de esta, deberán estar sujetas a procesos de monitoreo y evaluación, con los cuales será posible: medir su impacto y como consecuencia de tales procesos, mantener el curso de las acciones o reorientarlas, en función de los más altos objetivos de toda política pública, cuales son, resolver problemas o satisfacer necesidades, en procura del bienestar de los asociados y de la ciudadanía en general.

Estos se desarrollarán a partir de procedimientos sectoriales e institucionales, de gestión y control, así como de la proyección comunitaria y del papel de veeduría que juega la sociedad civil, ya sea de manera individual o a través de organizaciones y asociaciones de usuarios, con base en la aplicación de los diferentes instrumentos y normatividades de participación social.

La PNSDSDR incluye mecanismos que garanticen el seguimiento permanente a su implementación.

## 10.1 Control Institucional:

La institucionalidad del sector salud diseñará e implementará un modelo de gestión que permita realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación al logro de los objetivos y desarrollo de las acciones a través de las diferentes estrategias planteadas, tanto en el nivel nacional, como territorial, el cual a su vez estará supeditado a los mecanismos y órganos de control, a partir de la incidencia para la inclusión de estas temáticas en las líneas rutinarias de inspección, vigilancia y control desde la Superintendencia Nacional de Salud, en las líneas de auditoría de la Contraloría General de la Nación y en el seguimiento por parte del Ministerio Público.



Igualmente, se establece dentro de los procedimientos ordinarios relacionados con la implementación de la PNSDSDR, la revisión bienal del avance en la implementación y el logro de los resultados; al igual que la evaluación quinquenal del impacto.

## 10.2 Control Social:

Como ya se señaló desde las estrategias, la ciudadanía en general y la sociedad civil organizada, en un sentido amplio de corresponsabilidad, debe permanecer atenta y vigilante al logro de resultados en la implementación de esta Política, al tiempo que ejerce una veeduría proactiva y constructiva que estimule el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos relacionados con la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

## 10.3 Rendición de Cuentas:

De otra parte, el sector salud debe adecuar lo pertinente para que en sus procesos de rendición de cuentas a la ciudadanía, se presenten y visibilicen los avances y logros en la promoción, garantía y realización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como las barreras o dificultades que le impiden a los y las habitantes del territorio nacional, gozar de una vida sexual plena.





# 11. Responsabilidad de los Agentes

# 11. Responsabilidad de los Agentes



## Agentes Sectoriales

La mayor responsabilidad sobre el desarrollo de las acciones y estrategias enmarcadas en los contenidos de esta Política, recae directamente sobre los agentes del sector salud quienes tienen la importante tarea de propiciar las oportunidades para que el disfrute de la sexualidad a partir del completo ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos sea una realidad, para todas las personas desde su diversidad en todo el territorio nacional.

### 11.1 Superintendencia Nacional de Salud:

En su calidad de ente rector de la Política de Inspección, Vigilancia y Control dentro del SGSSS, debe acompañar de manera directa los procesos de habilitación de los prestadores de servicios relacionados con la promoción y protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como la generación de las herramientas que faciliten la vigilancia de los prestadores frente al cumplimiento de las normas en esta materia, en especial a través de la implementación de sistemas de información que permitan conocer la negación del derecho en tiempo real, lo que permitiría la generación de alertas tempranas. De otra parte, un tópico sobre el que sería muy pertinente el accionar de esta entidad, se relaciona con verificación de la calidad de la información entregada a los usuarios.

La mayor responsabilidad sobre el desarrollo de las acciones y estrategias enmarcadas en los contenidos de esta Política, recae directamente sobre los agentes del sector salud.

Esto es posible si las temáticas relacionadas con la garantía que el sector salud debe proveer para el adecuado ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos son inscritas en un sistema de vigilancia o supervisión con orientación más preventiva, que actúe antes de que el derecho sea vulnerado y que permita sancionar incluso cuando se presenta un riesgo, aunque este no sea materializado.

## 11.2 Ministerio de Salud y Protección Social:

Su responsabilidad se concentra en definir las líneas estratégicas relacionadas con la salud pública y por ende en sexualidad, reproducción, derechos sexuales y derechos reproductivos, tal como se ha hecho con esta Política; acompañar a los territorios en los procesos de planeación y fortalecimiento de la capacidad territorial de acuerdo con sus necesidades y circunstancias particulares, adaptando y adecuando la directriz general; definir los modelos de gestión para el desarrollo de esa planeación, según las prioridades establecidas en cada territorio en un ejercicio democrático; y establecer los mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación.

## 11.3 Organismo Territorial de Salud:

Adoptar y adaptar los contenidos nacionales según las prioridades locales y garantizar la implementación a través de los distintos agentes según las competencias y responsabilidades. Generar los espacios para la coordinación, planeación conjunta y comunicación permanente y directa entre los distintos responsables sectoriales e intersectoriales, en relación con sexualidad y reproducción, y en especial promover los mecanismos para que se desarrollen los procesos de integración entre la atención individual y las acciones colectivas.

Adoptar y adaptar los contenidos nacionales según las prioridades locales y garantizar la implementación a través de los distintos agentes según las competencias y responsabilidades. Generar los espacios para la coordinación.

## 11.4 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios o su equivalente:

Asegurar la adopción y adaptación en su red de prestadores de servicios de salud, de todos los contenidos, guías, protocolos, estándares y cualquier normatividad actuales y futuras que les sea aplicable, que en materia de sexualidad y reproducción se emitan en el ámbito nacional y territorial.

## 11.5 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o su equivalente en todos los regímenes:

Prestar los servicios de salud en materia de sexualidad y reproducción en concordancia con los contenidos emitidos en esta Política, además de las guías, protocolos, estándares y cualquier normatividad actuales o futuras que les sea aplicable.

## 11.6 Instituto Nacional de Salud:

Como responsable de coordinar la operación del sistema de vigilancia de los eventos de interés para la salud pública, dentro de las cuales se encuentran algunos relacionados con la sexualidad y la reproducción; debe explorar nuevas formas de seguimiento y vigilancia de esta temática, desde el reconocimiento de las brechas en el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, e impulsar el desarrollo de investigación cualitativa y cuantitativa orientada a identificar y proponer intervenciones sobre los determinantes sociales que impactan el ejercicio de esos derechos.

## 11.7 Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y otras asociaciones y facultades de formación de personal de la salud:

Dado el gran reclamo social evidenciado en la revisión de la PNSSR 2003-2007, frente a la actuación de los profesionales de la salud y en especial del personal médico, en materia de promoción del ejercicio pleno, autónomo e informado de la sexualidad, la prevención o atención de los eventos relacionados con el ejercicio de la sexualidad o la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; explicada en la falta de solidaridad para la atención o de información, entrenamiento y conocimiento sobre las temáticas señaladas; se hace necesario que las instituciones formadoras del personal de la salud incluyan dentro de los programas académicos una mirada más profunda, cualificada, sistemática, integrada y frecuente sobre derechos y sexualidad, que los doten de todas las competencias necesarias para brindar, consejería, asesoría, asistencia y atención solidaria en un marco de derechos.

El Instituto Nacional de Salud como responsable de coordinar la operación del sistema de vigilancia de los eventos de interés para la salud pública, dentro de las cuales se encuentra algunos relacionados con la sexualidad y la reproducción; debe explorar nuevas formas de seguimiento y vigilancia de esta temática.

## Agentes Intersectoriales Responsables

Si bien se entiende esta Política como de carácter sectorial, también se subraya que para la preservación de la salud en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, como derecho humano fundamental, es indispensable el concurso de todos los sectores que componen la estructura del Estado. Por ello, se incorporan elementos de la intersectorialidad y se precisan algunas de las responsabilidades que le asisten a otros sectores en la promoción de una sexualidad sana, satisfactoria y plena; la prevención de atentados al pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; la asistencia integral, protección y reparación en los casos que hayan sido vulnerados para el total restablecimiento de la salud física, mental y social dentro del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

En consecuencia, el sector salud debe propiciar la concurrencia de esos otros sectores, directa o indirectamente relacionados con el ejercicio de estos derechos, y generar alianzas estratégicas y sinergias, para que participen activamente, y desde su campo de competencia, en la construcción de una ciudadanía comprometida con el disfrute de la sexualidad y la reproducción en un marco de dignidad, libertad, igualdad, autonomía, responsabilidad y respeto por todas las personas desde su diversidad.

Se espera que el país logre la aplicación del Decreto 859/14 que reglamenta la Ley 1438/11 y crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública, instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores responsables del desarrollo del PDSP, para la definición de objetivos comunes y apuestas conjuntas intersectoriales, Cada uno de estos agentes deben asumir las responsabilidades que según su competencia, aquí se enuncian:

## 11.8 Sector Educativo:

Fortalecimiento y ampliación de cobertura del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía a través de la educación laica; la consolidación de un cuerpo docente entrenado con la capacidad de superar posturas moralistas y más bien apuntar a realizar reflexiones de carácter ético desde una perspectiva de derechos sexuales y derechos reproductivos; la incorporación de nuevas tecnologías de educación, en especial los medios virtuales; y el involucramiento en los procesos a toda la comunidad educativa, lo que permitirá la definición y trasmisión de contenidos de manera segura, ética y eficaz de acuerdo a los contextos específicos y particularidades socioculturales.

Lo anterior en cumplimiento del mandato del artículo 13 de la Ley 115 de 1994, literal "d" donde señala como objetivo primordial de todos y cada uno de los niveles educativos, el desarrollo integral de los educandos mediante acciones estructuradas encaminadas a: *"a) Formar la personalidad y la capacidad de asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes; b) Proporcionar una sólida formación ética y moral, y fomentar la práctica del respeto a los derechos humanos; c) Fomentar…, prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación y organización ciudadana y estimular la autonomía y la responsabilidad; d) Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable; e) Crear y fomentar una conciencia de solidaridad internacional…".* Lo cual, como lo señala el artículo 14, en su literal "e" entre otros, puede ser posible a través de la enseñanza obligatoria de la educación sexual, impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos



según su edad, lo cual no exige asignatura específica, al contrario, debe incorporarse al currículo y desarrollarse a través de todo el plan de estudios.

Igualmente, la Ley 1620 de 2013 señala que la *"Educación para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: es aquella orientada a formar personas capaces de reconocerse como sujetos activos titulares de derechos humanos sexuales y reproductivos con la cual desarrollarán competencias para relacionarse consigo mismo y con los demás, con criterios de respeto por sí mismo, por el otro y por el entorno, con el fin de poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social que les posibilite tomar decisiones asertivas, informadas y autónomas para ejercer una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana; en torno a la construcción de su proyecto de vida y a la transformación de las dinámicas sociales, hacia el establecimiento de relaciones más justas democráticas y responsables".*

La misma Ley estructura, con representación a nivel nacional, territorial y escolar, el sistema nacional de convivencia escolar y formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar, del cual hace parte el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras Instituciones, las cuales tienen bajo su responsabilidad: *"3. Armonizar y articular las acciones del Sistema Nacional con las políticas nacionales, sectoriales, estrategias y programas relacionados con la construcción de ciudadanía, la convivencia escolar y los derechos humanos sexuales y reproductivos y la prevención y mitigación de la violencia escolar…7. Coordinar con la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos las acciones que le son propias en el ámbito escolar, en particular aquellas que en el marco de las funciones de la Comisión estén orientadas al logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, específicamente los referidos a incidir en la reducción del embarazo juvenil y de las enfermedades de transmisión sexual, como un indicador integral de desarrollo social".*

La Ley 1620 estructura, con representación a nivel nacional, territorial y escolar, el sistema nacional de convivencia escolar y formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar, del cual hace parte el Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras Instituciones.

## 11.9 Sector Cultura:

Este sector, al igual que el educativo, juega un importante papel en la transformación de los imaginarios personales y los significados sociales que impiden asumir la sexualidad desde una concepción ampliada. Su principal reto se orienta a la identificación e implementación de mecanismos favorecedores para la transformación de las condiciones que

perpetúan la vivencia limitada de la sexualidad, en algunos grupos y comunidades, ello a partir de la movilización social, de modelos culturales que permitan la resignificación de contenidos en relación con el cuerpo, el concepto de familias, los roles de género y otros muy relacionados con la sexualidad y la reproducción. Esto también puede ser observado como una forma de incidir sobre ciertos determinantes de la salud,

Por ello, la apuesta por la transformación de los paradigmas que hasta ahora han dominado el discurso sobre la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos encuentran en las intervenciones de contenidos culturales una forma de realización. A través de la cultura se puede fortalecer una concepción ampliada y compleja de la sexualidad y la reproducción en la que se conjuguen diversas variables relacionadas con el erotismo, las relaciones con el otro, los afectos como uno de los aspectos más sensible de la condición humana, la capacidad de decidir, la autonomía, la percepción del cuerpo propio y ajeno, el placer, el goce, el disfrute y el ejercicio de la ciudadanía, por citar solo algunos.

En esta medida, se deben impulsar los procesos culturales que median la construcción de nuevas formas de interrelación con el propio cuerpo y el de los demás, donde los preceptos culturales, determinados por las posiciones moralistas, en lógicas de poder o tradiciones religiosas, o hegemónicas le den paso al discurso del derecho y la responsabilidad.

## 11.10 Sector Comunicaciones:

Los procesos comunicativos en materia de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos deben ser asertivos, evitando las discriminaciones, estigmatizaciones y los usos idiomáticos que subvaloran y perpetúan paradigmas sobre las mujeres y otros grupos diversos. Así mismo, la sexualidad debe ser abordada a través de los medios de comunicación de manera abierta y respetuosa, como cualquier dimensión natural de la existencia humana, evitando los contenidos que la cargan de misterio, tabú o banalización. Por ello, el compromiso de los medios de comunicación y la formación en derechos de las personas dedicadas a la comunicación social es fundamental.

En este mismo aspecto, las entidades responsables de la emisión de contenidos y regulaciones sobre el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, deben fortalecer sus protocolos de seguridad; generar sistemas de alerta sobre los

La apuesta por la transformación de los paradigmas que hasta ahora han dominado el discurso sobre la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos encuentran en las intervenciones de contenidos culturales una forma de realización.

atentados al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos utilizando este tipo de tecnologías y en especial para la prevención del comercio sexual a través de las distintas redes.

## 11.11 Sector Recreación y Deportes:

El diseño de programas y estrategias para el adecuado manejo del tiempo libre, a través de actividades deportivas y recreativas, es una forma de potencializar el desarrollo de las personas y el ejercicio de la ciudadanía, mediante la conformación de nuevas formas de relación y lógicas del respeto por todas las personas desde su diversidad, de ahí que sobre este sector recae un importante desafío en cuanto a la construcción, con el acompañamiento del sector salud, de iniciativas que permitan la vivencia de lo lúdico y recreacional como otro componente de la sexualidad y el desarrollo humano.

## 11.12 Sector Protección:

En cabeza del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, tiene bajo su responsabilidad importantes obligaciones frente a los desarrollos nacionales para la protección de la infancia y en particular para la promoción y protección de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y en especial en el restablecimiento de los derechos vulnerados.

Esta Entidad, en cumplimiento a las disposiciones del Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006), y las obligaciones de las familias, la sociedad debe contribuir a la formación, orientación y estímulo al ejercicio informado, libre y responsable de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de niños, niñas y adolescentes y para lograrlo puede fortalecer las acciones comunicativas masivas e interpersonales con énfasis educativo para brindar herramientas a padres y madres que les permitan la comprensión y el respeto frente al ejercicio de la sexualidad al interior de las familias colombianas, lo cual también puede hacerse extensivo a otros agentes socializadores como son las y los servidores públicos, agentes educativos institucionales y comunitarios, entre otros, que pueden coadyuvar a la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Frente al restablecimiento del derecho a víctimas de violencia sexual, no se debe olvidar el importante rol que juega esta entidad, a la que se le debe dar aviso de la ocurrencia de un caso que comprometa a una persona en la niñez o la adolescencia para activar los mecanismos de protección; así mismo en algunos casos de IVE y en los procesos de adopción.

## 11.13 Sector Justicia:

Son bien conocidas las responsabilidades sectoriales dentro de la ruta de atención de las violencias de género, ya sea esta producto o no del conflicto armado y los procedimientos para la IVE, las cuales deben ser fortalecidos con el objeto de disminuir las barreras de acceso a la Justicia. No obstante, en el Código Penal Colombiano se tipifican muchos otros delitos, en los cuales ante su ocurrencia se puede encontrar una flagrante violación a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas. Por lo tanto, el sector justicia, debe reforzar la preparación de los operadores judiciales para el reconocimiento y tipificación penal de los casos, la adecuada judicialización, investigación criminal y sanción, como precedente sobre las graves implicaciones que esta afectación específica conlleva a la vida de las personas.

## 11.14 Sector Defensa:

Dado que este sector cuenta con la "Política en derechos sexuales y reproductivos, equidad y violencia basada en género, salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH" sustentada en la promoción del sano ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población perteneciente a la Fuerza Pública, estos contenidos específicos encontrarán importantes puntos de coincidencia con la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos los cuales requieren ser armonizados a la luz de los nuevos desafíos y el salto cualitativo que esta última impone.

## 11.15 Sector Ambiente:

Las economías extractivas y todo el accionar para la explotación de los recursos naturales, trae consigo situaciones favorecedoras a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, de ahí la importancia de la vinculación de este sector para que posicione en su agenda interna, mecanismos de protección a estos derechos en distintas áreas de desarrollo de proyectos mineros o de impacto ambiental, especialmente dirigidas a la prevención de la explotación sexual, la prevención de embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual, entre muchas otras posibilidades.

## 11.16 Sector Hacienda:

Un factor determinante para el ejercicio de los derechos es la disposición de los recursos materiales para su ejercicio o exigibilidad, por lo tanto, el sector puede acompañar los aprendizajes de las estrategias posibles para la movilización de recursos con estos propósitos.

## 11.17 Ministerio Público:

Como Instituciones garantes de los derechos humanos por excelencia, este sector debe contribuir en la formación en derechos e interiorización en las personas que la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos son violación a los derechos humanos que no pueden ser permitidas y por lo tanto deben ser visibilizadas para activar la acción del Estado, para lo cual todas las entidades competentes deben adecuar su oferta institucional en favor del restablecimiento de los derechos vulnerados.



Las economías extractivas y todo el accionar para la explotación de los recursos naturales, trae consigo situaciones favorecedoras a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

## 11.18 Registraduría Nacional del Estado Civil:

Esta entidad debe adecuar los mecanismos para que registros como el documento de identificación, sean actualizados según la identidad de género definida por la propia persona. Procesos similares deben ser desarrollaos para otros tipo de certificados y documentos oficiales como el pasaporte, los carné de afiliación a bienes y servicios.

## 11.19 DANE:

Como ente rector del Sistema Estadístico Nacional y responsable de la producción de estadísticas de los nacimientos y defunciones en Colombia, debe proponer los contenidos para fortalecer el adecuado registro, interpretación y análisis de los hechos, eventos o entidades relacionados con la sexualidad y la reproducción desde un enfoque de derechos y como base para el desarrollo de los procesos de seguimiento, evaluación y control.

## 11.20 Empresa Privada:

Esta debe cumplir la normatividad y en especial los principios constitucionales y legales que comprometen la salud sexual y la reproducción en su ámbito de competencia, propiciando espacios de solidaridad para su realización. Igualmente, en desarrollo de sus funciones de responsabilidad social empresarial, debe utilizar sus estructuras de administración de personal para desarrollar programas que promuevan el ejercicio de estos derechos, los cuales pueden hacerse extensivos a las comunidades, en convenio con las entidades públicas con responsabilidades específicas.

# 12. Financiación

# 12. Financiación



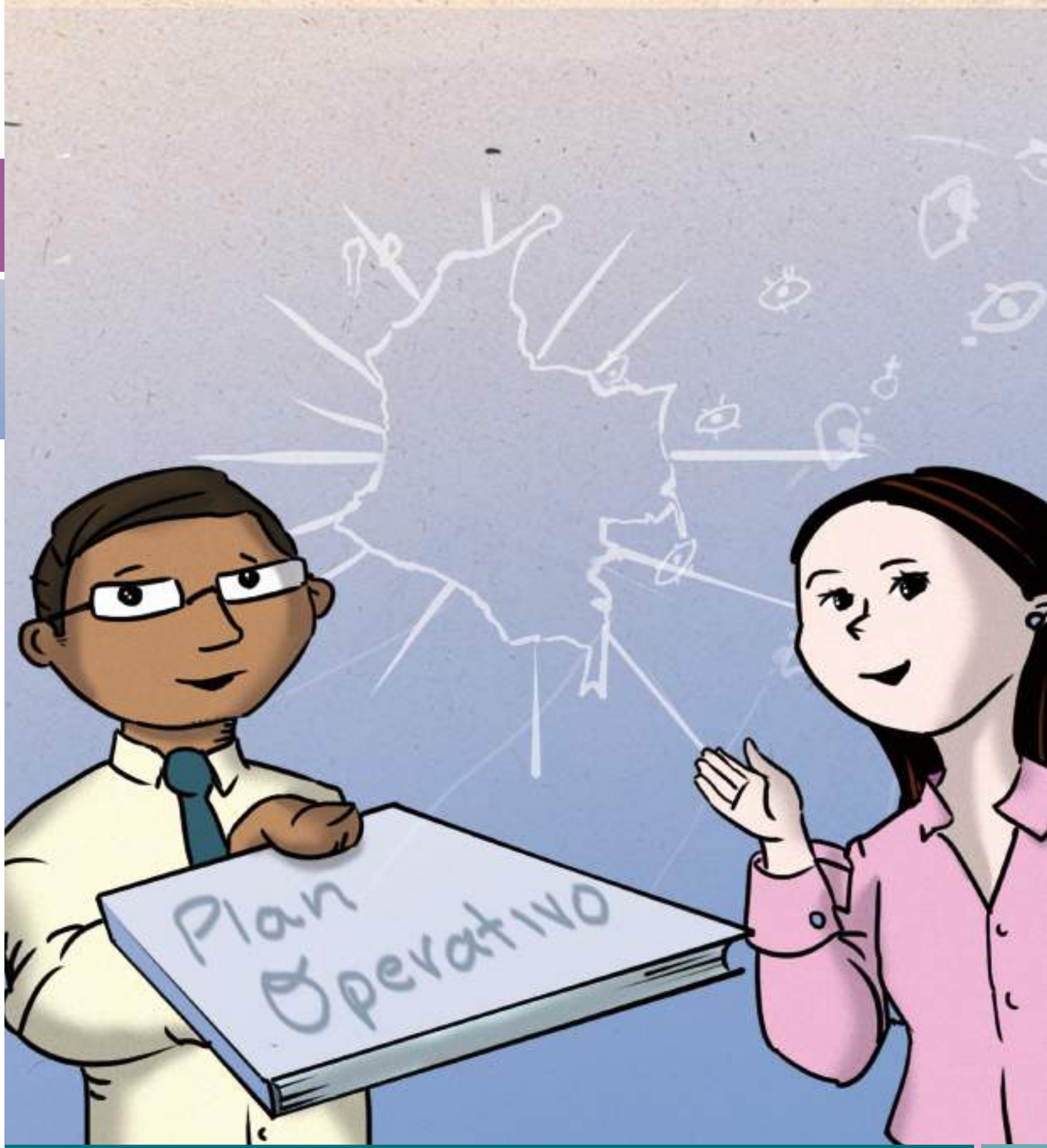
En coherencia con lo ya señalado en otros componentes de la Política, la asignación de recursos, debe concordar y articularse con procesos técnicos de planeación sectorial, institucional y territorial, junto al diseño, montaje y funcionamiento de sólidos y confiables sistemas de información.

Bajo un modelo de gestión de la salud pública y la sexualidad, los recursos destinados al desarrollo de las acciones en esta materia se encuentran en tres grandes fuentes. Por un lado, en los planes de beneficios que son los recursos más grandes del sistema ejecutables a través del POS, por lo tanto, los gestores de la salud pública en cabeza de los gobernantes territoriales, deben convocar a sus aseguradores y prestadores, para alinear la oferta de servicios en cuanto a acciones individuales.

La segunda fuente de financiación está disponible en las transferencias ejecutables con los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) que contemplan algunas tecnologías en salud sexual y salud reproductiva como contenidos complementarios a las acciones individuales, que en muchos casos son contratados por fuera del ente territorial. Finalmente, se dispone de los recursos para la gestión de la salud pública (Osorio, 2014) que provienen de la misma fuente del PIC, pero que no se debe confundir con este, y que representan otra posibilidad de financiamiento de acciones para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, que no pueden ser contratadas por fuera del Ente Territorial.

Igualmente, se debe tener en cuenta lo dispuesto en el decreto 859/14 mediante el cual se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la cual define rutas de vinculación de otros recursos nacionales y territoriales, para cofinanciar las acciones que están bajo la línea operativa de promoción de la salud.

Así mismo, se deben tener presentes otras posibilidades de obtención de recursos a partir de las propias fuentes locales en los municipios, las regalías, los recursos extraordinarios, la movilización de fondos por responsabilidad social, que si bien pueden no ser permanentes para cada vigencia, si se constituyen en fuentes para el desarrollo de procesos de transformación, investigación e innovación que la implementación de la Política requiere.




# 13. Plan Operativo

# 13. Plan Operativo



En concordancia con el PDSP, y su organización por dimensiones prioritarias y transversales, la PNSDSDR desarrolla la dimensión prioritaria 7.5 y por esta razón la presente Política es un instrumento para la planeación territorial que la autoridad sanitaria puede apropiar y aplicar una vez realizados los Análisis de Situación en Salud Territorial y el establecimiento de sus prioridades, para construir las respuestas en salud apropiadas y concordantes con el marco estratégico del Plan Decenal. Es importante resaltar que por las mismas razones, la Política es un medio útil para la integración de las acciones de sus temáticas en la estrategia PASE a la Equidad en Salud, para la formulación y gestión integral de los Planes Territoriales de Salud.

Para facilitar el uso de la Política, se diseñó un Plan Operativo que señala las acciones para el logro de cada objetivo de acuerdo a las tres líneas operativas del PDSP a saber: 1) Promoción de la salud; 2) Gestión del riesgo en salud y 3) Gestión de la Salud Pública, los cuales a su vez se corresponden con los dos componentes establecidos para esta dimensión como son: 1) Promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la equidad de género y 2) prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde el enfoque de derechos.

La Política es un medio útil para la integración de las acciones de sus temáticas en la estrategia PASE a la Equidad en Salud, para la formulación y gestión integral de los Planes Territoriales de Salud.

| | |
|---|---|
| **Objetivo General** | 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 sólo 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. |
| **Meta** | A 2021, el 80% de las entidades territoriales de salud y otros agentes del SGSSS habrán desarrollado acciones de promoción del ejercicio libre, autónomo, igualitario y responsable de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. |
| **Indicador** | Porcentaje de entidades territoriales de salud y de otros agentes del SGSSS que desarrollan acciones que promueven el ejercicio libre, autónomo, igualitario y responsable de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. |

| **Foco Institucional / Acciones** | **Actividad según estrategia** | **Metas o indicadores del PDSP relacionados** | | **Responsable** |
|---|---|---|---|---|
| | | **Meta** | **Indicador** | |
| 1. Desarrollar los mecanismos para la gestión política de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como para la socialización, divulgación, apropiación e interiorización de los contenidos de esta Política en los Planes de Desarrollo Territoriales de acuerdo a la metodología PASE a la Equidad en los niveles territoriales y con los agentes del SGSSS. | Gestión política de la Salud Pública, incluida la producción normativa y otros instrumentos que sean necesarios, en los aspectos de la sexualidad y la reproducción que la desarrollen como responsabilidad del Estado en el marco de su función de garante de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. | **META 1.** A 2021, el 80% de las entidades territoriales contarán por lo menos con un espacio transectorial y comunitario que coordina la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. PDSP- D5<br><br>**META 2.** A 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros. PDSP - D5 | Porcentaje de entidades nacionales y departamentales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo. PDSP- D5<br>Porcentaje de entidades municipales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo. PDSP - D5 | MSPS |
| | Desarrollo de procesos intersectoriales e interinstitucionales, con la "Comisión Intersectorial de Derechos sexuales y reproductivos", y otras, para el análisis de las relaciones y la armonización de los contenidos de esta Política, con otras que son afines a la vivencia de la sexualidad y la reproducción, atendiendo lo normado en la Ley 152/94 frente a la planeación territorial. | | | MSPS, Mecanismos Intersectoriales, DTS, COMPOS |
| | Diseño y ejecución de la agenda para la socialización, difusión y apropiación en los diferentes niveles territoriales, los agentes del SGSSS y otros sectores e instituciones de los lineamientos definidos en la PNSDSDR. | | | MSPS |
| | Realización de actividades de incidencia política, para que las acciones de promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos sean incluidas en los Planes de Desarrollo Territoriales y se desarrollen a través de los instrumentos de planeación del sector salud y otros sectores involucrados, haciendo uso de de la metodología PASE A LA EQUIDAD y otras que se generen para tal fin. | | | DTS |
| | Fomento de espacios sociales convocados por el sector salud, para formación en sexualidad, equidad de género, nuevas masculinidades, feminidades, derechos sexuales y derechos reproductivos, dirigidos a personas, grupos y comunidades y demás estamentos de la sociedad civil. | | | MSPS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 2. 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. | Desarrollo de programas y propuestas pedagógicas para la abogacía y la asistencia técnica a los territorios, para acompañar la adopción y adaptación de esta Política. | **META 1.** A 2021, el 80% de las entidades territoriales contarán por lo menos con un espacio transectorial y comunitario que coordina la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. PDSP- D5<br><br>**META 2.** A 2021, el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros. PDSP - D5<br><br>**META 3.** A 2021, Colombia consolidará el sistema de información integrado y los observatorios de salud pública, utilizado como la fuente única de información en salud por las Entidades Territoriales, las aseguradoras o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud, y los organismos de control, y como fuente principal para los investigadores y la academia. PDSP - D10 | Porcentaje de entidades nacionales y departamentales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo. PDSP- D5 Porcentaje de entidades municipales que incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo. PDSP - D5<br><br>Número de Informes/ reportes generados desde los Observatorios del Min salud disponibles para guiar políticas e intervenciones. PDSP - D10 | MSPS |
| | Diseño de modelos y rutas de atención, o fortalecimiento o rediseño de las existentes, que faciliten la prestación de servicios en materia de sexualidad y reproducción entre los que se destacan la conformación de unidades móviles, o las estrategias de promotoras de la salud sexual y la salud reproductiva que facilitan el fortalecimiento de la atención primaria y la expansión de la normatividad vigente en la materia, a nivel territorial. | | | MSPS |
| 3. 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). | Aplicación de metodologias para el monitoreo, seguimiento y evaluación de procesos, evaluación de resultados de la implementación, así como de los efectos e impactos de la presente Política, a través del uso de los registros e indicadores almacenados en el SISPRO y los relacionados con la transformación de la realidad actual de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que incluyan la valoración de la participación social. | | | MSPS |
| | Establecimiento y cálculo de las líneas de base para el seguimiento a las metas y los indicadores de resultado e impacto definidos en esta Política, a través de los datos alojados en el SISPRO. | | | MSPS |
| | Implementación de procedimientos para la gestión de conocimiento e investigación sobre sexualidad, derechos Sexuales y derechos Reproductivos, que deberan incluir entre otros, los relacionados con la documentación y difusión de las buenas prácticas y la preservación de la memoria institucional sobre estas temáticas, desarrolladas en los territorios y que fueron detectadas en los estudios de caso realizados para la revisión de la PNSSR 2003-2007 , las cuales deben ser almacenadas en el repositorio que para el efecto construye el MSPS. | | | MSPS DTS |
| | Realización de investigaciones cualitativas que den cuenta de los imaginarios y los significados sociales prevalentes en el sector salud y otros sectores frente a la sexualidad y la reproducción, tomando como punto de partida los análisis del discurso a partir de las entrevistas practicadas en el marco de revisión de la PNSSR 2003-2007 | | | MSPS |
| | Diseño e implementción o fortalecimiento de los Observatorios Nacionales en SSR y observatorios territoriales de garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en articulación con otros observatorios para temáticas específicas y relacionadas existentes en el país. | | | MSPS |
| | Identificación de los estancamientos, retrocesos o condiciones nuevas relacionados con la salud sexual y salud reproductiva, que requieran la intervención del Estado como forma de garantía de derechos. | | | MSPS |
| | Publicación permanente los avances de la Política y de los resultados de la gestión a través de tableros de control. | | | MSPS |
| | Desarrollo de los mecanismos para posibilitar la participación de las distintas organizaciones sociales desde su diversidad, en los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación de los contenidos propuestos en esta Política. | | | MSPS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| **Línea Operativa del PDSP** | Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. |
| **Objetivo:** | 8.2.1.1 Generar en el sector salud procesos que garanticen el disfrute de la sexualidad, mediante el favorecimiento a la libre expresión de pensamiento, opinión, asociación y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en un marco de referencia laico y una ética civilista, que facilite el establecimiento de relaciones interpersonales, sociales y políticas saludables. |
| **Meta:** | A 2021, el 80% del personal de las instituciones de salud (públicas y privadas) y el sector educativo habrán participado en procesos de educación sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, con el fin de contribuir a la prestación de servicios dentro de un enfoque laico y de ética civilista y dismunir las posibilidades de atentados a la libertad de pensamiento, opinión y expresión en relación con la sexualidad y la reproducción. |
| **Indicador:** | Porcentaje del personal de las instituciones de salud (públicas y privadas) y educativas que han participado en procesos de educación sobre derechos sexuales y derechos reproductivos. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Gestionar la promoción del reconocimiento de la sexualidad y la reproducción, en el marco de respeto de las libertades de pensamiento, opinión y expresión de la orientación sexual, la identidad de género y los derechos sexuales, dentro del sector salud y en la comunidad, sin juzgamientos o discriminación, a través de medidas inclusivas, apropiadas a los diferentes contextos. | Desarrollo de procesos de formación y capacitación dirigidos al personal del sector salud y otros sectores para el reconocimiento de la dimensión de la sexualidad como característica humana relacionada con el desarrollo de las personas. | **META 3.** A 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizarán que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP-D5 | Indicador de Gestión 3. Porcentaje de instituciones educativas públicas que cuentan con educación sexual basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP- D5 | Mecanismos Intersectoriales |
| | Realización de actividades de promoción de los contenidos para el abordaje de la sexualidad como una dimensión humana fundamental para el desarrollo, en los diversos espacios interinstitucionales, donde el sector salud tenga participación. | | | MSPS DTS |
| 2. Convocar a la conformación de grupos y organizaciones sociales, interculturales, ecuménicas y otras, para la promoción y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la libertad de pensamiento, asociación y la interlocución directa con la institucionalidad del sector salud y de otros sectores. | Conformación y fortalecimiento de organizaciones de base social y grupos interculturales, mujeres, colectivos de nuevas masculinidades, LGTBI, ecuménicos, asociaciones de personas con discapacidad, para la apropiación de contenidos relacionados con la sexualidad y defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. | | | Mecanismos Intersectoriales |
| | Implementación de metodologías lúdicas y artísticas que fomenten la expresión social y la recreación de mensajes en favor de los derechos sexuales y reproductivos, que induzcan prácticas de control social, concilien las diversas posturas y fortalezcan la red social. | | | Mecanismos Intersectoriales |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 3. Coordinar espacios, en asocio con otros sectores, para intercambiar información entre la comunidad y la institucionalidad de salud respecto de la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sobre el alcance y la interpretación de los instrumentos legales, para que la expresión de la sexualidad y la reproducción cursen sin temor, vergüenza, culpa, falsas creencias y otras restricciones sociales, sobre formas de expresión de la sexualidad como el vestir o el modo de hablar, entre otras. | Desarrollo de contenidos sobre sexualidad, acordados en las diferentes instancias intersectoriales relacionadas con la formación ciudadana, para su difusión apropiación y tratamiento, al igual que sobre el alcance y apropiación de instrumentos legales, con énfasis en grupos vulnerables. | **META 3.** A 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizarán que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP-D5 | Indicador de Gestión 3. Porcentaje de instituciones educativas públicas que cuentan con educación sexual basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP- D5 | Mecanismos Intersectoriales |
| | Fortalecimiento e innovación de las acciones comunicativas, dirigidas a los habitantes del territorio, orientadas a la promoción y ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmatización ni discriminación relacionadas con las diferencias en su vivencia. | | | Mecanismos Intersectoriales |
| 4. Fortalecer procesos de educación sexual integral, para los prestadores de servicios de salud, orientados a promover el reconocimiento de la sexualidad como condición humana, que permitan el abordaje y respuestas con acciones y servicios dentro de un enfoque laico y de ética civilista para garantizar el ejercicio de derechos, el bienestar y la calidad de vida. | Concertación de alianzas con el sector educativo para el desarrollo de jornadas de formación dirigidas a educadores y prestadores de servicios de salud, sobre educación sexual integral, que les permita el desarrollo de capacidades para el manejo de las distintas organizaciones de base social y grupos interculturales, mujeres, colectivos de nuevas masculinidades, LGTBI, ecuménicos, asociaciones de personas con discapacidad, entre otros. | | | Mecanismos Intersectoriales |
| | Medición de los efectos, en los educadores y prestadores de salud, sobre la valoración de la sexualidad y la forma de aplicarla en su trabajo institucional, a partir de la formación en educación sexual integral recibida. | | | Mecanismos Intersectoriales |
| 5. Desarrollar los mecanismos para asegurar el liderazgo apropiado del sector salud en la construcción de las intervenciones, las medidas y los instrumentos sectoriales e intersectoriales necesarios y efectivos de orden legislativo, sanitario, educativo, judicial, de protección, reparación integral y comunicacional en los aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva, de forma coordinada y en el respeto de las competencias que facilite la garantía de los derechos. | Establecimiento de procesos de defensa de las acciones propuestas en el marco de la Politica, en escenarios legislativos y de coordinación intersectorial con educación, justicia y protección, para el establecimiento formal y funcionamiento efectivo y dinámico de los mecanismos de coordinación en materia de sexualidad y reproducción. | | | MSPS DTS |
| | Coordinación de las acciones en los niveles operativos para la aplicación de los instrumentos de planificación, gestión y de los mecanismos interinstitucionales e intersctoriales relacionados con la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. | | | DTS y Mecanismos intersectoriales Territoriales |
| | Generación de alianzas en los niveles territoriales que permitan la garantía de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la reparación integral cuando fuere necesario, o el seguimiento a la misma, según lo definan los instrumentos e instancias formales establecidas. | | | DTS y Mecanismos intersectoriales Territoriales |
| 6. Impulsar la aplicación de acciones administrativas y disciplinarias a que hubiere lugar, por atentados a la libertad de pensamiento, opinión y expresión frente a la sexualidad o la reproducción, registrados en la prestación de los servicios o en la institucionalidad del sector salud. | Diseño o fortalecimiento de procedimientos para la detección en los servicios de salud, de los atentados a la libertad de pensamiento, opinión o expresión frente a la sexualidad y la reproducción. | | | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Realización de procesos dirigidos al fortalecimiento de las capacidades para el control social y la veeduría en las organizaciones de base social y grupos interculturales, mujeres, colectivos de nuevas masculinidades, LGTBI, ecuménicos, asociaciones de personas con discapacidad, en relación con los contenidos señalados y la conculcación que sobre ellos se diere en los espacios de prestación de servicios. | | | DTS y Comunidad organizada |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| **Línea Operativa del PDSP** | Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. |
| **Objetivo:** | 8.2.1.2 Disminuir la posibilidad de afectación a la vida, la libertad, la seguridad personal o la integridad física y mental por causas asociadas a la vulneración de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de acciones que promuevan el cuidado, la protección y la erradicación de las distintas formas de violencia, u otras afectaciones a la vida e integridad en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a fin de alcanzar el completo bienestar físico, mental y social. |
| **Meta:** | A 2021,en el país se habrá brindado atención integral al 50% de los casos de violencias basadas en el género y en las orientaciones sexuales no hegemónicas; y habrá reducido en 80% los hechos de violencia institucional por causas asociadas a la sexualidad y la reproducción. |
| **Indicador:** | Porcentaje de víctimas con atención integral. Tasa de violencia institucional. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Establecer procesos sistemáticos de promoción del derecho a una vida libre de violencia física, psicológica o sexual; de tipo social, político o económico; por causas asociadas a la vivencia de la sexualidad y la reproducción; identificando los eventos violentos y emitiendo alertas, especialmente cuando afecta a personas o grupos en contextos de vulnerabilidad. | Diseño o actualización de protocolos para la identificación y análisis sectorial e intersectorial de las violencias de género, por causas asociadas a la sexualidad y la reproducción, en los diferentes ámbitos de la vida, incluido el laboral, o cualquier otra forma coercitiva dentro o fuera de las relaciones sociales, laborales y de pareja, así como a las manifestaciones de violencia que ejerzan las instituciones de salud sobre los usuarios titulares del derecho a los servicios. | **META 14.** A 2021, el 80% de los municipios desarrollan procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales dentro y fuera del conflicto armado; con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral. PDSP- D5 | Porcentaje de municipios que operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar. PDSP- D5 | Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia |
| | Implementación de proyectos sectoriales e interinstitucionales de prevención y atención de la violencias de género, por causas asociadas a la sexualidad y la reproducción y consolidación del trato humanizado, digno y solidario a las víctimas. | | | Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia |
| | Establecimieto y realización de una agenda de investigación sobre las afectaciones tempranas y tardías a la salud, derivadas de los diferentes hechos victimizantes de género en el conflicto armado y establecimiento de las medidas de prevención y afrontamiento. | | | Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia |
| | Formación a la comunidad para la organización social y el uso de mecanismos de prevención, control, emisión de alertas y denuncias que adviertan la posibilidad de ocurrencia de estas violencia, en especial si ocurren contra personas y grupos en contextos de vulnerabilidad como es el caso de las mujeres transgénero, personas de orientación sexual diversa y trabajadoras o trabajadores sexuales y muy especialmente, contra las mujeres en gestación, en la atención de cualquier evento reproductivo u otros daños a la salud sexual o la salud reproductiva, incluida la violencia ejercida por Instituciones de Salud. | **META 18.** A 2021, el 100% de las instituciones públicas nacionales de los sectores de salud, protección y justicia, incluyen en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos, género y diferencial. PDSP- D5 | Porcentaje de instituciones públicas del sector salud, justicia y protección con planes de formación y actualización en planes y programas de atención de víctimas de alguna forma de violencia. PDSP- D5 | Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia |
| | Construcción de espacios de encuentro, para la expresión de las manifestaciones comunicativas sociales orientadas a la prevención de la violencia basada en género por causas asociadas a la sexualidad o la reproducción. | | | Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia |
| | Utilización activa, permanente y creativa de las redes sociales comunicativas y otros medios, para la difusión, exigencia y garantía del derecho a la salud física y mental, a través de la erradicación de prácticas violentas de género o institucionales, asi como de los mecanismos para su protección. | | | Mecanismos Intersectoriales de atención integral a Víctimas de Violencia |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 2. Diseñar mecanismos orientados a la prevención de las torturas y los tratos crueles, inhumanos o degradantes -como la ablación de clítoris, el negar el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los casos establecidos por la Corte Constitucional, los feminicidios o los crímenes de odio motivados por la intolerancia a las diferentes vivencias de la sexualidad, la orientación, las identidades de género, entre otros- y difundirlos ampliamente por medios sociales a toda la comunidad. | Concertación con los representantes de los grupos de base social, establecidos en el territorio, las formas de identificación, atención y control de las manifestaciones y comportamientos degradantes e inhumanos de tortura o crueldad, relacionados con la vivencia de la sexualidad o la reproducción. | **META 13.** A 2021, el 80% de los municipios del país operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar. PDSP- D5 | Indicador de Gestión 9. Porcentaje de municipios que operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar. PDSP- D5 | MSPS Mecanismo Intersectorial Comunidad |
| | Instalación de redes de información que visibilicen y emitan alertas frente a la aparición de comportamientos riesgosos o manifestaciones de violencia, para activar el control social como mecanismos para la mitigación de los riesgos y daños a la salud sexual y salud reproductiva por estas causas. | | | MSPS Mecanismo Intersectorial Comunidad |
| 3. Integrar a los grupos sociales y a los actores de la comunidad en la construcción de acciones sectoriales y comunitarias, orientadas a la erradicación de prácticas culturales o tradicionales que según la evidencia científica son lesivas, relacionadas con la forma de vivencia de la sexualidad y la reproducción, así como, la eliminación de prácticas culturales que se configuran en riesgos desde el concepto de derechos, como algunos ritos de paso y de iniciación al ejercicio sexual que viven niños, niñas y adolescentes. | Elaboración de una base de evidencia cientifica que incluya información sobre los riesgos a la salud y la capacidad de daño de algunas prácticas tradicionales en relación con la vivencia de la sexualidad y la reproducción; que deberá ser utilizada como soporte de las actividades de capacitación para el personal del sector y de otros sectores involucrados (justicia, protección, educación) y para el diseño de las estrategias educativas más apropiadas. | **META 12.** A 2021, incrementar como mínimo quince puntos, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a víctimas de violencias de géneros y violencias sexuales. PDSP- D5 | Proporción de mujeres que solicitan ayuda para la atención a víctimas de violencia de género y violencias sexuales. PDSP - D5 | MSPS DTS |
| | Sensibilización y formación, de manera concertada con la comunidad, para la adopción y mantenimiento de nuevos significados a cerca de la sexualidad y la reproducción y la deconstrucción de prácticas lesivas en estos aspectos. | | | MSPS Meacnismo Intersectorial DTS Comunidad |
| | Creación de redes intersectoriales e interculturales que faciliten la formulación de estrategias y el intercambio de información sobre proyectos que han dado resultados y lecciones aprendidas en relación con la resignificación y decostrucción de practicas lesivas a la vivencia de la sexualidad y la reproducción, con las comunidades. | | | MSPS Meacnismo Intersectorial DTS Comunidad |
| | Aplicación de las metodologías para medir los logros de las mejores prácticas; y llevar a cabo evaluaciones participativas y estudios etnográficos locales para comprender mejor las causas que llevan a la continuación de este tipo de prácticas y que contribuyan a la identificación de grupos de riesgos y acciones preventivas con sensibilidad cultural. | | | MSPS DTS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 4. Establecer dentro del sector, sistemas de alerta temprana y detección de riesgos o amenaza a la vida y la integridad personal asociada al ejercicio de la sexualidad, la identidad o expresión de género y el ejercicio de los derechos reproductivos; así como, los modos de respuesta integral inmediata. | Desarrollo y aplicación de protocolos para el reconocimiento de perfiles de consultas y demandas reiterada y alerta sobre servicios que difícilmente estructuran cuadros clínicos reconocibles y que la evidencia muestra asociados a la vivencia de la sexualidad y la reproducción. | **META 15.** A 2021, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas reciben una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados. PDSP - D5 | Porcentaje víctimas de las violencias de género y violencias sexuales identificadas con atención integral. PDSP - D5 | MSPS DTS |
| | Estandarización de los procesos para la identificación de signos y condiciones de violencia en los contextos familiares, educativo y grupal que se convierten en trabas al ejercicio pleno de la sexualidad y la reproducción. | | | MSPS Mecanismo Intersectorial Comunidad |
| | Actualización de los sistemas de información de casos de vulneración de derechos sexuales y derechos reproductivos, que permitan el registro de condiciones que de manera indirecta alerten sobre la ocurrencia de violencias de género y otras. | | | MSPS DTS |
| | Implementación de mecanismos para el fortalecimiento de los acuerdos interinstitucionales y sectoriales requeridos en la sostenibilidad del sistemas de alerta temprana de atentados a la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en relacion con la vida y la integridad. | | | MSPS Mecanismo Intersectorial |
| | Fortalecimiento a la participación activa de la comunidad local que permita desarrollar una respuesta multidimensional ante los problemas y necesidades existentes en relacion con las violencias de géneo y sexual. | | | MSPS Mecanismo Intersectorial Comunidad |
| 5. Identificar y erradicar las prácticas institucionales que legitiman o promueven cualquier forma de violencia asociada al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como es el caso del trato sexista a las mujeres en la atención de los diferentes eventos obstétricos o por la iniciación temprana del ejercicio sexual o el estigma y discriminación a las personas viviendo con VIH, a las y los trabajadores sexuales, entre otros. | Establecimiento de sistemas para la Identificación y concertación con los funcionarios de niveles directivos y operativos, de las posibles prácticas institucionales violatorias del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. | **META 16.** A 2021, el 100% de las EPS (o quien haga sus veces) en coordinación con las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, cuentan con una red de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente. PDSP - D5 | Porcentaje de EPS con red de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales. PDSP - D5 | MSPS DTS |
| | Realización de pactos para el control y abolición de prácticas legitimadoras de la violencia en las que se establezcan las formas de identificación y los apoyos debidos a las personas afectadas. | | | MSPS DTS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| **Línea Operativa del PDSP** | Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. |
| **Objetivo:** | 8.2.1.3 Proteger la privacidad de las personas, en los asuntos relacionados con la vivencia de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre los ciudadanos y las instituciones del sector salud. |
| **Meta:** | A 2021, el país habrá reducido en 90% la vulneración al derecho a la privacidad de las personas originado en la prestación de los servicios de salud y en relación con la vivencia de la sexualidad y la reproducción. |
| **Indicador:** | Tasa de violación al derecho a la privacidad de las personas en la prestación de servicios de salud. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Difundir dentro de la comunidad y el personal prestador de servicios de salud el derecho a la privacidad y confidencialidad como elemento esencial para ejercer la autonomía sexual, la autonomía reproductiva y la toma de decisiones en estos aspectos, sin ser objeto de amenaza o riesgo y en cumplimiento del compromiso ético profesional y del mandato legal del secreto profesional. | Difusión, a todos los niveles de dirección y prestación de servicios del SGSSS, sobre los derechos, obligaciones y responsabilidades que le asisten al personal de salud frente al secreto profesional y las acciones administrativas disciplinarias y legales de las que pueden ser objeto ante su violación. | **META 17.** En 2021, las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud. PDSP - D5 | Número de mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes que reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud. PDSP - D5 | MSPS DTS |
| | Medición de la asimilación de los contenidos transmitidos en relación con el derecho a la privacidad, por medio de los sistemas regulares de control. | | | MSPS DTS |
| 2. Promover la aplicación de los mecanismos para hacer efectivos el debido reconocimiento y respeto del derecho a la intimidad y la privacidad, dentro del personal del sector y hacia los titulares del derecho a la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, en cumplimiento del Código de Ética y Buen Gobierno reglamentado por la Superintendencia de Salud e incluido como norma en los procesos de habilitación y acreditación (Normas de aseguramiento de la calidad de la atención). | Fortalecimiento a los sistemas de quejas, demandas y otros mecanismos administrativos, para la identificación, seguimiento y atención de las vulneraciones al derecho a la intimidad y privacidad en la prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva. | | | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Diseño y aplicación de procedimientos para la selección de representantes de la comunidad, caracterizados por su neutralidad e imparcialidad, para la canalización de quejas relacionadas con la vulneración del derecho a la privacidad, así como, para vigilar la investigación y sanción, en los casos que lo amerite. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 3. Establecer procesos para garantizar la reserva y el sigilo de la información sobre los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción de las personas, incluido el fortalecimiento de los principios éticos que exige el derecho a la intimidad por parte de los prestadores de servicios de salud y la adecuación de los espacios de forma que las consultas puedan llevarse a cabo en condiciones de reserva e intimidad. | Realización de jornadas de actualización al personal de salud sobre los contenidos de Ley 23/81 relacionada con las Normas en materia de Ética Médica, su aplicación en los contextos institucionales en los casos de atención en salud sexual y salud reproductiva y difusión de estos principios a la comunidad. | **META 17.** En 2021, las mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud. PDSP - D5 | Número de mujeres gestantes y en periodo de lactancia materna, las niñas, los niños y adolescentes que reconocen los resultados de la política de humanización que implementan el sector salud. PDSP - D5 | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Conformación de comisiones institucionales para el análisis y control de casos de violación al derecho a la intimidad y privacidad en la atención en salud sexual y salud reproductiva e inclusión de la comunidad para el establecimiento de los mecanismos de control social. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| 4. Fortalecer los protocolos para garantizar la seguridad de la información producida por el sector, así como para controlar la divulgación o fuga de información en relación con las preferencias, la historia, los comportamientos sexuales o reproductivos de las personas, así como otros asuntos relacionados con la atención en salud o la investigación y la inclusión de los temas de sexualidad en reglamentaciones existentes, para asegurar la confidencialidad de la información y fortalecer su vigilancia. | Implementación de los mecanismos que garanticen la aplicación de las reglamentaciones existentes y los protocolos institucionales de seguridad de la información, para prevenir la pérdida o uso indebido de datos sobre la salud sexual y la salud reproductiva de los usuarios de los servicios de salud. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Desarrollo de procedimientos informáticos de vigilancia, documentación y afrontamiento de los casos de vulneración del derecho a la intimidad en relación con la sexualidad y la reproducción. | | | DTS, EPS, IPS |
| 5. Diseñar los mecanismos para el restablecimiento del derecho a la privacidad de la vida sexual o reproductiva de las personas cuando este fuera vulnerados en razón de la prestación de los servicios de salud. | Establecimiento de mecanismos institucionales para la realización de actos simbólicos y de exculpación para quien el derecho a la intimidad y la privacidad le ha sido vulnerado, con ocasión de la prestación de servicios relacionados con la sexualidad y la reproducción. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Socialización de los procedimientos establecidos para la reparación simbólica a la vulneración del derecho a la privacidad, en relación con la sexualidad y la reproducción. | | | DTS, EPS, IPS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| **Línea Operativa del PDSP** | Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. |
| **Objetivo:** | 8.2.1.4 Fortalecer en los espacios de atención de salud el desarrollo de formas de relación igualitaria entre hombres y mujeres mediante la formulación de acciones orientadas a la construcción de una convivencia social libre de discriminación justificada en las diversas formas de vivencia de la sexualidad, la orientación sexual o el género. |
| **Meta:** | A 2021, se habrá eliminado en los servicios de salud, la discriminación fundada en la forma como las personas viven la sexualidad o la reproducción. |
| **Indicador:** | Porcentaje de quejas, reclamos o sugerencias por el desarrollo de prácticas discriminatorias en los servicios de salud. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Propiciar espacios y mecanismos de reconocimiento de la diversidad y la igualdad de las personas, para que los servidores del sector salud, superen las distintas formas de discriminación ante los comportamientos, usos y costumbres asociados a la vivencia de la sexualidad y la reproducción, manteniendo el respeto por los rasgos culturales dentro del reconocimiento de los límites establecidos en el ejercicio del derecho. | Formación y capacitación del personal, del nivel directivo y de prestación de servicios de salud sexual y salud reproductiva del sector y de otros sectores en el reconocimiento de las diversidades y el imperativo humanista de trato digno e igualitario. | **META 5.** En 2021, Colombia cuenta con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación en el curso de vida, género, etnicidad, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y víctima del conflicto. PDSP - D9 | Modelo de Atención y prestación de servicios en salud con adecuación en el curso de vida, género, etnicidad, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad y víctima del conflicto implementado. PDSP - D9 | MSPS Mecanimos Intersectorial DTS, EPS, IPS |
| | Adopción de metodologías lúdicas y artísticas que fomenten el reconocimiento de las diversidades, dentro de los profesionales del sector y para la comunidad, como mecanismos de prevención de discriminación basada en las diferencias. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| 2. Identificar y remover las prácticas sociales e institucionales del sector salud, que basadas en estereotipos o estigmas, son abiertamente discriminatorias en relación con la sexualidad o la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en condiciones de igualdad. | Implementación de protocolos investigativos, reflexivos y observacionales entre los profesionales del sector salud y a diferentes niveles, para la detección, identificación y medición de las prácticas discriminatorias presentadas en los servicios de salud, con ocasión de las diversidades relacionadas con la vida sexual y reproductiva de las personas. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Desarrollo de procesos que induzcan la transformación de prácticas y comportamientos discriminatorios, frente a las diversas vivencias de la sexualidad y la reproducción, reconocidos como prevalentes en los servicios de salud. | | | DTS, EPS, IPS |
| 3. Facilitar y exigir la formación del recurso humano del sector, con la inclusión de contenidos educativos sobre relacionamiento igualitario, convivencia social y superación del estigma y la discriminación, en los currículos de enseñanza de diferentes profesionales, especialmente en los que ejercerán como prestadores o como entes de control. | Diseño y aplicación de guías e instrumentos normativos que direccionen los modelos de relacionamiento entre prestadores y usuarios, los marcos éticos y de consentimiento informado para el manejo de la información y el compromiso de la reserva sobre ella, especialmente en los aspectos de la salud sexual y la salud reproductiva. | | | MSPS DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Gestión e incidencia ante las facultades de formación de los profesionales de salud en todos los niveles, los colegios médicos y sociedades científicas, para la concertación de contenidos curriculares que faciliten la capacitación adecuada del personal sanitario, sobre el derecho a la igualdad en los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. | | | MSPS |
| 4. Establecer mecanismos de identificación, seguimiento, control y sanción, de los servicios de prevención, atención, protección, rehabilitación, restablecimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos que vulneran el derecho a la igualdad y garantizar las acciones de vigilancia, inspección y control en los casos de estigma y discriminación. | Aplicación o adaptación de las reglamentaciones existentes y los protocolos institucionales, para prevenir la discriminación y la promoción del trato igualitario a los usuarios de los servicios de salud sexual y salud reproductiva. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Establecimiento de procedimientos investigativos y reparativos de la vulneración, en los servicios de salud, del derecho a la igualdad en relación con la sexualidad y la reproducción. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| **Línea Operativa del PDSP** | Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. |
| **Objetivo:** | 8.2.1.5 Generar procesos orientados al desarrollo de la autonomía personal a través de acciones que reconozcan a las personas y su diversidad, para que se direccionen respuestas del sector salud adecuadas a sus necesidades como forma de garantía del derecho. |
| **Meta:** | A 2021, se habrá incrementado en 70% los prestadores de de servicios de salud que han realizado procesos de adaptación de su oferta orientada por la garantía al respeto de la autonomía personal. |
| **Indicador:** | Porcentaje de prestadores que han implementado procesos de adaptación de su oferta para garantizar el respeto a la autonomía de las personas. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Gestionar y diseñar procesos pedagógicos que permitan reconocer la libertad sexual y la libertad reproductiva, que incluye la resignificación del cuerpo, diversidad de opciones disponibles para la vivencia de la sexualidad y la reproducción, la elección de parejas sexuales; experimentar el potencial de la sexualidad a plenitud, disfrutar del erotismo, dentro de un marco de no discriminación y consideración de los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según el momento del ciclo vital, para el personal del sector y la comunidad en general. | Participación del sector salud en el diseño de contenidos pedagógicos, aplicables al sector y a otros sectores, para la cualificación permanente de su recurso humano en cuanto al reconocimiento de la autonomía de todas las personas para la vivencia de la sexualidad y la reproducción. | **META 7.** En 2021, Colombia ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables con enfoque diferencial. PDSP - D9<br><br>**META 11.** A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la infancia. PDSP - D9<br><br>**META 12.** A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la adolescencia. PDSP - D9<br><br>**META 23.** A 2021 Colombia contará con un modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado a nivel nacional y territorial por el MSPS. PDSP - D9<br><br>**META 41.** A 2021, Colombia contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades. PDSP - D9<br><br>**META 43.** A 2021, Colombia contará con un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9 | Número de modelos de educación y comunicación en salud en temas de conductas saludables con enfoque diferencial. PDSP - D9 Modelo de salud dirigido a la infancia implementado. Modelo de salud dirigido a la adolescencia implementado Modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado para Colombia. PDSP- D9 Documento que describa el Modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades PDSP - D9. Documento que describa el modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuentan con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9 | DTS, EPS, IPS |
| | Gestión y obtención de} recursos humanos, técnicos y financieros que garanticen el diseño de procesos pedagógicos, para el personal de salud y la comunidad, orientados al reconocimiento de la libertad sexual, la libertad reproductiva, la responsabilidades derivadas de su ejercicio y los contenidos que esto incluye. | | | DTS, EPS, IPS |
| 2. Fortalecer los procedimientos relacionados con definición de marcos éticos de la atención e investigación, para que ninguna persona de manera involuntaria pueda ser sujeta a estudios, procedimientos médicos de diagnóstico, atención, intervención farmacológica o quirúrgica o confinamiento, sobre la base de una expresión sexual protegida; orientación sexual; historia o comportamiento sexual, identidad o expresión de género o situación reproductiva. | Aplicación de la normatividad sobre las condiciones y requerimientos éticos y de consentimiento informado en los procesos de atención e investigación relacionados con la sexualidad y la reproducción. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Establecimiento de mecanismos de control y exigibilidad relacionados con las condiciones éticas de ley, para la realización de investigaciones por terceros a nivel de la institucionalidad del sector, en temáticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción. | | | DTS, EPS, IPS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 3. Fomentar el desarrollo de nuevas formas relacionales, mediadas por la libertad para ejercer en condición igualitaria las prácticas sexuales y reproductivas que en el marco de respeto a las normas y principios de los derechos humanos sean posibles. Estas acciones darán especial atención al cuidado de la sexualidad en la niñez, la adolescencia y la vejez, y de las personas con discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, así como, a los mecanismos para el control de posibles formas de conculcación o persecución legal basadas en la vivencia de la sexualidad o la reproducción cuando median circunstancias étnicas o culturales y otras formas que requieran manejos excepcionales ante la ley. | Diseño de procedimientos aplicables en espacios de atención, para el conocimiento y la interpretación adecuada de la sexualidad de grupos diversos, segun el ciclo de vida, que incluyan el respeto por la cultura y la diferencia, cuando se interactúa con la cosmovisión, prácticas, usos y costumbres de la vida sexual y la vida reproductiva de las personas. | **META 7.** En 2021, Colombia ha desarrollado modelos de educación y comunicación en salud en el tema de conductas saludables con enfoque diferencial. PDSP - D9<br><br>**META 11.** A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la infancia. PDSP - D9<br><br>**META 12.** A 2017 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de salud de la adolescencia. PDSP - D9<br><br>**META 23.** A 2021 Colombia contará con un modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado a nivel nacional y territorial por el MSPS. PDSP - D9<br><br>**META 41.** A 2021, Colombia contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades. PDSP - D9<br><br>**META 43.** A 2021, Colombia contará con un modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuenten con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9 | Número de modelos de educación y comunicación en salud en temas de conductas saludables con enfoque diferencial. PDSP - D9 Modelo de salud dirigido a la infancia implementado. Modelo de salud dirigido a la adolescencia implementado Modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado para Colombia. PDSP- D9 Documento que describa el Modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades PDSP - D9. Documento que describa el modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado, en el que las entidades territoriales cuentan con la capacidad técnica para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI. PDSP - D9 | DTS, EPS, IPS |
| | Desarrollo de condiciones institucionales y sociales que posibiliten prácticas en las relaciones interpersonales, afectivas y sexuales, para los grupos que así lo requieran por su condición de discapacidad. | | | DTS, EPS, IPS |
| 4. Diseñar oferta de servicios de salud, específicamente sensibles a la diversidad y las necesidades de las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, y en especial para adolescentes y jóvenes, que requieren atención a su salud sexual y salud reproductiva de forma integral, lo cual incluye su derecho a acceder a los servicios de consejería sin el consentimiento de los padres (Ley 1098 de 2006), el apoyo y protección para insistir en prácticas sexuales y reproductivas más seguras. | Reconocimiento y aplicación efectiva de la normatividad vigente para poblaciones focalizadas como el código de infancia y adolescencia, según lo señala la Ley 1098/06; las sentencias de la Corte Constitucional, entre otras, para la adecuada interpretación de la autonomía y la capacidad progresiva de autodeterminación que tienen los niños, niñas y adolescentes en relación con la sexualidad y la reproducción y otras especificidades aplicables a diferentes grupos. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Exigencia de formación certificada y actualización permanente, sobre asesoría, consejería en los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción a los prestadores de estos servicios. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Adecuación y preparación de ofertas de servicios según los marcos normativos y los protocolos vigentes en materia de sexualidad y reproducción | | | DTS, EPS, IPS |
| | Establecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial requeridos, para el fortalecimiento de las metodologías para la educación sexual integral a la comunidad. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| 5. Adaptar los procedimientos administrativos del sistemas de salud a la identidad de género que indiquen o defina la propia persona, ello implica procesos de identificación a través de la gestión de documentos de identidad dentro del sistema, carné y otras certificaciones oficiales, coherentes con ello, sitios de hospitalización, reclusión, custodia entre otros. | Adecuación de los procesos y espacios de atención, según la identidad de género definida por las personas. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Flexibilización de los procedimientos administrativos de registro y carnetización de usuarios del SGSSS en relación con la identidad de género. | | | DTS, EPS, IPS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| **Línea Operativa del PDSP** | Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva. |
| **Objetivo:** | 8.2.2.1 Garantizar el acceso de las personas a los beneficios de los avances científicos disponibles para el disfrute de la sexualidad y la reproducción y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, como forma de materialización del derecho a la salud física, mental y social. |
| **Meta:** | A 2021, se habrá actualizado el 100% de los protocolos relacionados con la atención en salud sexual y salud reproductiva, según los avances y desarrollos de la ciencia y la tecnología. |
| **Indicador:** | Porcentaje de protocolos actualizados. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Desarrollar contenidos y reglamentaciones que desde la integración en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, evidencien las interrelaciones e interdependencias entre los diferentes contenidos y componentes definidos desde la ciencia hasta hoy y los que se desarrollen en el futuro. | Desarrollo de modelos de atención integral para la divulgación, educación, atención en los aspectos de la sexualidad y la reproducción, siguiendo los marcos normativos y los avances de la ciencia y la tecnología, para los niveles de gestión, prestación de servicios, seguimiento y control establecidos en el SGSSS. | **META 38** A 2021, Colombia contará con la adecuación del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud, con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación. PDSP - D9 | Documento que describa la adecuación realizada del modelo de atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud, con participación social y articulación intersectorial con trabajo y educación. PDSP - D9 | MSPS |
| | Diseño de guías de manejo que orienten la atencion en salud sexual y salud reproductiva de manera integral, que trasciendan el motivo de consulta, al tiempo que se exploren otros aspectos de la sexualidad y la reproducción que puedan estar correlacionados; lo anterior con el apoyo del sector académico y lo que demuestra la evidencia científica. | | | MSPS |
| 2. Facilitar la disponibilidad y acceso a la información u orientación sobre sexualidad y reproducción en su relación con la salud, el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible; así como promover los mejores servicios de salud sexual y salud reproductiva posibles con base en evidencia e investigación científicamente válida. | Implementación desde las EPS e IPS de estrategias, procesos y sistemas regulares de información sobre salud sexual y salud reproductiva al público en general, por vías de fácil acceso y amplia cobertura como los medios masivos y virtuales, a personas y grupos que lo requieran a través de servicios de asesoría y consejería y en el sistema PQR, en el marco de la integración descrita. | | | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Adaptación de los servicios y la atención en sexualidad y reproducción según las recomendaciones propuestas por los estudios e investigaciones, la medicina basada en la evidencia y los distintos avances técnicos y científicos en la materia. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Desarrollo de acciones informativas para que las organizaciones sociales y la comunidad conozcan las ventajas y desventajas de los avances técnicos y científico relacionados con la vivencia de la sexualidad, y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Utilización de enfoques participativos que permitan trabajar con las comunidades, las instituciones del sector público y privado y las organizaciones no gubernamentales, en la superación de los obtaculos relacionados con la disponibilidad, acceso, orientación y uso de la información y servicios sobre sexualidad y reproducción. | | | DTS, EPS, IPS |
| 3. Organizar la prestación de servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva que incluyan los componentes de la atención definidos como condición básica para la aproximación al ser humano en su condición de integridad y que permitan superar condiciones restrictivas al goce de los derechos desde la prestación de los servicios de salud. | Organización de los servicios de salud sexual y salud reproductiva atendiendo los direccionamientos del marco normativo que define la atención integral y fortalecimiento de la red de servicios donde el profesional que atiende inicialmente una entidad en este ámbito la aborde desde la integración de la oferta con niveles de referencia e interconsulta. | | | DTS, EPS, IPS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 3. Organizar la prestación de servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva que incluyan los componentes de la atención definidos como condición básica para la aproximación al ser humano en su condición de integridad y que permitan superar condiciones restrictivas al goce de los derechos desde la prestación de los servicios de salud. | Aplicación de estandares a la organización, recurso humano e infraestructura, que iniciando con la atención a la salud sexual de hombres y mujeres, indague no solamente los procesos clínicos, sino que promueva el ejercicio pleno y satisfactorio de esta condición humana, teniendo en cuenta todas las diversidades de su ejercicio. Además atienda de forma relacionada aspectos de la ginecología general, la infantojuvenil, la preconcepcional, la anticoncepción y a mujeres adulta mayores; la obstetricia que incluya la reproducción asistida, infectología en aspectos de atención integral a las ITS y el VIH/Sida; la oncología en relacion con órganos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres y la atención a los eventos físicos, psiquicos y emocionales de la vivencia de la sexualidad y la reproducción y en especial los derivados de la violencia basada en género. En todos la red de servicios se deben clarificar acciones de detección temprana, atenuación de riesgos, daños, tratamiento y recuperación. Esto debe ser interpretado en el reconocimiento y características de todas las etapas del ciclo de vida en la integración de las acciones que se desarrollan. | **META 19.** A 2021, se ha logrado mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años. PDSP - D5 | Prevalencia de VIH/Sida. PDSP - D5 | DTS, EPS, IPS |
| | | **META 20.** A 2021, se ha logrado el Acceso Universal a Terapia Anti retroviral ARV a todas las personas en necesidad de tratamiento. PDSP - D5 | Cobertura de Tratamiento Antirretroviral. PDSP - D5 | DTS, EPS, IPS |
| | | **META 21.** A 2021, aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad. (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitante de calle, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad). PDSP - D5 | Porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad. PDSP - D5 | DTS, EPS, IPS |
| | | **META 22.** A 2015, el 100% de las mujeres en control prenatal han sido tamizadas para Hepatitis B. PDSP Porcentaje de mujeres con tamizaje para Hepatitis B en control prenatal. PDSP | Porcentaje de mujeres con tamizaje para Hepatitis B en control prenatal. PDSP - D5. | DTS, EPS, IPS |
| | | **META 23.** A 2015, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%. PDSP - D5 | Porcentaje de donantes VIH (+). PDSP - D5 | DTS, EPS, IPS |
| | | **META 1.** A 2021, reducir la mortalidad prematura por ENT en el 25% en población entre 30 y 70 años. PDSP - D2 | Mortalidad por tumor maligno de mama.<br>Mortalidad por tumor maligno de cuello uterino.<br>Mortalidad por tumor maligno de próstata. PDSP - D2 | DTS, EPS, IPS |
| 4. Fortalecer los sistemas de apropiación de las tecnologías en salud, para atender las necesidades relacionadas con la vivencia plena de la sexualidad y la reproducción, en condiciones de seguridad, así como para prevenir la aparición de eventos no deseados y atender los problemas relacionados con la vulneración de los derechos sexuales o los derechos reproductivos, a través de la identificación, protocolización y normalización de esas tecnologías. | Aplicación de la normatividad existente sobre uso y apropiación del conocimiento científico y nuevas tecnologías en el campo de la sexualidad y la reproducción, respetando las recomendaciones de la medicina basada en la evidencia y los marcos éticos; direccionando su uso inicial en los niveles de más alta complejidad que cuentan con la capacidad de conectarse con la red científica de apoyo y como condición previa a su disponibilidad en los servicios regulares de atención. Estos desarrollos requieren su inclusión en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología. | **META 24.** A 2015 se habrá fortalecido el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología para el desarrollo de estudios e investigaciones e innovación y desarrollo de tecnologías para atender el envejecimiento y vejez. PDSP - D9 | Número de investigaciones y proyectos avalados por COLCIENCIAS concentrado en el tema de vejez y envejecimiento. PDSP - D9 | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Entrenamiento del talento humano del sector en la aplicación de nuevas tecnologías en salud relacionadas con la vivencia de una sexualidad segura, así como con el cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva en cualquier momento del ciclo vital. | | | DTS, EPS, IPS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 5. Mantener el más alto nivel de acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva que se encuentran incluidos en el POS y los que la normatividad vaya introduciendo. | Aplicación ágil de los estándares del sistemas de monitoreo a las condiciones de acceso y calidad de los servicios en salud sexual y salud reproductiva definidos en el POS. | **META 36.** A 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con otros sectores, habrá diseñado un sistema de garantía de la calidad para los prestadores de servicios de protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores, teniendo en cuenta sus diferentes componentes: i) registro institucional, ii) autorización de funcionamiento, iii) seguridad del usuario, iv) auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, v) acreditación, vi) sistema de información para la calidad. PDSP - D9 | Sistema de Garantía de la calidad para los prestadores de servicios de protección y promoción social que brindan atención a las personas mayores. PDSP - D9 | DTS, EPS, IPS |
| | Revisión permanente y actualización del POS en consonancia con los avances tecnico-científicos en salud sexual, salud reproductiva y los ASIS relacionados y difusión amplia a la comunidad de los nuevos beneficios que en la materia se van incorporando. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| 6.Fomentar la participación, construcción colectiva e incidencia de todos los agentes del SGSSS y de la comunidad en el diseño de los nuevos programas, servicios e intervenciones referentes a la salud pública en la dimensión de la sexualidad y la reproducción, para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos. | Análisis de la estructura normativa y concertación con los agentes del SGSSS y la comunidad, sobre el grado de desarrollo con el que deben contar los servicios de salud sexual y salud reproductiva, de acuerdo al nivel de necesidad y complejidad de cada institución y territorio. | **META 25.** A 2015 se habrán establecido y aplicado las metodologías de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos del curso de vida, para sustentar las estrategias de focalización de las políticas, planes y programas dirigidos a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social. PDSP - D9 | Número de metodologías implementadas de análisis de las inequidades sociales en los diferentes momentos del curso de vida, para sustentar las estrategias de focalización de las políticas, planes y programas dirigidos a las poblaciones en situación de vulnerabilidad social. PDSP - D9 | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Concertación con la comunidad sobre la oferta de servicios en materia de sexualidad y reproducción y la adopción gradual de los mismos, en sintonía con los contextos culturales, las necesidades y prioridades particulares de los territorios. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| **Línea Operativa del PDSP** | Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva |
| **Objetivo:** | 8.2.2.2 Facilitar el acceso permanente a la información, apropiación de contenidos y significados relacionados con sexualidad, reproducción, derechos sexuales, derechos reproductivos y salud, a través de la disposición de todos los medios pedagógicos y de democratización del conocimiento desde el sector de la salud y otros sectores como el educativo, que faciliten la comprensión integral de la sexualidad y la reproducción y sus relaciones con los determinantes sociales y culturales. |
| **Meta:** | A 2021, el 90% las personas aseguradas y beneficiarias del SGSSS habrán recibido educación sexual y educación reproductiva. |
| **Indicador:** | Porcentaje de cobertura con educacion sexual y educación reproductiva. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Fortalecer programas de información y educación integral sobre sexualidad, fecundidad y reproducción, dirigidos a la comunidad y liderados desde el sector salud, aplicables según el ciclo de vida, que permita dotar a todas las personas de opciones frente a la maternidad y la paternidad, el pleno ejercicio de la ciudadanía, y de manera especial de habilidades para relacionarse en el reconocimiento de las diversidades de forma solidaria. | Organización y desarrollo, para la comunidad en general, los grupos organizados de base social y poblaciones en contextos de vulnerabilidad, de nuevos programas de educación sexual o redireccionamiento de los existentes, dentro de los conceptos y contenidos propuestos en esta Política, desde los niveles más básicos de las IPS y otros actores del sistema, en coordinación con los postulados del PESCC desde el sector educativo. | **META 17.** A 2021, el 100% de las secretarías de educación certificadas del país definen planes territoriales de formación para docentes en servicio, desde un enfoque de género, derechos y diferencial; sobre las rutas y procesos de atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales. PDSP - D5 | Porcentaje de secretarías de educación certificadas con planes territoriales de formación para docentes en servicio. PDSP - D5 | DTS, EPS, IPS<br>Comunidad<br>Mecanismo interinstitucional |
| | Gestión con otros sectores sociales como cultura, comunicación y TICS para su involucramiento en la actualización y difusión de los programas de educación sexual integral y construcción de ciudadanía de acuerdo con los lineamientos de esta política y la normatividad vigente. | **META 3.** A 2021, el 80% de las instituciones educativas públicas garantizarán que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP - D5 | Porcentaje de instituciones educativas públicas que cuentan con educación sexual basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial. PDSP - D5 | DTS, EPS, IPS<br>Comunidad<br>Mecanismo interinstitucional |
| | Utilización de formas pedagógicas interpersonales, tecnologías de la comunicación y las redes sociales comunicativas, para la difusión de contenidos que promuevan la garantía y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la comunidad en general. | | | DTS, EPS, IPS<br>Comunidad<br>Mecanismo interinstitucional |
| | Desarrollo de procesos de identificación e investigación de tecnologías de comunicación útiles y efectivas para la implementación de estrategias comunicacionales masivas e interpersonales, información y comunicación sobre sexualidad y reproducción en concordancia con las diferencias culturales. | | | DTS, EPS, IPS<br>Comunidad<br>Mecanismo interinstitucional |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 2. Promover en alianza con otros sectores, la apertura de oportunidades que permitan a los y las adolescente y jóvenes el desarrollo de sus capacidades para la apropiación de la titularidad de sus derechos, asumir de manera progresiva la autonomía, el reconocimiento de las libertades, posibilidades y límites en las esferas de su vida sexual y reproductiva como base para la realización de sus anhelos y la construcción de su ciudadanía. | Desarrollo y aplicación de la normatividad que exija la existencia de espacios de atención integral a la salud sexual y la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes con los enfoques propuestos en el modelo de los servicios amigables. | **META 20.** A 2016 se tendrá una línea de base de las brechas de equidad en los resultados en salud de niñas, niños y adolescentes. PDSP - D9 | Línea base de las brechas de equidad en los resultados de salud de niñas, niños y adolescentes. PDSP - D9 | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Revisión y actualización del modelo de servicios amigables para incluir temáticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción que deben recibir la misma consideración en la prevención y atención como el uso de SPA, introducción de comportamientos ciudadanos de convivencia, estilos de vida y apropiación de hábitos saludables para la prevención de las patologías crónicas, prevención de comportamientos autodestructivos como anorexia, bulimia y conductas suicidas, entre otros. | | | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Acompañamiento y promoción de las organizaciones juveniles de base social, para que a través de procesos culturales, lúdicos y recreativos, apropien la titularidad de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Gestión con el sector educativo, cultura y comunicaciones para la potenciación de los procesos de eduentretenimiento a través de su adaptación a la diversidad de las personas, de los grupos y de las condiciones de los territorios. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad Mecanismo interinstitucional |
| 3. Reconocer y respetar la cosmovisión y la permanencia de algunos usos y costumbres del conocimiento y las prácticas ancestrales, relacionadas con sexualidad y reproducción, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en los casos que ellas no contradigan el concepto, ejercicio y garantía de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos y contribuyan al cuidado de la salud sexual y la salud reproductiva, desde un diálogo intercultural. | Gestión de procesos que permitan la construcción de actitudes de respeto y comprensión frente a la cosmovisión y las prácticas de las diferentes grupos culturales en torno a la sexualidad y la reproducción, en los profesionales de salud. | **META 39.** A 2014, Colombia cuenta con un capítulo étnico que desarrolla la ruta de la salud pública para esta población. PDSP - D9 | Documento que describa la ruta de la salud pública de grupos étnicos a incluir dentro del capítulo étnico. PDSP D - 9 | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Desarrollo con las diferentes comunidades y grupos, de procesos investigativos para la identificación, reconocimiento y análisis de diferentes prácticas ancestrales existentes en el país, en relación con la vivencia de la sexualidad y la reproducción y determinar su condición protectora, inocua o nociva en las personas o los grupos. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 4. Fortalecer la formación del recurso humano en los aspectos de la sexualidad y la reproducción, dirigida a los prestadores de servicios de salud, como principio de la cualificación de la prestación de servicios preconcepcionales, de anticoncepción, IVE, control prenatal, atención del parto y postparto, deteccion temprana y atención integral de las ITS, VIH/Sida y violencia sexual y basada en género, entre muchos otros. | Diseño y aplicación de programas de formación en sexualidad por medios presenciales, virtuales y mixtos, dirigidos al personal de prestación de servicios en salud sexual y salud reproductiva, para que desarrollen capacidades, conocimientos y habilidades en la comprensión de la relaciones existentes entre el ejercicio de la sexualidad y las acciones de prevención, cuidado y protección de riesgos y daños, en el marco de las normas de gestión de los factores de riesgo, atención y atenuación del daño. | **META 6.** A 2021, Colombia cuenta con talento humano suficiente y calificado para responder a la demanda de servicios de salud. PDSP - D10 | Disponibilidad/ concentración de talento humano en salud en el país. PDSP D10 | DTS, EPS, IPS |
| | Concertación con los centros académicos, para la inclusión de contenidos de formación en sexualidad de manera regular en los currículos de pre y posgrado, de los distintos profesionales de la salud, en consonancia con los avances del conocimiento y los contenidos normativos. | | | MSPS |
| 5. Incorporar lógicas ancestrales, que constituyen identidad para grupos y comunidades, en la construcción de nuevas ofertas de servicios de salud sexual y salud reproductiva, como forma para superar inequidades y garantizar el ejercicio de derechos para todas y todos. | Difusión y rescate de las prácticas ancestrales sobre sexualidad y reproducción que son inocuas o protectoras y que no van en contravía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. | **META 40.** A 2021, Colombia cuenta con modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural. PDSP - D9 | Documento que contenga el Modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural. PDSP - D9 | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Preparación de los servicios de salud para la asimilación y uso de prácticas ancestrales, valoradas como protectoras de la sexualidad y la reproducción en los contextos territoriales y que esto pueda ser exigible en concordancia con las normas. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| 6. Establecer mecanismos de reconocimiento de las condiciones y manifestaciones de la sexualidad y la reproducción en los grupos y comunidades que permitan establecer acciones oportunas en materia de información para la prevención, atención, protección y rehabilitación. | Identificación de factores que inciden positiva o negativamente en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, que se desprenden de la cosmovisión, usos y las prácticas culturales en los grupos étnicos y de las organizaciones sociales. | **META 6.** En 2021, Colombia ha aumentado la disponibilidad de información y evidencia sobre la atención diferencial de las personas y colectivos PDSP - D9 | Número de publicaciones disponibles para consulta sobre sobre la atención diferencial de las personas y colectivos. PDSP - D9 | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Diseño y aplicación de mecanismos de concertación y refrendación de practicas positivas a la sexualidad y la reproducción, o transformación de las prácticas negativas que permita establecer acciones oportunas de prevención, atención, protección y rehabilitación, hasta la superacion de su uso. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| **Línea Operativa del PDSP** | Gestión del riesgo en salud a través de la gestión de los factores que afectan la salud sexual y la salud reproductiva. |
| **Objetivo:** | 8.2.2.3 Gestionar desde todos los niveles del sector salud, condiciones favorables que posibiliten la decisión sobre la paternidad y la maternidad, desde el reconocimiento de las particularidades de los diferentes grupos, como forma de respeto de la diversidad individual, social y cultural. |
| **Meta:** | A 2021, se habrán incrementado en 90% los servicios favorecedores del libre ejercicio de la maternidad y la paternidad según la diversidad territorial. |
| **Indicador:** | Porcentaje de demandas al sector elevadas en relación con la presencia de condiciones desfavorables al ejercicio libre de la maternidad y la paternidad. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Promover en coordinación con otros sectores, el respeto por parte de los prestadores de servicios, a la libre decisión de las personas frente a la formación de un tipo determinado de familia, la elección de pareja, el ejercicio autónomo de la fecundidad, mediante acciones que les permitan la posibilidad de control sobre la vivencia de la sexualidad, la paternidad y la maternidad, dentro de un marco de no discriminación y consideración a los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva según ciclo vital. | Implementación de procesos pedagógicos, dirigidos a los prestadores, para que profundicen en el sentido, contenidos y significados que tiene el ejercicio de la libertad sexual y la libertad reproductivan, como fuente de bienestar, goce, realización y calidad de vida, y a través de lo anterior, promuevan el respeto por estos asuntos y lo apliquen en el marco de la prestación de servicios. | **META 4.** A 2021, disminuir en 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años. PDSP- D5 META 5. A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años). PDSP- D5 **META 6.** A 2021, aumentar a 80% el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años). PDSP- D5 META 11. A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%. PDSP-D5 | Tasa específica de fecundidad de mujeres adolescentes de 15 a 19 años. PDSP-D5 Porcentaje de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que usan métodos modernos de anticoncepción. PDSP - D5 Prevalencia de usos de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes. PDSP - D5 Proporción de mujeres adolescentes alguna vez embarazadas. PDSP- D5 | DTS, EPS, IPS |
| | Establecimiento de sistemas de detección de posibles vulneraciones dentro del sector salud, al derecho de libre ejercicio de la maternidad y la paternidad o de la conformación de tipos específicos de familias. | | | DTS, EPS, IPS |
| 2. Impulsar marcos normativos exigibles que aseguren el cumplimiento de estándares para la asesoría personalizada en procesos de promoción, prevención, atención y reparación, como requisito para la entrega de información educación y servicios relacionados con la regulación de la fecundidad y la disponibilidad de métodos efectivos, aceptables y asequibles; la oferta de tecnologías o tratamientos reproductivos; la oferta de insumos de protección contra las ITS y el VIH/Sida; incluyendo preservativos y elementos para la reducción del daño en Usuarios de Drogas Inyectables, tratamiento de la disfunción sexual, prácticas sexuales durante la gestación y otras temáticas, independientemente de las condiciones de la relación o de la vida en pareja en el marco de garantía de los derechos, la no discriminación, y el cumplimiento de la normatividad. | Desarrollo y aplicación de las normas que direccionan los estándares en la atención en materia de salud reproductiva en los temas y condiciones señaladas. | **META 20.** A 2021, mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos. PDSP - D5 | Porcentaje de transmisión materno-infantil de VIH en menores de 2 años. PDSP - D5 | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Evaluación a los resultados de aplicación de los estándares de cumplimiento y exigibilidad en cuanto a los contenidos relacionados con la salud reproductiva en los temas y condiciones referidas en el focus. | **META 21.** A 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por x 1.000 nacidos vivos. PDSP - D5 | Tasa de incidencia de Sífilis Congénita. PDSP - D5 | |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 3. Asegurar que los sistemas de atención a la salud sexual y la salud reproductiva, cumplan con los requisitos de calidad en la atención en salud definidos dentro del marco normativo vigente, los cuales incluyen seguridad del paciente, provisión de los recursos científicos disponibles, respeto y acatamiento por las opciones y decisiones y aseguramiento de ambientes protectores durante todo el lapso y manifestación en los eventos de paternidad y materna. | Fortalecimiento del uso de protocolos de atención en materia de salud sexual y salud reproductiva que tiene incluida la visión de calidad, como el modelo de seguridad clínica del paciente en la atención materna. | **META 8.** A 2021, la mortalidad materna evitable es inferior a 150 muertes anuales en el país. PDSP META 9. A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tienen 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales. PDSP- D5 META 10. A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional. PDSP- D5 | Razón de mortalidad Porcentaje de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales. PDSP- D5 . Porcentaje de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional. PDSP- D5 | DTS, EPS, IPS |
| | Revisión y actualización, según la medicina basada en la evidencia, de todos los protocolos relacionados con la atención a la salud sexual y la salud reproductiva, para garantizar la seguridad de los y las pacientes. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Aplicación de los modelos de atención basados en la evidencia, dirigidos a intervenciones en condiciones críticas de la salud sexual y la salud reproductiva, como los modelos de vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extremas, atención integral a las víctimas de la violencia sexual, provisión adecuada de anticoncepción de emergencia, entre otros actuales y futuros. | | | DTS, EPS, IPS |
| 4.Garantizar la atención de los procesos reproductivos, incluido el parto, por personal debidamente formado y graduado en los conocimientos y técnicas específicas disponibles desde la ciencia y la tecnología, para el acompañamiento y vigilancia del proceso, la detección temprana de signos de riesgo, daño y su rápida intervención, posibilitando la atención en espacios institucionales o alternativos debidamente dotados para responder a las contingencias posibles, facilitando la participación de la familia y la expresión afectiva de los roles de la paternidad y la maternidad desde el inicio. | Identificación de las necesidades, gustos y deseos frente a las opciones de atención en los procesos de la maternidad y la paternidad, para el diseño de nuevas ofertas de servicios como gestación planificada, trabajo de parto y parto acompañados, puerperio y adaptación del recién nacido supervisados por personal debidamente entrenado. | | | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Formación del personal asistencial, a todos los niveles, para la atención tradicional o alternativa y abordaje solidario de las familias en los procesos de la paternidad y maternidad | | | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Involucramiento de las comunidades para la construcción de ofertas de servicio en relación con la atención a la gestación, parto y puerperio, más cercanas a sus realidades y los contextos territoriales. Coexistencia de formas ancestrales y occidentales en la atención de estos eventos. | | | MSPS DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Utilización de la evidencia científica relacionada con las diferentes opciones y alternativas para la atención del parto, incluida la educación formal a parteras, en las Instituciones legalmente constituidas para el efecto, y los partos en casa para la adecuación de la norma de atención y superación de la exclusividad médica. | | | MSPS DTS, EPS, IPS Mecanismo Intersectorial |
| 5. Apoyar la garantía de los derechos de los usuarios en los procesos de adopción, custodia legal, tutela legal, paternidad, entre otros, mediante el establecimiento de servicios de salud con protocolos y normas estandarizadas, que cuenten con mecanismos de vigilancia, control y punición, en los casos en los cuales el sector salud coordina la realización de estas actividades. | Desarrollo de normas que reglamenten la participación del sector salud en los aspectos legales necesarios para el pleno disfrute de la vida reproductiva y conformación de la distintas formas de familias en la población colombiana. | **META 9.** A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de los "Primeros Mil días de vida", desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida. PDSP - D9 | Documento que contenga Marco estratégico y operativo de los "Primeros Mil días de vida" desde la gestación hasta cumplir los dos años de vida implementado en el territorio nacional. PDSP - D9 | MSPS DTS, EPS, IPS Mecanismo Intersectorial |
| | Formación de personal de salud para responder a las demandas de asesoría, asistencia psicológa y expedición de conceptos médicos en procesos de adopción, custodia legal, tutela legal, paternidad, entre otros, como facilitación a procesos de conformación de los diferentes tipos de familias. | | | MSPS DTS, EPS, IPS Mecanismo Intersectorial |
| | Aplicación, vigilancia y control de las normas definidas para el sector en relación con la sexualidad y la reproducción, como mecanismo de garantía de los derechos. | | | MSPS DTS, EPS, IPS Mecanismo Intersectorial |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| Línea Operativa del PDSP | Gestión de la salud pública a través de acciones en salud sexual y salud reproductiva. |
| Objetivo: | 8.2.3.1 Fortalecer los mecanismos y sistemas de respuesta para la atención de eventos adversos derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción y la reparación de los daños en los casos que los derechos relacionados fueran vulnerados, mediante la alineación de todas las Instituciones del Estado según sus competencias, para el restablecimiento o reivindicación de los derechos con atención en salud de calidad y con el trato digno, humano y solidario a las personas. |
| Meta: | A 2021, se habrán disminuido al 90% las barreras de acceso para la garantía de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población colombiana. |
| Indicador: | Porcentaje de demandas al sector elevadas en relación con barreras de acceso a servicios o atención en las dimensiones de la sexualidad y la reproducción. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Generar, mejorar y adoptar protocolos y estándares de prestación de servicios con calidad y la formación del talento humano para ofrecer trato digno, humanizado y solidario a la comunidad por parte de todos los agentes e instituciones del sector salud relacionado con la protección, garantía o restablecimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. | Construcción de guías y protocolos o actualización de las existentes para los eventos habituales o emergentes en relación con la vulneración a derechos sexuales y derechos reproductivos, entre los que se destacan casos de violencias de género, como las quemaduras por agentes químicos y de prevención de la violencia institucional, entre otros. | **META 10.** A 2015 se habrá implementado en todo el territorio nacional el marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas. PDSP - D9 META 16. En 2021 las acciones territoriales en salud para la primera infancia, infancia y adolescencia forman parte de la ruta integral de atenciones definida por el marco de política nacional. PDSP - D9 | Documento que contenga Marco estratégico y operativo de promoción de la salud materna, prevención, atención y vigilancia de las anomalías congénitas. PDSP - D9 Número de acciones territoriales en salud para la infancia y adolescencia integradas a la ruta de atención definida en el marco de la política nacional. PDSP - D9 | MSPS DTS, EPS, IPS |
| | Adecuación de los sistemas de organización y prestación de servicios de atención en salud a las necesidades y contextos, para la garantía de derechos sexuales y derechos reproductivos. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Entrenamiento y desarrollo de habilidades en el personal asistencial, para la aplicación integral de las normas, la atención de calidad, trato digno y solidario de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Aplicación de instrumentos estandarizados para la medición de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, en materia de sexualidad y reproducción, según las normas específicas de seguridad del paciente, así como herramientas de sanción en los casos que sean necesarios. | | | DTS, EPS, IPS |
| | Revisión y ajuste a los modelos y dinámicas de trabajo interinstitucional, relacionados con la atención sectorial e intersectorial, para la garantía a los derecho sexuales y los derechos reproductivos, según la normatividad vigente. | | | DTS, EPS, IPS Mecanismos Interinstitucional |
| | Diseño y aplicación de modelos de análisis de situación de salud, en relación con la sexualidad y la reproducción, para la toma de decisiones y la satisfacción de necesidades consideradas prioritarias. | | | DTS, EPS, IPS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 2. Implementar modelos para gestión de conocimiento que incluye el uso de los sistemas de información, la investigación, los diferentes tipos de evaluación, en especial la de impacto, análisis de situación y producción de conocimiento a partir de procesos sistemáticos de la acción participativa los cuales adecuadamente documentados, generan conocimiento y son reconocidos como procesos de investigación, acción participación, así como de inclusión de otras fuentes cualitativas sobre salud sexual y salud reproductiva, como sustento a la toma de decisiones y la gestión institucional y sectorial en orden a la garantía de derechos. | Impulso al uso y control a la adecuada aplicación de las nomenclaturas y clasificaciones internacionales estandarizadas y actualizadas en los RIPS, sobre los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción. | **META 2.** A 2021, Colombia dispone de información y evidencia sobre desigualdades sociales y económicas e inequidades en salud, por departamentos, necesaria para orientar políticas e intervenciones en los territorios y grupos vulnerables. PDSP - D10 | Número de Informes/ reportes generados desde los Observatorios del Min salud disponibles para guiar políticas e intervenciones. PDSP - D10 | DTS, EPS, IPS |
| | Diseño y aplicación de procedimientos estandarizados para el seguimiento, estudio y análisis a los eventos individuales relacionados con la sexualidad y la reproducción, como base para la identificación e inicio de la atención a cuadros clínicos, eventos críticos o emergente, la transformación y organización de los servicios. | **META 7.** A 2021 Colombia consolida y desarrolla el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en todo el territorio nacional, y lo integra a los sistemas de vigilancia y control sanitario, e inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en coordinación con las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud EPS o las que hagan sus veces, Prestadores de Servicios de Salud, organismos de control e institutos adscritos. PDSP - D10 | Porcentaje de aseguradoras con planes de mejoramiento de cobertura implementados en áreas rurales y dispersas. PDSP - D10 | MSPS DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Análisis regular y sistemático de la información recolectada en el sector sobre sexualidad y reproducción, los cuales deben ser compartidos con los niveles de gobernabilidad y de asignación de recursos y con la comunidad y las estructuras de control social. | **META 21.** En el 2016 el 100% de los actores del sector salud implementan estrategias de seguimiento a los resultados en salud, de las niñas, los niños y las y los adolescentes. PDSP - D9 META 3. A 2021, Colombia consolidará el sistema de información integrado y los observatorios de salud pública, utilizado como la fuente única de información en salud por las Entidades Territoriales, las aseguradoras o quien haga sus veces, los prestadores de servicios de salud, y los organismos de control, y como fuente principal para los investigadores y la academia. PDSP - D10 | Porcentaje de actores del sector salud que implementan estrategias se seguimiento a los resultados en salud de la infancia y la adolescencia. PDSP D9 Porcentaje de consultas realizadas a la Bodega de Datos del SISPRO. PDSP - D10 | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Difusión y publicación de los análisis y resultados de informes e investigaciones sobre salud sexual y salud reproductiva que sean la base a los procesos de rendición de cuentas, así como consignación en el repositorio construido para el efecto. | | | MSPS DTS, EPS, IPS Comunidad |
| 3. Diseñar sistemas de restitución, compensación y rehabilitación, en casos de eventos adversos a la salud sexual y la salud reproductiva que tengan relación con la prestación de los servicios de salud. | Establecimiento de protocolos que orienten sobre la aplicación de los mecanismos para la restitución, compensación y rehabilitación en los casos que los procesos de atención a hechos críticos en sexualidad y reproducción conlleven a intervenciones que impactan negativamente la vida sexual y la reproductiva como la histerectomía de emergencia, adquisición transfusional de VIH, terminación inducida de la gestación, entre muchos otros. | **META 4.** A 2021, Colombia ha implementado el sistema de garantía de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos. PDSP - D10 | Sistema de garantía de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos implementado. PDSP - D10 | DTS, EPS, IPS |
| | Fortalecimiento de los Comités Institucionales de Ética Médica para la realización de análisis, autorización, concepto y defensa, en casos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva. | | | DTS, EPS, IPS |
| 4. Desarrollar estrategias de articulación y complementación de los servicios de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en la atención individuales y los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), lo cual permitirá un uso más racional y eficiente de los recursos del SGSSS y facilitará el logro del impacto social de las acciones. | Diseño y aplicación de estándares de atención que permitan la simultaneidad en el abordaje de eventos y replicabilidad de acciones tradicionalmente reconocidas como individuales a grupos y comunidades, como lo son las asesorías grupales para prueba voluntaria de VIH, anticoncepción y vacunación contra VPH, entre otras. | **META 5.** A 2021, Colombia basa su modelo de atención en salud en la Estrategia de Atención Primaria en Salud. PDSP - D10 | Porcentaje de departamentos con acciones enmarcadas en la Estrategia de Atención Primaria en Salud adelantada. PDSP - D10 | DTS, EPS, IPS |
| | Desarrollo de mecanismos de registro de las actividades individuales en sexualidad y reproducción, aplicadas a colectivos y de mecanismos de vigilancia y control de la calidad y suficiencia. | | | DTS, EPS, IPS |

## Ministerio de Salud y Protección Social
## Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

# Plan Operativo

| | |
|---|---|
| **Línea Operativa del PDSP** | Gestión de la salud pública a través de acciones en salud sexual y salud reproductiva. |
| **Objetivo:** | 8.2.3.2 Estimular la participación activa de las personas en los espacios públicos donde se tratan asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción; sin limitación derivada de juicios valorativos sobre el sexo, el género y el ejercicio de la sexualidad, mediante la movilización de expresiones y contenidos afirmativos de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. |
| **Meta:** | A 2021, se habrá incrementado en 80% los niveles de participación social en la construcción de iniciativas territoriales con el sector salud para la promocion y garantia de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. |
| **Indicador:** | Proporción de planes territoriales de salud que se apoyan en procesos de participación social para la definición de acciones en materia de salud sexual y salud reproductiva. |

| Foco Institucional / Acciones | Actividad según estrategia | Metas o indicadores del PDSP relacionados | | Responsable |
|---|---|---|---|---|
| | | Meta | Indicador | |
| 1. Promover en asocio con otros sectores, la participación en condición de igualdad de oportunidades, para todas las personas, grupos, organizaciones y redes y en especial para las poblaciones adolescentes y jóvenes, en los procesos sociales, relacionados con el disfrute de los derechos y el mantenimiento de la salud sexual y la salud reproductiva. | Promoción y fortalecimiento de conformación de organizaciones y redes en igualdad de oportunidades para los diversos grupos, orientados al mantenimiento y disfrute de la salud sexual y la salud reproductiva. | **META 8.** En 2021, Colombia consolida la participación social en salud a través de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los Determinantes Sociales de la Salud PDSP - D9 META 13. A 2021, por lo menos el 80% de los planes territoriales anuales en salud, habrán tenido participación activa de niñas, niños y adolescentes en su diseño, implementación, monitoreo y evaluación. PDSP - D9 | Número de redes de organizaciones sociales que influyen de manera positiva en las políticas públicas orientadas a intervenir los Determinantes Sociales de la Salud PDSP - D9 Porcentaje de planes territoriales anuales de salud que cuentan con la participación activa de niños, niñas y adolescentes en su implementación, monitoreo y evaluación. PDSP - D9 | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Fortalecimiento de las organizaciones de adolescentes y jóvenes, mujeres, hombres para facilitar el desarrollo de sus iniciativas en la gestión de derechos sexuales y derechos reproductivos y el logro de oportunidades de desarrollo humano | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| 2. Cimentar la participación libre y activa de la comunidad en la construcción de las acciones relacionadas con aspectos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la vivencia plena de la sexualidad y la reproducción, para asegurar la implementación de esta y otras políticas afines a los derechos sexuales y los derechos reproductivos. | Promoción y fortalecimiento de todas las formas de organización social orientadas al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, asi como de las actividades que con proyección comunitaria ellas desarrollen. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Desarrollo de mecanismos para posibilitar que las distintas organizaciones sociales desde su diversidad participen en los procesos de implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de los contenidos sobre derechos sexuales y derechos reproductivos propuestos en esta Política. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| 3. Establecer instrumentos para monitorear el cumplimiento de las propuestas y recomendaciones al sector salud, provenientes de los mecanismos de participación social que estén relacionados con el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, con énfasis en la toma de decisiones para la atención integral y la reivindicación de los mismos. | Aplicación de los mecanismos de seguimiento, para la identificación del nivel de avance y los ajustes necesarios a los procesos de implementación y resultados de la Política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos con el apoyo y participación de la comunidad. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Utilización de los informes de seguimiento en salud sexual y salud reproductiva como insumo para el diseño de planes de desarrollo, con la participación social. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |
| | Inclusión en los procesos de rendición de cuentas del sector, los avances en la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos alcanzados por el sector salud, así como las barreras y retos. | | | DTS, EPS, IPS Comunidad |

# Referencias bibliográficas:

# Referencias bibliográficas


Allan, L. (2006). *"Consideraciones en torno al enfoque, los conceptos y los términos que rigen con referencia a la reducción del riesgo y la atención de desastres en los países Andinos miembros del CAPRADE".* Predecan POA aprobado en Mérida, Venezuela, 20 de Julio. Consulta en Internet www.comunidadandina.org mayo 2014.

Aprofe-Ecuador, Aplafa-Panamá, Plafam – Venezuela. "Salud sexual y reproductiva para adolescentes. Convenio Sur – Sur. Profamilia Colombia 2001.

Baquero, Torres, M. I. (2009). El enfoque diferencial en discapacidad: un imperativo ético en la revisión del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C. Bogotá.

Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. 1978. Asamblea General de las Naciones Unidas.

Cook, R. y Dikens, B. (2003) "Salud reproductiva y derechos humanos: Integración de la medicina, la ética y el derecho"

Cook, R. y Cusack, S. (1997) Estereotipos de género. Profamilia Bogotá.

Daza, S. y Quinche,R. (2011). *Finalidad de los principios y valores constitucionales en contexto del Estado Social de Derecho en Colombia*. Universidad Libre.

Defensoría del Pueblo, PROFANILIA, OIM. (2007). *Módulo de la A a la Z en derechos sexuales y reproductivos.*

Echeverry, G. (1991). *Contra viento y marea-25 años de la Planificación en Colombia*. Bogotá: Profamilia. Escuela Andaluza de Salud Pública. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación de la Salud. Consejería de Salud. Serie monográfica EASP No. 48 2010 P.26.Granada, España.

Facundo, A. y Brigeiro, M (2014). *Sexualidad, Ciencia y Profesión en Colombia*. Obtenido de Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos y la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. Disponible en línea en: http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Sexualidad_ciencia_profesion_Colombia.pdf

Flórez, C. y Soto, V. (2008). *El Estado de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión Global*. Banco Interamericano de Desarrollo.

García, C. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación de la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

González, A. (2004). Aproximación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres desplazadas en Colombia. Profamilia Colombia.

Gudynas, E. (2012). Buen vivir: germen de nuevas alternativas de desarrollo. Developement et civilisations. Revisado el 2 de julio de 2014 desde internet: http://www.lebret-irfed.org/spip.php?article822#ar.

IPPF, (2008). *Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar)* Londres. Página web www.ippf.org.

Marina, J. (2013). *El rompecabezas de la sexualidad, Anagrama*. Barcelona. P. 9.

Miller, A. (2010). Tomado de *"Sexualidad y Derechos Humanos"* Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos ICHRP.P.2 , Ginebra.

Ministerio de Salud y Protección Social (MPS) y UNFPA. (2010). *La violencia estructural en el sistema de salud colombiano como problema ético: Bases de un programa de investigación en "Violencia, Bioética y Salud Pública*. Bogotá D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021*. La salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional. Bogotá D.C. Noviembre.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021*. La salud en Colombia la construyes tú. Imprenta Nacional. Bogotá D.C. Noviembre.

Ministerio de Salud y Protección Social (MPS) y UNFPA. (2010). *Marco ético de los Derechos humanos sexuales y reproductivos en el contexto nacional e internacional*. Bogotá D.C.

ONU Mujeres. (2010). *Estudio sobre tolerancia social e institucional a la violencia basada en género en Colombia*. Bogotá D.C.

Organización Mundial de la Salud (2009). Subsanar las desigualdades en una generación. Ediciones Journal S.A, pp. 1, 22. Revisado el 10 de octubre de 2013 desde internet: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es

Osorio, E. (2014). *La Gestión de la Salud Pública*. Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo. El Cairo 1994 Capítulo VII, párrafo 7.2

Plata, M. y Calderón, M. (2003). El protocolo facultativo de la convención de la mujer. Profamilia Colombia.

Plataforma para la Acción, Párrafo 96, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing (China), septiembre 1995, Gabinete de Relaciones Internacionales del Instituto de la Mujer, 1996

Profamilia, (2013). *Serie de Estudios a Profundidad ENDS 1990/2010, "Descenso de la fecundidad, bono demográfico y crecimiento económico en Colombia 1990 – 2010"* Martínez, Ciro. Pág. 7. Bogotá, Colombia.

Profamilia (2007). Módulo de la A a la Z en Derechos Sexuales y Reproductivos. Para población en situación de desplazamiento con énfasis en violencia intrafamiliar y violencia sexual.

Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo. El Cairo 1994 Capítulo VII, párrafo 7.2

Rubin, G. (1989). *Reflexionando sobre el sexo: Notas para una teoría radical de la sexualidad.* Biblioteca virtual de Ciencias Sociales

Sánchez, F. y León N. (2006). *"Territorio y salud: una mirada para Bogotá".* En: Región, Espacio y Territorio. Comp. Luis Carlos Jiménez Reyes. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ingeniería. Departamento de Geografía. Disponible en internet en: http://www.lebret-irfed.org/spip.php?article822#ar (Consulta web realizada el 2 de julio de 2014).

# Definiciones

**Bienestar humano:** está entendido, no como la posesión de bienes o el nivel de ingreso, sino en un sentido mucho más amplio de "satisfacción de vida" (Veenhoven, 2000). Ésta concepción está asociada a un buen estado de SSR, lo que implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, pero al mismo tiempo involucra la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Estos últimos basados en el por consenso internacional en la CIPD de El Cairo 1994 en el párrafo 7.3. (Flórez y Soto, 2008).

**Calidad de vida:** es definida como la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. Es en este sentido, que la operacionalización del concepto Calidad de Vida ha llevado a tal formulación y construcción de instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas, desde una mirada general. Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, ha motivado la creación de instrumentos específicos relacionados a cada enfermedad y su impacto particular sobre la vida de las persona (OMS).

**Derechos sexuales:** incluyen el derecho de mujeres y hombres a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente sin verse sometidos a coerción, discriminación, o violencia. Supone unas relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres, que garanticen el pleno respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias de su comportamiento sexual (Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing, 1995).

**Derechos reproductivos:** son el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

**Desarrollo sostenible:** hace referencia a la satisfacción de las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades. El desarrollo sostenible ha emergido como el principio rector para el desarrollo mundial a largo plazo, y trata de lograr, de manera equilibrada, el desarrollo económico, el desarrollo social y la protección del medio ambiente (Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, 1978).

**Género:** El género es la construcción social que existe sobre los cuerpos o el conjunto de reglas y convenciones establecidas por la sociedad que definen las pautas de comportamiento a seguir por hombres y mujeres, de tal forma que usualmente las mujeres se identifican con el género femenino y los hombres con el género masculino. Sin embargo, la construcción del género es diversa y existen personas que transitan por diversas manifestaciones del género y que no necesariamente se corresponden con las características del sexo biológico. Hombres transgénero y mujeres transgénero tienen identidades masculinas o femeninas que no necesariamente se ajustan al sexo asignado biológicamente.

Este concepto se refiere a los estereotipos sociales y culturales que cada sociedad asigna al comportamiento, las características y valores que se atribuyen a los hombres y las mujeres, y que los símbolos, las leyes y regulaciones, las instituciones y la percepción reafirman. Detrás de esos estereotipos subyace la idea de que tales características son naturales o intrínsecas y, por ende, inalterables. Por el contrario, los estereotipos de género se construyen sobre la base de factores ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, económicos y culturales, que luego se traducen en desigualdades sociales, económicas y políticas, en las cuales las actividades de los hombres y los atributos relativos a su género se perciben necesariamente como superiores a los de las mujeres.

Es importante aclarar que la palabra género no significa en sí misma hombre o mujer. Para referirse a las características biológicas que los distinguen se utiliza la palabra 'sexo', que remite a las diferencias de los órganos sexuales y la anatomía. En cambio, el concepto de género se utiliza para comprender las relaciones sociales y personales entre hombres y mujeres y la forma en que se construyen los conceptos de feminidad y masculinidad. Muchas veces, los atributos asociados al género se justifican basándose en las diferencias sexuales o biológicas. (www.apcwomen.org/gemkit/esp/para_entender/analisis.htm)

**Orientación sexual:** La orientación sexual hace referencia a la atracción afectiva y erótica que experimentan las personas hacia otras personas. La persona homosexual dirige su atracción hacía personas del mismo sexo. En la persona heterosexual la atracción afectiva y erótica se presenta hacia personas del sexo contrario y en las personas bisexuales tal atracción y afecto puede darse indistintamente con personas tanto del mismo sexo como del sexo contrario.

**Salud Sexual:** se refiere al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales. Por esto, los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual. (Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing ,1995).

**Salud Reproductiva:** es definida como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994).

En la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe se aprobó el Consenso de Montevideo en agosto de 2013, en el cual se decidió adoptar medidas prioritarias para reforzar la implementación del Programa de Acción de El Cairo y su seguimiento. Entre ellas, en el acápite D de Acceso Universal a los Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva, se acordó: "Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva." (Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013. P. 14-15.)

**Sexo:** hace referencia a las características biológicas que componen los cuerpos de las personas, y que caracteriza a los hombres por poseer pene y testículos y a las mujer por su vagina y ovarios. También existe igualmente la categoría intersexual, anteriormente conocida como hermafroditismo. Las personas intersexuales tienen características biológicas de los dos sexos, que se manifiestan en el cuerpo en forma más o menos definida.

**Sexualidad:** es un concepto en evolución que comprende la actividad sexual, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Está constituida mediante la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos, entre otros (IPPF, 2008).

**Territorio:** comienza a ser un concepto fundamental para el análisis en disciplinas tales como medicina, salud pública y epidemiología. "El concepto de territorio, está íntima e inseparablemente ligado con el de espacio y por lo tanto la forma en que se comprenda el territorio está estrechamente relacionada con la forma como se conciba el espacio. Tradicionalmente, el espacio ha sido comprendido a partir de las formulaciones surgidas desde disciplinas como la física y la geometría, las cuales han sido trasladadas al conjunto de las demás disciplinas, por lo que se encuentra difundido y arraigado en casi todas las personas e instituciones, dentro de las cuales se incluye la salud pública. Dicha concepción considera que el espacio, junto con el tiempo, son elementos independientes y separables de la sociedad. Esto se demuestra en la afirmación obvia que cualquier evento sucede en un lugar y en un momento determinado, el cual es fácil y objetivamente localizable. El espacio se reduce así a una visión física como un espacio contenedor, que puede entenderse como un escenario donde se desarrolla la sociedad" (Sánchez y León, 2006: 204)

Esta visión, sin embargo cambia en los últimos veinte años del siglo XX, en los cuales hay un importante movimiento de las conceptualizaciones de la teoría social a escala mundial, en la cual el espacio desde una visión social se comienza asumir no como contenedor de objetos y sujetos, ni como una porción de superficie terrestre sino como un espacio social donde se producen relaciones sociales y las relaciones entre la sociedad y el espacio son un producto social históricamente constituido por la dinámica de los modos de producción.

Es así que el territorio es una construcción social. Decir que es una construcción social, y por construcción social no se hace referencia a una representación mental, puesto que el territorio es la materialización del proceso permanente de reproducción social. Dado que dicho proceso no se desarrolla aislado de las condiciones naturales, sino que éstas están permanentemente condicionando y permitiendo dicho proceso, se debe tener claridad que aunque el territorio no pueda ser reducido a las condiciones geo-ecológicas presentes (sean originarias o transformadas), no se podría hablar de territorio (ni de sociedad) sin tener en cuenta dichas condiciones (Moreira 1982, 41). "El territorio -entonces- es una expresión compleja que conjuga al medio y a los componentes y procesos que contiene: grupos sociales, relaciones, conflictos; es decir no se reduce a la complejidad de lo meramente físico -natural, no es la naturaleza ni la sociedad, ni su articulación; sino naturaleza, sociedad y articulaciones juntas, en una espacialidad o formación socio-espacial particular (Sánchez y León, 2006, p. 206).

# Acrónimos

| | |
|---|---|
| **ACEP** | Asociación Colombiana para el Estudio de la Población |
| **ACOFAEN** | Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería |
| **APS** | Atención Primaria en Salud |
| **ASCOFAME** | Asociación Colombiana de Facultades de Medicina |
| **AVSC** | Asociación Voluntaria para la Contracepción Quirúrgica |
| **CAPRADE** | Comité Andino para la Prevención y Atención de Desastres |
| **CIPD** | Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo |
| **CONPES** | Consejo Nacional de Política Económica y Social |
| **CRES** | Comisión de Regulación en Salud |
| **DANE** | Departamento Administrativo Nacional de Estadística |
| **DEP** | División de Estudios de Población |
| **DIU** | Dispositivo Intrauterino |
| **DSS** | Determinantes Sociales de la Salud |
| **DSS** | Derechos Salud Sexual |
| **ENDS** | Encuesta Nacional de Demografía y Salud |
| **IEC** | Información, Educación y Comunicación |
| **IPPF** | Federación Internacional de Planificación Familiar |
| **ITS** | Infecciones de Transmisión Sexual |
| **IVE** | Interrupción Voluntaria del Embarazo |
| **LGBTI** | Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales |
| **MSPS** | Ministerio de Salud y Protección Social |
| **OCDE** | Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos |
| **ODM** | Objetivo de Desarrollo del Milenio |
| **OEA** | Organización de Estados Americanos |
| **OIH** | Organización Internacional para las Migraciones |
| **OMS** | Organización Mundial de la Salud |
| **ONU** | Organización de las Naciones Unidas |
| **PASE** | Población, ambiente, social y económico |
| **PDSP** | Plan Decenal de Salud Pública |
| **PIC** | Plan de Intervenciones Colectivas |
| **PNSDSDR** | Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos |
| **PNSSR** | Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva |
| **POA** | Plan Operativo Anual |
| **POS** | Plan Obligatorio de Salud |
| **PREDECAN** | Prevención de Desastres en la Comunidad Andina |
| **PROFAMILIA** | Asociación Probienestar de la Familia Colombiana |
| **SGSSS** | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| **SISPRO** | Sistema Integral de Información de la Protección Social |
| **SIVIGILA** | Sistema de Vigilancia en Salud, |
| **SSR** | Salud Sexual y Reproductiva |
| **UNFPA** | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| **VIH** | Virus de Inmunodeficiencia Humana |

# ANEXOS

# ANEXOS

## Anexo No.
1 Diseño Metodológico para la Revisión y Valoración de la Política.

## Anexo No.
2 Resultados de la revisión para la actualización de la Política. Catorce Estudios de Caso.

## Anexo No.
3 Marco Jurídico y Normativo que sustenta la PNSDSDR.

## Anexo No. 4
Contexto Epidemiológico en SSR.

# Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos