

POLÍTICA PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y  
TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA ENDOMETRIOSIS  
2025- 2035

Documento técnico de política pública para el abordaje integral de la  
endometriosis en Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ  
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ  
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA  
Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA  
Secretario General

TATIANA LEMUS TELLEZ  
Directora de Promoción y Prevención (E)

YENNY PILAR TORRES CASTRO  
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

#### Equipo Técnico Líder

Ricardo Luque Núñez  
Pablo Andrés Rodríguez Camargo

#### Equipo Técnico

Ricardo Luque Núñez  
Pablo Andrés Rodríguez Camargo  
Liliana Oliveros León  
Diego Alejandro Quiroga Díaz  
Danilo de Jesús De Alba De Moya

#### Equipo Metodológico Líder

Sonia Milena Torres Rojas  
Eliana Esmeralda Zambrano Becerra  
Olga Luisa Corredor Nossa  
María Fernanda Penagos

#### Consultoras OPS

Jerutsa Catalina Orjuela Monsalve  
Lesly Valbuena Caicedo



## **LISTADO DE TABLAS Y FIGURAS**

Tabla 1. Antecedentes internacionales.

Tabla 2. Normatividad Nacional e Internacional.

Tabla 3. Ejes Estratégicos y Alcance.

Tabla 4. Procesos de Atención Integral

Figura 1. Ruta de atención para personas con endometriosis.

## Siglas y acrónimos

**ASRM:** *American Society for Reproductive Medicine*

**ACOG:** “*American College Obstetricians and Gynecologist*”, (Sociedad de Ginecólogos y Obstetras de EE.UU.)

**AINEs:** Antiinflamatorios no esteroideos.

**ACO:** Anticonceptivos Orales Combinados

**EVA:** Escala Visual Análoga (para estratificación del dolor de 0 a 10/10).

**FIV:** Fertilización In Vitro, -.

**ICSI:** Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides.

**IIU:** Inseminación intrauterina.

**TRHA:** Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

**HUA:** Hemorragia Uterina Anormal.

**DPC:** Dolor Pélvico Crónico.

**DIU LNG:** Dispositivo intrauterino de Levonorgestrel.

**EAPB:** Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud.

**ESHRE:** *European Society of Human Reproduction and Embryology*.

**GnRH:** Hormona liberadora de gonadotropina.

**RMN:** Resonancia Magnética Nuclear,

**GPC:** Guías de Práctica Clínica

**NICE:** “*National Institute of Clinical Excellence*”

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**RCOG:** “*Royal College Obstetricians and Gynecologist*”.,

**WES:** “*World Endometriosis Society*”.

## Tabla de contenido

1. MARCO REFERENCIAL .....	9
1.1 Antecedentes .....	9
1.2. Marco Normativo .....	11
1.3. Marco conceptual .....	13
1.3.2. La salud menstrual como asunto de salud pública .....	15
1.3.3 Dimensiones de causalidad estructural .....	16
1.4 Marco teórico.....	17
1.4.1. Gobernanza en salud pública y políticas intersectoriales.....	18
1.4.2. La salud menstrual como derecho: determinantes sociales y desigualdades estructurales ....	19
1.4.3. Justicia social y reparación histórica en el abordaje de la endometriosis .....	20
1.5. Principios.....	22
1.6 Enfoques orientadores de la política pública.....	23
1.7. Diseño Metodológico .....	24
2. ANÁLISIS SITUACIONAL .....	27
2.1 Análisis de situación en salud .....	27
2.2 Análisis estructural.....	30
3. FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA.....	35
3.1. Objetivo General .....	36
3.1.1. Objetivos Específicos.....	36
3.2 Ejes Estratégicos.....	36
4. RUTA DE ATENCIÓN PARA EL ABORDAJE DE LA ENDOMETRIOSIS .....	38
4.1 Servicios y tecnologías en el marco del Sistema General de seguridad Social en Salud de Colombia .....	43
4.2 Puerta de entrada al sistema financiada con recursos de la UPC.....	43
4.3 Acceso a servicios especializados de salud. ....	43
4.4 Clasificación diagnóstica de la endometriosis y patologías asociadas.....	44
4.5 Tecnologías en salud para la atención de la endometriosis y patologías asociadas .....	44
5. RECONOCIMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS COMO ENFERMEDAD CRÓNICA, PROGRESIVA Y DEBILITANTE. ....	45
6. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA.....	45
7. MECANISMO SEGUIMIENTO Y MONITOREO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENDOMETRIOSIS.....	50

8. MECANISMO DE EVALUACIÓN.....	51
---------------------------------	----

## Introducción

La política pública para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de la endometriosis tiene como finalidad contribuir al abordaje integral de la endometriosis y la garantía del derecho a la salud de las personas con capacidad de menstruar a partir, entre otras motivaciones, de lo dispuesto en la Ley 2338 de 2023 *"Por medio de la cual se establecen los lineamientos para la política pública en prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de la endometriosis, para la promoción y sensibilización ante la enfermedad y se dictan otras disposiciones."*, marco normativo que tiene por objeto establecer los principios, contenidos y disposiciones que deben estar previstas en la política pública en aras de asegurar la prevención, acceso completo a la detección, diagnóstico temprano, estudios de control, tratamiento y terapias necesarias para el abordaje integral de la endometriosis.

En ese sentido, a partir la expedición de la Ley 2338 de 2023, se fortalece un ejercicio progresivo por posicionar los derechos de las mujeres y en general de las personas con capacidad de menstruar en el ámbito nacional, visibilizando la necesidad de formular una política pública que sirva como guía y herramienta para la ejecución de acciones en procura de la garantía del derecho a la salud a partir de la implementación de una ruta de atención para el abordaje de la endometriosis, la determinación de los factores de riesgo y la creación de mecanismos de monitoreo y evaluación.

Lo anterior, sin perder de vista que la historia natural de la endometriosis sigue siendo desconocida, ya que no hay evidencia sólida respaldando una progresión ordenada de las lesiones y los sub fenotipos de estas pueden variar a lo largo de la vida. Además, la gravedad de los síntomas y las recurrencias no necesariamente guardan correlación con los estadios de la enfermedad, de allí la necesidad de disponer de protocolos específicos para el abordaje integral de la endometriosis con alcance a todos los niveles de atención de la salud, particularmente a la atención primaria y dirigidos a establecer criterios unificados que favorezcan la detección temprana, la atención oportuna e interdisciplinaria, la derivación, el seguimiento de la enfermedad y la sensibilización de la sociedad ante la misma.

La política, como instrumento, espera aunar esfuerzos al avance que ya viene realizando la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo que cada vez más reconoce con mayor claridad que existen diferencias sistemáticas en la salud de mujeres y hombres, desigualdades que no derivan exclusivamente de factores biológicos, sino que como es el caso de la endometriosis, están vinculadas a la posición desigual que ambos géneros ocupan en la sociedad. Esto, explica el contexto histórico de la endometriosis, en el cual pese a ser una enfermedad crónica e



incapacitante, ha sido desatendida muchas veces es desatendida por factores como la dificultad para establecer los síntomas patológicos a partir de la menstruación normal y el uso de técnicas de autocuidado; el estigma menstrual y normalización del dolor menstrual; las actitudes y falta de capacitación de los profesionales de la salud, derivaciones tardías a servicios especializados; y variabilidad en la presentación de los síntomas, con superposición con otras afecciones, generando un retraso diagnóstico de hasta 11 años (Davenport S, Smith D, Green DJ. 2023).

Abordar esta problemática entonces, requiere la adopción de un enfoque de género que reconozca las desigualdades estructurales y promueva intervenciones específicas para su corrección a partir de la sensibilización del personal médico, la mejora en la formación sobre salud menstrual y reproductiva y el acceso equitativo a diagnósticos tempranos y tratamientos adecuados y de esta forma contribuir al conocimiento de la endometriosis a partir de la evidencia científica disponible y el consenso de expertos para la ayuda en la toma de decisiones del personal salud sobre diferentes aspectos relacionados con la enfermedad.

Bajo esta perspectiva, esta política pública se presenta en ocho capítulos, inicia con un marco de referencia que incluye los antecedentes de la política, el marco normativo y el marco conceptual que define la endometriosis, desarrolla el concepto de salud menstrual como problema de salud pública y las dimensiones de la causalidad estructural del evento. El marco teórico recoge elementos clave como la gobernanza en salud pública y políticas intersectoriales, La salud menstrual como derecho analizando los determinantes sociales y desigualdades estructurales, así como la Justicia social y reparación histórica en el abordaje de la endometriosis.

Posteriormente, se definen los principios y los enfoques orientadores de la política y se describe el diseño metodológico con que se formula la misma. Todo lo anterior, como preámbulo a la identificación y definición del problema donde se establece una serie de causas de tipo sociocultural, de salud y de carácter institucional, para posteriormente pasar a realizar un análisis situación el que incluye aspectos epidemiológicos y estructurales que dan origen al problema. Una vez planteadas y comprendidas las dinámicas subyacentes que lo conforman, y que resultan de utilidad para explicar la importancia de la formulación de la política pública, se formulan los objetivos y ejes estratégicos para la operacionalización de la misma.

Continúa el documento con la ruta de atención para el abordaje de la endometriosis, que recoge aspectos fundamentales de atención en salud; se hace el reconocimiento de la endometriosis como enfermedad crónica progresiva y debilitante. Se cierra la política con la formulación de las orientaciones para la implementación de la misma, así como los mecanismos de seguimiento y evaluación.

## 1. MARCO REFERENCIAL

### 1.1 Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud, reconociendo la importancia de la endometriosis y su impacto en la salud sexual y reproductiva, así como en la calidad de vida y el bienestar general, promueve y apoya la adopción de políticas e intervenciones eficaces a nivel mundial, especialmente en países de ingresos bajos y medianos.

La sociedad civil organizada, incluyendo movimientos sociales, grupos de apoyo, asociaciones de pacientes, personal de salud y sociedades científicas, ha impulsado propuestas para legislar sobre el manejo de esta enfermedad que, de acuerdo con la OMS (2003), afecta aproximadamente a 190 millones de mujeres y niñas en edad reproductiva en todo el mundo, es decir, cerca del 10 % de este grupo poblacional.

En la siguiente tabla se describen los países que han logrado avances significativos, y han aprobado leyes para regular la atención integral de esta condición.

**Tabla 1.**  
*Antecedentes Internacionales*

PAÍS	INSTRUMENTO / FIGURA JURÍDICA	DESCRIPCIÓN
Australia	<i>National Action Plan For Endometriosis.</i> 2018	Basados en la concientización y educación, manejo y cuidado clínico e investigación de la endometriosis.
España	Guía de atención a las mujeres con endometriosis en el Sistema Nacional de Salud. 2013	Guía de atención basados en la mejor evidencia científica disponible para mejorar de la calidad y equidad en la atención de la endometriosis
Brasil	Ley 14.324/ 2022	Establece el 13 de marzo como el día Nacional de Lucha contra la Endometriosis. Propone acciones preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras y jurídicas relacionadas, para el diagnóstico temprano y tratamiento integral y oportuno.

Panamá	Ley 2013/2021	Promover la concientización, orientación diagnóstica, prevención de complicaciones y tratamiento de la endometriosis para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres que la padecen
Chile	Proyecto de Ley 369/2021: Ley de endometriosis.	Se encuentra en segundo trámite constitucional. Busca promover y garantizar la atención médica para niñas, jóvenes y mujeres que presenten la enfermedad, asegurando diagnóstico temprano y cuidados para la salud mental y física.
Perú	Ley 31868/2023	Promover el acceso al diagnóstico y tratamiento temprano de la endometriosis, con el fin de mejorar la salud, mitigar los efectos del dolor, contribuir con la salud emocional, psicológica y familiar y atenuar su impacto en la vida laboral y productiva.
Uruguay	Proyecto de Ley 1207/2024	Aprobado por el Senado, pendiente su aprobación por la cámara baja. Busca incluir en el Plan Integral de Atención en Salud prestaciones que aseguren un diagnóstico y posterior tratamiento de la enfermedad.
Argentina	Proyecto de Ley 1268/2024	Busca garantizar el derecho de la salud y el acceso a la atención integral y de calidad a personas que padecen endometriosis.

Fuente: Elaboración propia

En Colombia, existen iniciativas previas y marcos normativos que sirven de referencia para la formulación de la Política pública para la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de la endometriosis, entre otras:

- La Ley 1953 de 2019 *“Por medio de la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la política pública de prevención de la infertilidad y su tratamiento dentro de los parámetros de salud reproductiva.”*
- La Ley 2338 de 2023 de endometriosis *“por medio de la cual se establecen los lineamientos para la política pública en prevención, diagnóstico temprano y tratamiento integral de la endometriosis, para la promoción y sensibilización ante la enfermedad y se dictan otras disposiciones”*

- Resolución 1235 de 2024 “por la cual se reglamenta el artículo 4 de la Ley 2261 de 2022” Adopta las orientaciones técnicas para suministrar productos para la promoción de la salud y el cuidado menstrual de mujeres y personas menstruantes privadas de la libertad.
- En 2023 el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó, la estrategia intersectorial para la promoción de la salud y cuidado menstrual, que busca impactar de manera positiva en el derecho fundamental a la salud que puede verse vulnerado, producto del estigma, la discriminación y la falta de información que conduce a que las personas con endometriosis no soliciten, o se les niegue, atención y tratamiento adecuados.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que en Colombia existen avances en la normatividad y en los lineamientos de salud sexual y reproductiva que pueden ser aprovechados para la implementación de la política de endometriosis, facilitando su integración en el sistema de salud existente y optimizando el uso de recursos.

## 1.2. Marco Normativo

La Política Pública de endometriosis tiene su sustento normativo en tratados, convenciones, políticas y leyes de índole Nacional e Internacional, que se formulan para dar visibilidad y reconocimiento a los derechos de las mujeres en relación con Igualdad y Equidad de género, Derecho a la salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos como lo describe a continuación:

**Tabla 2.**

*Normatividad Nacional e Internacional*

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1976	Obliga a los Estados a garantizar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención a enfermedades específicas que afectan de manera desproporcionada a mujeres, incluyendo patologías ginecológicas.
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW (por su sigla en inglés). 1979	Compromiso de los estados a respetar, proteger, promover y garantizar los derechos de la mujer
Constitución Política de Colombia 1991	Referente de políticas públicas. Título II capítulo 2: Derechos sociales, económicos y culturales: Salud

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer 1994	Reconoce que factores como las condiciones de salud agravan las formas de violencia o discriminación estructural contra las mujeres
Declaración y Plataforma de Acción de Beijing 1995	Fortalecer el empoderamiento de las mujeres: Servicios de atención en salud de calidad, programas de prevención e investigación.
Decreto 2698 de 2010	Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
Ley 1438 de 2011	Reforma al SGSSS. Estrategia de atención primaria en salud. Principios de igualdad, equidad, enfoque diferencial.
Ley 1751 de 2015	Ley estatutaria de Salud. Establece la salud como un derecho fundamental.
Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014 - 2021	Salud integral, salud sexual y reproductiva de las personas como medio para el bienestar físico, mental y social con enfoque de género.
CONPES 4080 de 2022 Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres en Colombia	Condiciones para avanzar hacia la equidad de género y la garantía de los derechos de las mujeres
Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031	Garantiza el disfrute de la vida sana en las diferentes etapas
Sentencia T 448 de noviembre de 2023	la endometriosis puede limitar significativamente la capacidad laboral.
Estrategia intersectorial para la promoción de la salud y el cuidado menstrual 2023	Impactar positivamente el derecho a la salud de las personas menstruantes y abordar los trastornos relacionados con esta.

Fuente: Elaboración propia

Es importante resaltar, que, esta política está alineada con los Objetivos de Desarrollo sostenible ODS 2030 principalmente en el ODS 3, "Salud y Bienestar", que busca "garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades". Dentro de este objetivo, la Meta 3.7 busca "garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias

y los programas nacionales". El acceso al diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de la endometriosis, como enfermedad crónica no transmisible que afecta la salud sexual y reproductiva, se alinea directamente con esta meta global del ODS 3.

### 1.3. Marco conceptual

#### 1.3.1 Endometriosis

Es una enfermedad inflamatoria crónica recurrente y progresiva caracterizada por la proliferación de tejido similar al endometrio que crece por fuera del útero y es dependiente de estrógenos, por lo que es común en personas en edad reproductiva y rara vez se presenta en la menopausia (Crump, 2024) (Becker, 2022). La etiología aún no es clara, pero factores genéticos, hormonales e inmunológicos tienen un rol importante. Es una condición común pero poco reconocida con amplio rango de síntomas cíclicos que tiene relación con la menstruación, entre los que se encuentran: dolor pélvico, dismenorrea, infertilidad, dispareunia, disuria, disquécia, fatiga y un impacto psicológico resultante de un diagnóstico tardío en quienes la padecen (Abrao 2007). La Asociación Americana de Medicina Reproductiva (rASRM) clasifica la endometriosis en: estadio I (mínima), II (leve), III (moderada) y IV (severa), pero la severidad de dolor y la infertilidad no están correlacionadas con estos estadios. (Lee, 2021)

El abordaje inicial para la endometriosis consiste en un tratamiento empírico basado en el diagnóstico clínico. Las imágenes especializadas, como la ecografía de mapeo de endometriosis, permiten realizar un diagnóstico preciso; sin embargo, en algunos casos, la confirmación solo se logra mediante cirugía.

La terapia hormonal continua y prolongada se considera la primera línea de tratamiento. La intervención quirúrgica se reserva para casos refractarios, situaciones severas o aquellos que afectan la fertilidad, y actúa como un complemento a las terapias de reproducción asistida. Tras la cirugía, se recomienda mantener el tratamiento médico de supresión hasta alcanzar la menopausia, acompañado de manejo multidisciplinario.

Por otra parte, la endometriosis se ha clasificado en tres subtipos: endometriosis superficial (ES), Endometriosis Ovárica (EO), y Endometriosis profunda (EP).

- **Endometriosis Superficial:** Es la presencia de implantes endometriales ectópicos ubicados en la superficie del peritoneo.
- **Endometriosis Ovárica:** son estructuras quísticas en los ovarios de contenido hemático espeso de color semejante al chocolate, están presentes en el 17 al

44% de las pacientes con endometriosis y se consideran un marcador fuerte de endometriosis profunda coexistente.

- **Endometriosis profunda:** se define como tejido semejante al endometrio de la cavidad abdominal, que se extiende sobre o bajo la superficie peritoneal, generalmente de naturaleza nodular, con capacidad para invadir estructuras adyacentes (como intestino delgado, colon, apéndice, uréteres, nervios pélvicos, vejiga, vagina, ligamentos uterinos, músculos del piso pélvico y tabique recto vaginal), asociadas con presencia de fibrosis, adherencias y alteración de la anatomía normal. Asimismo, otra definición se refiere que la endometriosis profunda abarca lesiones endometriósicas que penetran los tejidos a una profundidad superior a los 5 mm.

Así mismo, la endometriosis puede ser:

- **Endometriosis incapacitante:** Endometriosis crónica que puede comprometer significativamente las relaciones sociales, la sexualidad y la salud mental. Puede ser de carácter temporal o permanente dependiendo del control de la enfermedad. (André dos Santos Melo, 2021)
- **Endometriosis controlada:** El control con tratamiento médico o quirúrgico. brinda a las mujeres y personas con capacidad de menstruar su derecho al más alto nivel de salud sexual y reproductiva, calidad de vida y bienestar general. (OMS, 2023)
- **Endometriosis no controlada:** El dolor de la endometriosis a menudo continúa incluso después del tratamiento y afecta la calidad de vida, lo que incluye afectar la identidad, la vida social y familiar, la calidad de vida sexual, la capacidad laboral, la salud mental y causar discapacidad. (André dos Santos Melo, 2021)

Adicionalmente, los siguientes son síntomas relacionados con la endometriosis:

- **Dolor pélvico crónico:** Los síntomas de dolor percibidos como originados en los órganos/estructuras pélvicas suelen durar más de 6 meses. A menudo, están asociados con consecuencias cognitivas, conductuales, sexuales y emocionales negativas, así como con síntomas sugestivos de disfunción en el tracto urinario inferior, sexual, intestinal, del suelo pélvico, miofascial o ginecológico. (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020)
- **Dismenorrea:** dolor pélvico durante la menstruación, incluso el dolor puede aparecer unos días antes o después de la misma.
- **Dispareunia:** dolor pélvico/genital que aparece durante o después de tener relaciones sexuales.
- **Disquecia:** Dolor pélvico que se presenta con las deposiciones especialmente en el periodo menstrual, acompañado o no de diarrea o estreñimiento.

- **Disuria:** Dolor pélvico o molestia que se presenta con eliminación urinaria.
- **Rectorragia o hematuria catamenial:** sangre en heces o en orina en el momento del periodo menstrual.

### Factores de riesgo para desarrollar endometriosis

- Historia familiar en 1er grado.
- Menarca temprana (antes de los 11 años)
- Ciclos mensuales cortos (menos de 27 días)
- Períodos menstruales abundantes que duran más de 7 días
- Nuliparidad
- Malformaciones mullerianas

#### 1.3.2. La salud menstrual como asunto de salud pública

La salud menstrual constituye un componente esencial del derecho a la salud, especialmente cuando se observa desde un enfoque de salud pública. Esta perspectiva reconoce que las condiciones relacionadas con la menstruación —como la endometriosis y sus patologías asociadas— no solo impactan el bienestar físico, sino también la salud mental, social y reproductiva de mujeres y personas con capacidad de menstruar.

Desde la salud pública, la menstruación se comprende como una experiencia corporal y social, no como un fenómeno exclusivamente biológico. Esta experiencia está atravesada por relaciones de poder, desigualdades de género, normas culturales estigmatizantes y omisiones institucionales. En este sentido, este documento utiliza la expresión “funciones corporales feminizadas” para referirse a procesos fisiológicos como la menstruación, el dolor pélvico crónico o las condiciones ginecológicas que han sido históricamente asociadas al género femenino en contextos biomédicos y socioculturales. El término busca evidenciar cómo estos procesos han sido culturalmente feminizados y, en consecuencia, invisibilizados, estigmatizados o desatendidos por los sistemas de salud.

La endometriosis es una patología que afecta a mujeres, incluyendo niñas y adolescentes y a personas como hombres transgénero, transmasculinidades, personas no binarias o personas intersexuales sin excluir otras identidades de género con las cuales la persona se auto reconoce

Por otra parte, reconocer la salud menstrual como un asunto de interés público implica:

- Superar el enfoque limitado al manejo higiénico y la entrega de productos para el cuidado menstrual.



- Promover el acceso efectivo al diagnóstico y tratamiento de enfermedades menstruales.
- Fortalecer la formación del personal de salud desde una perspectiva de derechos y de género.
- Impulsar acciones pedagógicas, culturales y comunitarias que transformen los estigmas y tabúes e imaginarios en torno a la menstruación.

Considerar la endometriosis como un asunto de salud pública permite garantizar una respuesta integral, interseccional e intersectorial, alineada con los principios constitucionales de igualdad, progresividad y dignidad.

Finalmente, este marco conceptual también constituye la base para la definición de metas e indicadores de seguimiento, alineados con los sistemas de información del sector salud y con enfoque diferencial y territorial. Asimismo, orientará la formulación de los ejes estratégicos, líneas de acción, metas e instrumentos de evaluación de esta política, garantizando la coherencia entre el diagnóstico, los objetivos y los resultados esperados.

### 1.3.3 Dimensiones de causalidad estructural

La endometriosis configura una condición clínica cuya principal expresión es el dolor menstrual invalidante, el impacto en la fertilidad, el sufrimiento psicosocial y las dificultades para acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se considera que la endometriosis está relacionada con tres dimensiones de causalidad estructural así:

- **Dimensión social y cultural:** el silenciamiento del dolor menstrual, la escasa educación menstrual basada en derechos y el estigma de género que lleva a deslegitimar el sufrimiento de mujeres y personas con capacidad de menstruar.
- **Dimensión clínica:** la insuficiente formación del talento humano en salud, la atención centrada en síntomas aislados y no en la historia clínica completa, el sobrediagnóstico psiquiátrico en mujeres y personas con capacidad de menstruar con dolor crónico y la persistencia de modelos biomédicos centrados en la reproducción.
- **Dimensión institucional:** la ausencia de protocolos diferenciados, la falta de estadísticas desagregadas por patología, la escasa articulación entre sectores y la débil participación de organizaciones de pacientes y comunidades en la construcción de políticas.

Estas dimensiones interactúan entre sí y generan efectos acumulativos que perpetúan una experiencia de exclusión sanitaria, económica, educativa y emocional

para quienes viven con estas enfermedades. Se trata de un problema de salud pública que requiere un abordaje integral, intersectorial y basado en evidencia, no solo por su alta prevalencia, sino por el nivel de afectación que produce en el curso de vida de millones de mujeres y personas con capacidad de menstruar en Colombia.

Además, este marco conceptual refuerza los principios de integralidad, progresividad y participación, que deben guiar toda política pública orientada a la justicia social y sanitaria. Esta política, por tanto, no solo busca responder a un problema clínico, sino que se constituye en un instrumento para transformar las condiciones estructurales que perpetúan la exclusión menstrual, en busca de que las mujeres y personas con capacidad de menstruar en Colombia vivan con dignidad, salud y reconocimiento. Lo anterior en concordancia con lo expresado por la Secretaría Distrital de Salud que manifestó en su momento, que la salud menstrual se encuentra, dentro del ámbito del bienestar físico, sexual, social y mental (Corte Constitucional. Sentencia T-398/19).

#### **1.4 Marco teórico**

Este marco teórico establece los fundamentos conceptuales y políticos que orientan la formulación de la Política Pública de Abordaje Integral de la Endometriosis en Colombia. Su objetivo es situar la enfermedad dentro de una perspectiva ampliada de salud pública, en la que confluyen principios de justicia social, derechos humanos, equidad de género, participación social y gobernanza intersectorial. Esta perspectiva reconoce que la endometriosis y otras enfermedades vinculadas al ciclo menstrual no son exclusivamente asuntos clínicos, sino condiciones atravesadas por determinantes sociales, desigualdades estructurales, estigmas culturales y prácticas institucionales excluyentes.

A partir de referentes conceptuales como las teorías de justicia de John Rawls, los enfoques de capacidades de Amartya Sen, las críticas al reconocimiento de Nancy Fraser y los marcos de gobernanza en salud pública de Jean-Pierre Hufty, se articula una comprensión multidimensional de la endometriosis como una condición médica, social, cultural y política. En este marco se reconoce también que muchas de estas afecciones han sido tradicionalmente desatendidas por su asociación con funciones corporales feminizadas, invisibilizadas en el diseño de políticas, investigación biomédica y atención sanitaria.

Este marco no solo justifica la necesidad de una política pública específica, sino que orienta su diseño, implementación, evaluación y sostenibilidad desde una lógica reparadora, transformadora y basada en derechos. En este sentido, se articula de manera directa con el mandato establecido por la Ley 2338 de 2023, que reconoce

que estas condiciones deben abordarse desde una perspectiva de salud pública, con la participación de diversos sectores del Estado, como educación, trabajo, protección social y ciencia, reflejando así su carácter intersectorial y no exclusivamente clínico. Esta base normativa refuerza el enfoque integral, interseccional y con perspectiva de derechos que este marco propone.

#### 1.4.1. Gobernanza en salud pública y políticas intersectoriales

La formulación e implementación de una política pública para el abordaje integral de la endometriosis requiere comprender la salud no solo como un campo técnico, sino como un terreno profundamente político, estructurado por relaciones de poder, conflictos de interés y desigualdades históricas. En este contexto, el concepto de gobernanza en salud pública es fundamental para analizar cómo se toman las decisiones, quiénes participan en ellas, y con qué reglas se definen los mecanismos de acción institucional.

La gobernanza, en palabras de Jean-Pierre Hufty, no debe entenderse únicamente como un instrumento normativo que define lo que “debe ser”, sino como un enfoque analítico que permite observar las dinámicas reales entre los actores involucrados, así como las normas —formales e informales— que configuran el funcionamiento de los sistemas de salud (48-49). Desde esta perspectiva, una política pública no es solo un documento técnico, sino el resultado de negociaciones sociales complejas que deben ser gestionadas con transparencia, articulación institucional y participación efectiva de los grupos de valor.

En el caso de la endometriosis, la gobernanza implica la coordinación activa de múltiples sectores y niveles del Estado: desde el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales, hasta las Entidades Promotoras de Salud (EPS), los prestadores de servicios, las entidades educativas y las agencias de protección social. Asimismo, deben participar actores de la sociedad civil como asociaciones de pacientes, organizaciones científicas, universidades, organizaciones de derechos sexuales y reproductivos, organizaciones de personas con discapacidad. Esta red debe reconocerse como corresponsable del proceso, mediante mecanismos institucionalizados de diálogo, concertación, control social y rendición de cuentas.

Como han señalado Rodríguez, Lamothe, Barten y Haggerty, 2010 una gobernanza democrática en salud debe fundarse en principios de equidad, participación, transparencia y coordinación multisectorial, especialmente en contextos latinoamericanos marcados por brechas estructurales y barreras de acceso a los servicios básicos. Desde esta perspectiva, la política pública de endometriosis debe contribuir no solo a distribuir recursos y servicios, sino también a fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias necesarias para transformar prácticas,

mejorar la calidad de atención y garantizar que la voz de las personas afectadas sea central en las decisiones.

Por otra parte, la articulación intersectorial es indispensable para enfrentar la naturaleza multidimensional de la endometriosis. Esta condición no es únicamente una enfermedad ginecológica; afecta la salud mental, el desempeño educativo, la estabilidad laboral, la autonomía económica y la vida social y familiar de quienes la padecen. Por tanto, su abordaje requiere una acción estatal coordinada entre los sectores de salud, educación, trabajo, igualdad de género, ciencia y tecnología, planeación, hacienda y protección social.

El establecimiento de una estructura de gobernanza sólida permitirá:

- Superar la fragmentación institucional que impide respuestas efectivas y coherentes.
- Desarrollar lineamientos técnicos integrales para la el diagnóstico y el tratamiento.
- Crear mecanismos estables de participación efectiva para las organizaciones de pacientes y otros actores sociales.
- Asegurar que la política pública tenga aplicabilidad real en los territorios, respetando la diversidad regional, cultural y étnica del país.

En suma, una política pública eficaz para el abordaje de la endometriosis requiere superar una lógica vertical, fragmentada y puramente biomédica, para avanzar hacia un modelo colaborativo, inclusivo y transformador. La gobernanza, entendida como proceso y no solo como diseño institucional, será clave para garantizar legitimidad social, sostenibilidad política y justicia y la equidad menstrual en los territorios.

#### **1.4.2. La salud menstrual como derecho: determinantes sociales y desigualdades estructurales**

La salud menstrual, entendida como el conjunto de condiciones que permiten a las mujeres y personas con capacidad de menstruar vivir sus ciclos de manera digna, segura y saludable, es un componente fundamental del derecho a la salud. Sin embargo, históricamente ha sido invisibilizada tanto en la política pública como en la práctica médica. Esta omisión no es neutral: reproduce desigualdades estructurales y perpetúa la negación de derechos básicos a mujeres y personas con capacidad de menstruar, especialmente en contextos de vulnerabilidad social.

Los determinantes sociales de la salud —como el nivel educativo, la situación económica, el acceso a servicios básicos, la pertenencia étnica o racial, la discapacidad, la ubicación geográfica y la identidad de género— condicionan profundamente la experiencia menstrual. La falta de educación menstrual basada en

derechos, la precariedad en el acceso a productos menstruales, el estigma social, la medicalización sin escucha, el subdiagnóstico de enfermedades asociadas al ciclo y la normalización del dolor son manifestaciones de una estructura social que marginaliza los procesos fisiológicos feminizados.

Como plantea la Organización Mundial de la Salud, el enfoque de determinantes sociales exige actuar más allá del sector salud, reconociendo que las condiciones de vida, los sistemas de protección social y las normas culturales son factores decisivos en la garantía del derecho a la salud (OMS, 2018). En el caso de la endometriosis y otras patologías menstruales, esta mirada permite explicar por qué algunas poblaciones acceden con más dificultad a un diagnóstico oportuno, tratamientos adecuados o acompañamiento psicosocial.

Además, estas desigualdades no se distribuyen de forma homogénea: afectan de manera desproporcionada a niñas y adolescentes en situación de pobreza, mujeres rurales, mujeres indígenas y afrodescendientes, hombres trans y personas no binarias asignadas con sexo femenino al nacer, y personas con discapacidad. Esto exige que la política pública incorpore un enfoque interseccional que reconozca y atienda la diversidad de experiencias menstruales, así como las múltiples opresiones que las atraviesan.

Finalmente, el reconocimiento de la salud menstrual como un derecho implica superar el enfoque centrado en la gestión para el acceso a los productos de higiene menstrual para avanzar hacia una política pública que garantice:

- Un entorno socio cultural adecuado para el cuidado menstrual; incluyendo el desafiar las normas sociales que incluyan a hombres y niños en la educación sobre el cuidado menstrual.
- El educar a las mujeres y hombres en torno al ciclo menstrual para eliminar los mitos y la renuencia a hablar de este proceso biológico y el efectivo acceso a condiciones dignas de salud.
- Reducir el estigma generado usualmente por normas patriarcales (Babbar, K., Martin, J., Ruiz, J., Parray, A. A., & Sommer, M. (2022).
- Educación menstrual basada en derechos humanos y campañas culturales que desestigmaticen la menstruación y promuevan la dignidad menstrual.
- Servicios de salud integrales, con enfoque de género, diferencial e interseccional.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades como la endometriosis.

#### **1.4.3. Justicia social y reparación histórica en el abordaje de la endometriosis**

La formulación de una política pública para la endometriosis no solo responde a una necesidad clínica o epidemiológica, sino a las condiciones de mayor vulnerabilidad de mujeres y personas con capacidad de menstruar. Durante décadas. Los cuerpos femeninos han sido invisibilizados o relegados en la investigación científica y enfrentan mayores dificultades de acceso a los servicios de salud.

Tal como se señaló anteriormente, desde la perspectiva de la teoría de la justicia de John Rawls, las políticas públicas deben estar diseñadas para corregir las desigualdades estructurales que afectan a los grupos históricamente menos favorecidos (Vidal Molina, 2009) (Osorio García, 2010) En este sentido, las personas que padecen endometriosis representan una población en situación de desventaja sistemática: experimentan dolor crónico, diagnósticos tardíos, tratamientos inaccesibles, discriminación laboral y escolar, y un deterioro profundo de su calidad de vida. No se trata solo de garantizar acceso, sino de reconstruir las condiciones de equidad.

Rawls propone que una sociedad justa se construye sobre el principio de “igualdad equitativa de oportunidades”, lo cual implica diseñar instituciones que eliminen las barreras que impiden a ciertos grupos ejercer sus derechos en condiciones de igualdad. En este marco, la política pública para la endometriosis debe promover la atención igualitaria a quienes históricamente han sido marginadas: mujeres pobres, mujeres racializadas, personas trans y no binarias, personas con discapacidad y habitantes de calle, entre otras.

Por otra parte, esta política reconoce la legitimidad de las voces de quienes han vivido con estas enfermedades, así como sus saberes y experiencias. Durante años, los síntomas han sido minimizados o interpretados con sesgos de género. Reconocer la validez de los saberes encarnados, la voz de las pacientes, los relatos de vida y los conocimientos comunitarios es parte de una reparación simbólica y estructural.

Finalmente, esta política no solo se orienta a corregir desigualdades actuales, sino a reconocer que la dignidad menstrual es un derecho humano y que garantizarlo requiere ajustes en los sistemas de salud, educación, trabajo y cultura. El principio de no regresividad obliga al Estado colombiano a consolidar estos avances como parte de su deber constitucional.

En conjunto, este marco teórico aporta las bases para una política pública transformadora, que no se limite a una respuesta clínica, sino que asuma el reto ético, político y estructural de garantizar la salud menstrual en Colombia. La endometriosis y otras patologías menstruales deben ser abordadas como expresiones de desigualdad histórica, y, por tanto, como oportunidades para reconfigurar los sistemas de salud desde la equidad, el reconocimiento y la participación.

## 1.5. Principios

La presente política se fundamenta en los siguientes principios para garantizar un abordaje integral de la endometriosis.

- **Centrado en la persona:** La persona con endometriosis será el centro de la atención, respetando su autonomía y promoviendo su empoderamiento en la toma de decisiones sobre su salud. Se priorizará un enfoque holístico que considere las dimensiones físicas, emocionales y sociales de la enfermedad.
- **Equidad:** Basado en el derecho a la salud, se garantizará el acceso equitativo y oportuno a servicios de salud de calidad para todas las personas con endometriosis, sin distinción de género, raza, etnia, orientación sexual, identidad de género, condición socioeconómica o geográfica. Se eliminarán barreras como la distancia geográfica, los costos, la discriminación y la falta de información. Además, se fortalecerá la colaboración con investigadores y organizaciones internacionales para compartir conocimientos y experiencias.
- **Justicia distributiva:** Este principio busca asegurar una asignación justa y equitativa de los recursos disponibles para la atención de la endometriosis. Se procurará distribuir los recursos de manera que se beneficien, en mayor medida, los grupos más vulnerables y marginados, incluyendo comunidades rurales, indígenas, afrodescendientes, personas trans, población víctimas del conflicto armado y la población carcelaria. Para lograrlo, se implementarán mecanismos de redistribución de servicios de salud, infraestructura y personal médico en las áreas con mayores necesidades.
- **Disponibilidad:** El Estado debe garantizar la existencia de servicios, tecnologías e instituciones de salud, así como personal médico competente para la atención integral de la endometriosis y condiciones derivadas.
- **Aceptabilidad:** Los servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y las diversas culturas, permitiendo la participación de las personas con endometriosis.
- **Accesibilidad:** Los servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, incluyendo accesibilidad física y asequibilidad económica a las mujeres y personas con capacidad de menstruar.
- **Calidad e Idoneidad Profesional:** La atención debe basarse en estándares científicos aceptados y contar con personal competente y en continua

formación en los aspectos relacionados con la atención integral de la endometriosis.

- **Universalidad:** Todas las personas con endometriosis residentes en Colombia deben gozar del derecho fundamental a la salud en todos los diferentes momentos del curso de la vida.

## 1.6 Enfoques orientadores de la política pública

Esta política pública se construye sobre una base conceptual y normativa amplia, que reconoce que la endometriosis y sus patologías relacionadas requieren una respuesta institucional transformadora. Por ello, se fundamenta en los siguientes enfoques:

- **Enfoque de derechos humanos:** parte del reconocimiento del derecho fundamental a la salud y la obligación del Estado de garantizar el acceso universal, integral y de calidad a servicios para mujeres y personas con capacidad de menstruar. Este enfoque se expresa a través de principios como la no discriminación, la autonomía, la dignidad, la igualdad y el reconocimiento de la diversidad territorial y cultural. Está respaldado por la Observación General N.º 22 del Comité DESC (2016).
- **Enfoque de género:** asume que las desigualdades en salud están profundamente ligadas a construcciones sociales de género. Busca eliminar las barreras que enfrentan las mujeres, hombres trans y personas no binarias con capacidad de menstruar, especialmente en el diagnóstico, la atención y el acceso a información oportuna y sin sesgos. Este enfoque está en línea con la CEDAW (1979) y la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2014).
- **Enfoque interseccional:** reconoce que las experiencias de salud están atravesadas simultáneamente por género, etnia, clase, edad, orientación sexual, discapacidad, ruralidad, entre otros. Por tanto, la política debe considerar las múltiples formas de exclusión que afectan a poblaciones diversas.
- **Enfoque de curso de vida:** identifica que las necesidades de salud menstrual varían según la etapa vital. La política responderá a las especificidades de la adolescencia, la adultez reproductiva y el periodo de perimenopausia y menopausia, garantizando continuidad y adecuación en la atención. Este enfoque se articula con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.



- **Enfoque biomédico:** reconoce la importancia de la medicina basada en evidencia para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, incluyendo la categorización de síntomas, uso de tecnologías clínicas, terapias hormonales y quirúrgicas cuando se requiera.
- **Enfoque biopsicosocial:** integra la dimensión física, emocional, mental y social del proceso de salud–enfermedad, reconociendo que el impacto de estas patologías no puede abordarse únicamente desde la biomedicina. Promueve el acompañamiento psicológico, la validación del dolor y la atención integral como parte de un modelo de salud centrado en la persona. Este enfoque es reforzado por organismos como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2021), que promueve la dignidad menstrual como condición para el bienestar y la equidad.

### 1.7. Diseño Metodológico

La formulación de esta política pública se basó en una metodología participativa, técnica y normativa, diseñada para garantizar la validez, pertinencia y legitimidad de los contenidos. La metodología adoptada combinó enfoques cualitativos, cuantitativos y experienciales, con los siguientes componentes principales:

- **Revisión normativa y programática**

Se llevó a cabo un análisis exhaustivo de los referentes normativos nacionales e internacionales relacionados con salud menstrual, derechos sexuales y reproductivos, y enfermedades crónicas no transmisibles.

- **Consulta intersectorial con entidades públicas**

Se recopiló información mediante comunicaciones oficiales con más de doce entidades del orden nacional, a través de una matriz de caracterización de acciones en curso, capacidades institucionales y propuestas para la implementación. Este ejercicio permitió identificar barreras, oportunidades y experiencias previas de articulación institucional. Se utilizó una matriz comparativa y fichas técnicas por entidad para facilitar la sistematización de la información.

- **Jornadas de apropiación social del conocimiento**

Se desarrollaron jornadas de apropiación social del conocimiento como espacios de participación deliberativa. Estos espacios permitieron recoger insumos clave para el diagnóstico, los ejes estratégicos y las acciones de política. Las mismas incluyeron a profesionales de la salud y personal médico con experiencia en atención ginecológica, dolor pélvico crónico y salud menstrual, organizaciones de pacientes y colectivos de derechos sexuales y reproductivos, incluyendo asociaciones de mujeres con

endometriosis, defensoras del derecho a la salud menstrual y organizaciones científicas y académicas, incluyendo sociedades médicas, redes universitarias y profesionales con experiencia en salud sexual y reproductiva.

- **Análisis de información secundaria**

Se integraron datos del sistema de salud, encuestas poblacionales y estudios académicos sobre endometriosis y salud menstrual, complementando el análisis con fuentes clínicas, estadísticas y de política pública. La información fue validada mediante triangulación con los hallazgos cualitativos.

- **Construcción del árbol de problemas y objetivos**

Con base en los aportes de los grupos de valor, se elaboró un árbol de problemas que orientó la definición del problema público, sus causas estructurales y consecuencias sociales, clínicas y económicas. A partir de este, se construyó el árbol de objetivos, los ejes estratégicos y las líneas de acción de la política.

Como resultado de los espacios de apropiación social del conocimiento y la revisión de literatura, así como las discusiones internas del equipo técnico de la política y a la luz de la Ley 2338 de 2023 se identificó el problema público de la siguiente manera:

***Bajo reconocimiento, visibilización y atención de las afectaciones físicas, mentales y sociales en la vida y la salud de las mujeres y personas con endometriosis en Colombia.***

Este núcleo problémico se da a pesar de los avances normativos y de la progresividad alcanzada en el reconocimiento y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos en el país.

El árbol de problemas construido de manera participativa en el proceso de formulación de esta política identificó las causas que dan origen al problema público de la endometriosis, que son múltiples y que se expresan en tres niveles que se interrelacionan.

- **Causas socioculturales, vinculadas a normas de género, estigmas y formas de violencia simbólica.**

- a) Sistema patriarcal y androcéntrico en la medicina que subestima los síntomas de la endometriosis.

- b) Escasa producción de conocimiento científico y comunitario sobre endometriosis, debido a la ausencia de líneas de investigación priorizadas, recursos y sistematización de saberes.
- c) Educación sexual y menstrual deficiente o inexistente, sin enfoque de derechos, ni perspectiva de curso de vida.
- d) Normalización sociocultural del dolor menstrual, que genera barreras simbólicas y epistemológicas para su atención.
- e) Desigualdades estructurales en el mercado laboral y seguridad social, que afectan el ejercicio de derechos de las personas con endometriosis.

- **Causas en la atención en salud, asociadas a deficiencias clínicas, diagnósticas y terapéuticas.**

- a) Insuficiente formación del talento humano en endometriosis, salud menstrual y dolor crónico.
- b) Distribución territorial desigual del talento humano con capacidades clínicas para el abordaje de la endometriosis.
- c) Ausencia de rutas de atención clínica unificadas para diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la enfermedad.
- d) Subregistro en los sistemas de información en salud, lo que impide dimensionar su prevalencia y afecta la asignación de recursos.
- e) Falta de articulación entre los sectores salud, educación, ciencia y trabajo, lo que fragmenta la respuesta institucional.
- f) Ausencia de mecanismos efectivos de participación de personas con endometriosis en las decisiones que les afectan, lo que limita la pertinencia de las políticas públicas.

- **Causas institucionales, que reflejan la falta de capacidad para garantizar atención integral, registro, investigación y políticas públicas efectivas.**

- a) Retrasos en los diagnósticos, con un promedio de 8 a 12 años para el reconocimiento clínico de la enfermedad.

- b) Derivación médica errónea o dispersa, por desconocimiento clínico en el primer nivel de atención.
- c) Falta de estrategias de difusión masivas pedagógicas y comunitarias sobre la exigibilidad del derecho a la salud.
- d) Falta de garantías para la inclusión laboral y educativa de las personas con endometriosis.

Este enfoque metodológico se fundamenta en los principios de transparencia, participación, intersectorialidad, enfoque diferencial y uso de evidencia, en línea con las mejores prácticas en formulación de políticas públicas de salud.

## **2. ANÁLISIS SITUACIONAL**

### **2.1 Análisis de situación en salud**

Acorde a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 10% (190 millones) de las mujeres y niñas en edad reproductiva en el mundo son afectadas por la endometriosis (OMS, 2023); situación epidemiológica que es global, independiente del nivel socio económico de los países, por ejemplo, en Estados Unidos, se calcula que 9 millones de mujeres padecen endometriosis durante su edad reproductiva (As-Sanie S et al,2025).

En un estudio de cohorte retrospectivo a 10 años (estudio poblacional de Estados Unidos de 2006 a 2015) realizado por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Washington, con el uso de la base de datos de registros médicos electrónicos de Kaiser Permanente para el cálculo de la incidencia, prevalencia y tendencias en el diagnóstico de endometriosis, en mujeres entre 16 y 60 años, se identificaron 2.863 casos incidentes de endometriosis para una incidencia promedio de 24,3 casos por 10.000 personas-año, entre 332.056 mujeres elegibles que contribuyeron durante el estudio. En el análisis primario, las tasas de incidencia disminuyeron durante el intervalo de estudio de un máximo de 30,2 por 10.000 personas-año en 2006 a 17,4 por 10.000 personas-año en 2015 y fueron más altas entre las mujeres de 36 a 45 años en la mayoría de los años (Christ JP et al.2021). De acuerdo con planteamientos del grupo investigador, la disminución en las tasas podría reflejar un cambio en los patrones de práctica en Estados Unidos, que se alejan del diagnóstico de endometriosis, tanto clínico como quirúrgico, en lugar de favorecer diagnósticos más generales de dolor pélvico crónico (Christ JP et al.2021).

Una revisión sistemática de literatura sobre la prevalencia de la endometriosis en mujeres (Estudios publicados entre enero de 1990 y diciembre de 2018), realizada por Departamento de Epidemiología and Bioestadística de Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Kurdistán en Irán, reportó que la prevalencia global de endometriosis fue de 18 por ciento [intervalo de confianza (IC) del 95 %: 16-20] y la prevalencia de endometriosis por estadio varió de dos por ciento (IC del 95 %: 1-4) para el estadio 4 a 20 por ciento (IC del 95 %: 11-28) para el estadio 1. Los niveles de prevalencia de endometriosis en mujeres con infertilidad, dolor pélvico crónico y asintomáticas fueron 31 (IC del 95 %: 15-48), 42 (IC del 95 %: 25-58) y 23 por ciento (IC del 95 %: 19-26), respectivamente (Moradi et al; 2021).

De acuerdo, con la revisión realizada por Departamento de Salud de la Mujer y Centro de Atención de Endometriosis de la Universidad de Oxford, entre adolescentes con dismenorrea, se ha estimado una prevalencia de endometriosis que va del 49% al 70% en quienes padecen dolor pélvico crónico y del 75% en quienes tienen dolor que no responde al manejo médico (Zondervan, Becker, & Missmer, 2020).

Respecto a quienes sufren la enfermedad, solo el 7% está asociado con predisposición genética en la familia (Crumpp, Suker, & White, 2024; Smolarz, Szyłło, & Romanowicz, 2021). El pico de la enfermedad se encuentra entre los 25 y 35 años (Vercellini, Viganò, Somigliana, & Fedele, 2014). En el 66% de las mujeres con endometriosis, el primer síntoma aparece antes de los 20 años (Smolarz, Szyłło, & Romanowicz, 2021). El tiempo entre la aparición del primer síntoma y el diagnóstico suele ser de 8 a 10 años (Smolarz, Szyłło, & Romanowicz, 2021).

Acorde a reportes diferentes estudios y estimaciones, uno de cada diez menores experimenta dolor pélvico que impacta su escolaridad y desarrollo social (Gerancher, 2005). En personas adultas, la enfermedad se asocia con menor participación social, laboral y económica, progresión a dolor pélvico crónico, impacto negativo en la identidad e imagen corporal, deterioro en la calidad de vida, fatiga, depresión, ansiedad, infertilidad y otras comorbilidades asociadas (Simoens et al., 2012). El dolor durante las relaciones sexuales puede llevar a evitarlas, afectando la salud sexual de las personas con endometriosis y de sus parejas (World Health Organization, n.d.; Armour et al., 2022).

El Departamento de Obstetricia and Ginecología de Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, realizó un estudio descriptivo de prevalencia combinado con un estudio observacional transversal en el Hospital Israelita Albert Einstein, institución pública de atención primaria, determinó la prevalencia de endometriosis en mujeres seleccionadas sin detección previa de la condición, empleando ecografía pélvica y transvaginal. Este estudio representa el primero de su tipo en América Latina. Acorde al reporte del estudio se consideraron los datos de 1445 pacientes. De estas, 92 fueron diagnosticadas con endometriosis profunda, lo que resultó en una

prevalencia del 6,4 % (IC del 95 %: 5,2-7,7) y del 34,2 % entre las mujeres con dolor pélvico (IC del 95 %: 28,8-40,1). Las mujeres con nódulos palpables en el fondo de saco posterior (OR = 3,58; IC del 95 %: 1,68-7,63; p = 0,001) o útero en retroversión (OR = 2,36; IC del 95 %: 1,28-4,37; p = 0,006) presentaron mayor probabilidad de presentar endometriosis. (Szyliet et al, 2025)

El Departamento de Ginecología y Sexología Clínica de Armenia, Quindío en la República de Colombia realizó un estudio de prevalencia de disfunciones sexuales en las mujeres con endometriosis, en el periodo de investigación se atendieron 8947 mujeres en los servicios de consulta externa de las tres clínicas participantes, de las cuales 527 presentaron diagnóstico de endometriosis (prevalencia del 5,89%). Acorde a los reportes del estudio la prevalencia de disfunciones sexuales fue del 75,91%, caracterizando en primer lugar el dolor/dispareunia (75,91%), seguido de disminución del deseo sexual (56,93%), problemas de lubricación (54,01%), problemas de excitación (49,63%), disfunción orgásmica (42,33%) y problemas en la satisfacción sexual (32,84%). (Espitia-De la Hoz, 2024)

Aunque la prevalencia real es incierta, se estima que la endometriosis afecta del 5% al 10% de las personas en edad fértil a nivel mundial (*Zondervan, Becker, & Missmer, 2020*). Hasta la fecha, hay pocos datos disponibles de la incidencia y prevalencia de endometriosis en Colombia. La falta de datos epidemiológicos oficiales en Colombia justifica y respalda la necesidad de un sistema de vigilancia epidemiológica de endometriosis, en línea con el establecimiento e implementación de la política de abordaje integral de la endometriosis.

Las implicaciones de salud pública y económicas de la endometriosis son significativas, ya que algunas personas experimentan dolor tan debilitante que no les permite estudiar o trabajar, o les reduce las horas laboradas (*Singh et al., 2024*). Aproximadamente el 40% de quienes tienen endometriosis reportan un deterioro en su desarrollo profesional, el 50% una disminución en su capacidad laboral y se estima que 1 de cada 10 ha perdido su empleo por esta causa (*Nnoaham et al., 2011*).

En un análisis de la encuesta de salud de Estados Unidos, el 50% de las mujeres con endometriosis reportaron haber estado en cama en algún momento del último año debido a su condición, con un promedio de 17.8 días/cama por año. Este estudio también identificó un costo promedio anual de \$16.573 dólares por paciente con endometriosis, frente a \$4.733 por persona sin la enfermedad (*Soliman et al., 2018*). Se estima que el costo total de la endometriosis asciende a \$69 mil millones de dólares al año, cifra comparable con enfermedades crónicas como la diabetes, la artritis reumatoide o la enfermedad de Crohn (*Simoens et al., 2012*). Es relevante hacer mención que los datos reportados por Estados Unidos son valores de referencia para las proyecciones de la inversión en salud e impacto financiero de la atención y gestión del riesgo clínico de la endometriosis en Colombia.

Un estudio prospectivo de Kelechi y Cols, demostró que el dolor pélvico y la severidad de la enfermedad son los mayores factores que contribuyen a la pérdida de productividad. Aunque la disminución en la efectividad en el trabajo (presentismo) es menos registrada que el ausentismo, representa el 60% de dicha pérdida. Los costos anuales por mujer empleada varían desde US\$208 (Nigeria) hasta US\$23.712 (Italia), superando ampliamente las estimaciones basadas solo en el ausentismo (*Nnoaham et al., 2011*).

Se estima que las personas con endometriosis pierden unas 10 horas de trabajo semanales, principalmente por la reducción en su efectividad laboral (*Vercellini, Viganò, Somigliana, & Fedele, 2014; Armour et al., 2019*). En Estados Unidos, incurren en gastos médicos 63% más altos que el promedio de mujeres (US\$760/mes vs. US\$433) (*Vercellini, Viganò, Somigliana, & Fedele, 2014*). Además, dos tercios de los pacientes reciben al menos un procedimiento quirúrgico relacionado con la enfermedad durante el primer año tras el diagnóstico (*Vercellini, Viganò, Somigliana, & Fedele, 2014; Fuldeore et al., 2011*).

En Australia, se estima que la endometriosis afecta a 1 de cada 9 mujeres, personas trans o no binarias asignadas femenino al nacer antes de los 44 años, con una prevalencia de 830.000 personas diagnosticadas y un costo anual de 9.6 billones de dólares australianos (~30.000 por persona). Este fue uno de los principales motivos para implementar el “Plan Nacional de Acción para Endometriosis” en 2018 (*Armour et al., 2022*). Los costos anuales incluyen hospitalizaciones (18%), cirugías (29%), medicamentos (10%), consultas externas y de urgencias (16%) y pruebas diagnósticas (19%). También deben considerarse los gastos “de bolsillo”, como transporte, tratamientos de fertilidad, medicinas no cubiertas o terapias complementarias como nutrición y cannabis medicinal. Esto deriva en ingresos disminuidos no solo por ausentismo y pérdida de oportunidades laborales, sino también por los altos costos asociados al tratamiento (*Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists, 2021; Crump, Suker, & White, 2024; Armour et al., 2022*).

## **2.2 Análisis estructural**

Las causas mediante las cuales se identificó el problema público tienen respaldo en diferentes análisis provenientes de la literatura científica, testimonios de pacientes, y experiencias recogidas en espacios participativos con organizaciones sociales. Su propósito es identificar las barreras estructurales, socioculturales, clínicas e institucionales que enfrentan las mujeres y personas con capacidad de menstruar con endometriosis en Colombia, desde una perspectiva interseccional, de género y de curso de vida.



Estos análisis permiten comprender cómo la enfermedad no solo compromete la salud física, sino también la emocional, económica y de derechos de quienes la padecen.

En este sentido, los análisis apuntan a fortalecer la comprensión del problema y orientar la formulación de acciones estratégicas coherentes, participativas y sostenibles en el marco de una política pública nacional. Los hallazgos aquí expuestos se sustentan en autores como Aránguez Sánchez (2018), Valls-Llobet et al. (2008), Flores-Caldera et al. (2025), Bulletti et al. (2020), entre otros. Su incorporación en este análisis permite profundizar en la dimensión emocional, simbólica y política del dolor menstrual y sus impactos, lo que resulta crucial para diseñar políticas públicas sensibles a las experiencias de quienes viven con esta enfermedad.

Este análisis revela un entramado complejo de barreras estructurales, injusticias epistémicas y formas persistentes de discriminación que afectan profundamente la vida de mujeres y personas con capacidad de menstruar. Estas barreras no solo exponen deficiencias médicas, sino que también reflejan una cultura institucional que históricamente ha minimizado, medicalizado o invisibilizado las condiciones que afectan principalmente a mujeres y personas con capacidad de menstruar. La endometriosis, lejos de ser únicamente una patología ginecológica, constituye un problema de salud pública que expresa desigualdades de género, condición socioeconómica, territorio y acceso a derechos, que deben ser atendidas desde un enfoque diferencial y desde los determinantes sociales de la Salud.

Uno de los principales desafíos identificados es el retraso diagnóstico, con lapsos que pueden extenderse hasta diez años. Este retardo se debe a la falta de formación específica en endometriosis u otras patologías asociadas y a la normalización del dolor menstrual como experiencia “natural”. Como advierte Aránguez Sánchez (2018), “el tópico de que el dolor menstrual es normal y la desconfianza sistemática hacia la palabra de las mujeres son causas de esta situación” (p. 15). Esta lógica estructural silencia el sufrimiento de las pacientes y contribuye a la aparición de trastornos emocionales como ansiedad, depresión o baja autoestima (Valls-Llobet et al., 2008, p. 279). Muchas personas terminan interiorizando la idea de que su dolor es exagerado, impidiendo que busquen atención médica oportuna.

Esta invisibilización tiene profundas implicaciones para la formulación de políticas públicas. La falta de reconocimiento del dolor menstrual como síntoma clínico válido impide que los sistemas de salud prioricen el desarrollo de rutas diagnósticas eficaces y estrategias de atención con enfoque diferencial. Además, perpetúa una cultura médica que invalida la experiencia de quienes menstrúan, lo que agrava las barreras de acceso y contribuye al subregistro de casos.

La relevancia del enfoque de género radica en su capacidad para tomar decisiones públicas desde el reconocimiento del dolor como una experiencia multidimensional.



Varias participantes en los espacios de apropiación social realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social señalaron que, además de la vulneración de derechos en salud, educación o trabajo, las personas con endometriosis enfrentan formas profundas de aislamiento y exclusión, especialmente cuando no pueden cumplir con los roles sociales que se espera de ellas como madres, trabajadoras, estudiantes o cuidadoras.

Respecto, a las Barreras para la atención en salud, existe un patrón de invalidación médica que ha sido corroborado por evidencia reciente. En un estudio realizado por Flores-Caldera et al. (2025), pacientes de 20 países reportaron frases como: “Los médicos lo toman como si fuera algo normal” y “Estamos sin respuesta, perdidas en la nada” (p. 225), reflejando una práctica institucional que deslegitima el dolor y posterga su atención. Además, como señalan Bulletti et al. (2020), “el dolor en la endometriosis no siempre se correlaciona con el grado de las lesiones anatómicas visibles. Muchas pacientes con mínima afectación tienen un dolor incapacitante, lo que ha llevado a la subestimación clínica de sus síntomas” (p. 3). Este desacoplamiento entre la sintomatología y las pruebas objetivas perpetúa un modelo biomédico que excluye las experiencias subjetivas como evidencia válida.

Desde una perspectiva de política pública, estas fallas tienen consecuencias directas sobre la planificación de la atención en salud. Al ignorar las dimensiones subjetivas del dolor, se diseñan rutas clínicas que no responden a las necesidades reales de las pacientes. La subestimación del dolor no solo retrasa el diagnóstico, sino que profundiza la frustración y el agotamiento emocional, lo cual impacta directamente la adherencia a los tratamientos, la confianza en el sistema y la capacidad de las mujeres y personas con capacidad de menstruar para exigir sus derechos en el ámbito médico.

Otra barrera estructural es la falta de estándares diagnósticos claros, especialmente en imagenología. La interpretación irregular de ecografías o resonancias y el acceso limitado a tecnologías como la laparoscopia dificultan la detección oportuna. Esta situación se enmarca en una historia de negligencia médica hacia los cuerpos femeninos, donde las enfermedades ginecológicas han sido sistemáticamente subestimadas (Lousada Arochena, 2000). A menudo se aplican tratamientos repetitivos y poco eficaces que no resuelven la causa raíz, generando frustración, dolor crónico y disminución de la calidad de vida de la paciente.

Además de la demora diagnóstica, la falta de acceso a fuentes de información confiables, principalmente desde el sector salud, ha obligado a muchas personas con endometriosis a auto diagnosticarse mediante redes sociales o foros digitales. Una participante del estudio expresó: “Gracias a internet supe cómo autodiagnosticarme”, mientras otras señalaron: “La información es superficial y repetitiva” (Flores-Caldera et al., 2025, p. 225). El exceso de información digital genera angustia y expone a tratamientos inseguros. A falta de acompañamiento profesional, el diagnóstico se

convierte en una carga emocional y logística asumida por las propias pacientes, lo que refuerza su aislamiento.

Por su parte, representantes de la academia en los espacios de apropiación social, señalaron como parte de las barreras de atención la desconexión entre la atención primaria y la atención secundaria especializada y los centros de referencia. Esta fragmentación impide garantizar continuidad del cuidado y acceso efectivo a diagnósticos certeros.

Otro aspecto a tener en cuenta, está relacionado con la ausencia de campañas de salud menstrual basadas en evidencia, culturalmente adecuadas y dirigidas a distintos grupos etarios, lo cual genera un entorno propicio para la desinformación. Invertir en educación menstrual comunitaria, formación médica especializada y campañas masivas de comunicación se planteó como una estrategia clave para contrarrestar el diagnóstico tardío y promover una cultura de cuidado que reconozca la menstruación como un marcador del estado de la salud de las mujeres y personas con capacidad de menstruar.

Las barreras económicas también están presentes en casi todos los relatos. El estudio de Flores-Caldera et al. (2025) recoge testimonios como: “Los tratamientos nos dejan en una mala situación financiera” y “Ha sido un verdadero sacrificio, una y otra vez” (p. 225). En algunos casos, las pacientes reportan haber pasado por más de 10 cirugías, sin lograr estabilidad clínica. Esta precariedad se acentúa en poblaciones rurales, afrodescendientes, indígenas y LBTIQ+, donde el acceso al diagnóstico y tratamiento es aún más limitado, lo que sugiere una subestimación de la prevalencia real en estos grupos. Este déficit de información sistematizada produce un subregistro crónico que oculta la magnitud del problema.

Además del impacto físico y emocional, muchas pacientes relatan haber perdido sus empleos o haber abandonado sus estudios debido a la incapacidad para sostener ritmos de trabajo o formación continua. La falta de ajustes razonables en entornos laborales y educativos, acordes con la situación de salud, se traduce en despidos injustificados, imposibilidad de reincorporación, o renunciadas forzadas para priorizar la salud. Este deterioro económico y ocupacional perpetúa ciclos de pobreza, dependencia y vulnerabilidad, afectando especialmente a mujeres cabeza de hogar. En este sentido, el acceso restringido a tratamientos de alto costo y a tecnologías diagnósticas especializadas implica no solo una falla del sistema de salud, sino una violación al derecho a la salud y al trabajo digno.

A esto se suma que, según Bulletti et al. (2020), “la endometriosis debe ser vista como una enfermedad sistémica, ya que afecta múltiples órganos y sistemas más allá del aparato reproductor, incluyendo el tracto gastrointestinal, urinario y el sistema nervioso central” (p. 2), y “debería conceptualizarse como una enfermedad inflamatoria crónica con impactos sistémicos, metabólicos y hormonales, más que

solo como una patología ginecológica localizada” (p. 4). Esta visión multidimensional contrasta con la rigidez de los protocolos médicos actuales, limitados a la supresión hormonal o la intervención quirúrgica, sin atender integralmente los factores sociales, emocionales y funcionales de la enfermedad.

La falta de un abordaje integral no solo afecta a las pacientes, sino que también revela una carencia institucional en la capacidad de los Estados para ofrecer respuestas estructuradas, intersectoriales y basadas en evidencia. La ausencia de un registro nacional de pacientes constituye una barrera crítica. Esta omisión impide cuantificar la magnitud del problema, evaluar la efectividad de las políticas existentes y asignar recursos basados en evidencia. Es decir, sin datos confiables y desagregados, la política pública queda limitada a esfuerzos fragmentados, sin sostenibilidad ni capacidad transformadora.

La limitada producción de investigación científica local y regional, así como la falta de inclusión de las poblaciones más vulnerables en los estudios clínicos y epidemiológicos sobre endometriosis, agrava este panorama. Como plantean Bulletti et al. (2020), “los enfoques biomédicos actuales tienden a focalizarse en la supresión hormonal o en la extirpación quirúrgica, ignorando las necesidades emocionales, reproductivas y funcionales de las pacientes” (p. 4), perpetuando un sesgo reduccionista que margina las perspectivas integrales, de género y psicosociales. La falta de líneas de investigación priorizadas en salud menstrual y dolor crónico, así como la escasa articulación entre ciencia, salud pública y políticas de equidad, profundizan esta desconexión estructural.

La incorporación de un enfoque de derechos humanos, equidad y justicia de género en la política pública es fundamental. Como advierte Aránguez Sánchez (2018), “la endometriosis es una enfermedad de género, y su abordaje adecuado requiere que se considere el género como una categoría de análisis de desigualdad evitable” (p. 29). Es fundamental incorporar también una perspectiva interseccional y de curso de vida, que visibilice cómo se entrecruzan la edad, la clase social, la etnia y el territorio en el acceso a diagnóstico, tratamiento y reconocimiento institucional.

Frente a esta invisibilización institucional, el activismo social ha emergido como una fuerza de transformación. Las organizaciones sociales han desempeñado un papel crucial en visibilizar el dolor, promover la exigibilidad de derechos y construir redes de apoyo comunitario. Estas redes no solo brindan contención emocional, sino que también impulsan reformas legales y sanitarias. Como lo expresaron varias participantes del estudio de Flores-Caldera et al. (2025): “Hay que negociar con los legisladores para aprobar una ley que nos proteja”, y “Es hora de que todos los países se levanten y hagan visible esta enfermedad para que el diagnóstico no tarde tanto” (p. 225).

Sin embargo, esta tarea no puede recaer exclusivamente en las pacientes y organizaciones. En los espacios de apropiación social convocados por el Ministerio de Salud y Protección Social, se reiteró la importancia de que los entes territoriales de salud, las EAPBs, los prestadores de servicios de salud, las universidades y los centros de investigación asuman un rol activo para superar la persistencia de estas brechas. La ausencia de lineamientos claros, planes de formación médica, campañas de sensibilización institucional y cobertura integral de tratamientos son fallas del Estado, no del azar. La negligencia estructural debe ser nombrada como tal para diseñar estrategias efectivas, que no solo mejoren el acceso a servicios, sino que garanticen efectivamente derechos fundamentales como la salud, el trabajo, la educación y una vida libre de dolor.

En ese sentido, representantes de instituciones participantes en los espacios de apropiación social, identificaron como una causa estructural del subdiagnóstico y el abordaje inadecuado la ausencia de contenidos relacionados con salud menstrual, dolor crónico y endometriosis en los currículos de formación médica. También mencionaron la falta de articulación entre docencia y servicio.

Todo lo anterior, se reitera en publicaciones científicas como las *The Lancet* (2024), que invita a los gobiernos a desarrollar planes nacionales para garantizar que las personas con enfermedades crónicas como la endometriosis tengan acceso oportuno a atención de calidad, independientemente de su nivel socioeconómico (citado en Flores-Caldera et al., 2025, p. 226).

En definitiva, el análisis estructural muestra que el problema no radica en la falta de evidencia médica, sino en la persistente negación institucional del dolor y la experiencia femenina. Las causas socioculturales, biomédicas e institucionales se entrelazan y refuerzan mutuamente, perpetuando la negligencia, el sufrimiento y la exclusión de millones de mujeres y personas menstruantes. Cualquier política pública que pretenda ser efectiva deberá asumir este carácter estructural, reconociendo que la endometriosis no es solo una patología clínica, sino una expresión de desigualdad histórica que atraviesa el cuerpo, la salud, la economía y los derechos. Para avanzar hacia la justicia menstrual y reproductiva, se requiere voluntad política, redistribución de recursos y una transformación cultural que reconozca la legitimidad del dolor como una forma de saber, una demanda de justicia y una condición de ciudadanía plena.

### **3. FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA**

En este apartado, se relacionan el objetivo general y específicos, que subyacen, como respuesta al diagnóstico situacional.

### 3.1. Objetivo General

Garantizar los derechos sociales de las mujeres y personas con endometriosis, mediante la atención de sus necesidades específicas, con el fin de mejorar su calidad de vida y promover su bienestar físico, emocional y social.

#### 3.1.1. Objetivos Específicos

- Implementar estrategias de intervención para la atención integral de pacientes con endometriosis que incluyan actividades de promoción, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento.
- Promover la investigación, el desarrollo y la innovación para contribuir al conocimiento en la enfermedad, métodos diagnósticos y de tratamiento.
- Sensibilizar sobre la endometriosis a pacientes, talento humano en salud y la ciudadanía
- Proponer intervenciones en salud, laborales y educativas con enfoque diferencial para personas con endometriosis.
- Establecer los mecanismos para la gobernanza para la implementación territorial de la política

### 3.2 Ejes Estratégicos

**Tabla 3.**

*Ejes Estratégicos y Alcance*

<b>EJE ESTRATÉGICO</b>	<b>ALCANCE</b>
<b>Fortalecimiento del sistema de salud para la atención integral de la endometriosis</b>	Implica mejorar las capacidades del sistema de salud para ofrecer atención integral, especializada y centrada en la mujer o persona afectada por endometriosis. Esto incluye fortalecer la formación del personal sanitario, asegurar la disponibilidad de diagnósticos precisos y tratamientos efectivos, facilitar acceso a atención en diferentes niveles del sistema de salud, y promover modelos de atención que integren aspectos clínicos, psicosociales y de calidad de vida.
<b>Investigación, desarrollo e</b>	Se refiere a fomentar y fortalecer la investigación, así como a promover el desarrollo de conocimientos científicos y tecnológicos acerca de la endometriosis, incluyendo aspectos

<b>innovación en endometriosis</b>	<p>biológicos, diagnósticos, terapéuticos y pronósticos. Implica promover la investigación clínica y básica, así como la innovación en tratamientos y tecnologías para mejorar la detección temprana y la gestión de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Áreas de investigación que pueden recomendarse incluyen la infertilidad, la estratificación de pacientes, la epigenética, así como síntomas de los pacientes relacionados con el dolor y la infertilidad e investigación diagnóstica, en áreas como la imagenología, los biomarcadores o la cirugía diagnóstica. (A.W. Rogers. 2017)</li> </ul>
<b>Sensibilización, educación y comunicación sobre la endometriosis</b>	<p>El eje se orienta a financiar y desarrollar campañas de concienciación pública para educar a la población en general, a los profesionales de la salud y a los responsables políticos sobre la endometriosis, su prevalencia, síntomas y el impacto físico y emocional que conlleva en las personas afectadas. (Tragantzopoulou, 2024). Lo anterior incluye estrategias de comunicación efectivas y accesibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los resultados de un estudio reciente demuestran que, si bien los usuarios de Instagram abordan diversos temas relacionados con la enfermedad en la red social, estos tienden a centrarse en cuatro áreas temáticas: (i) vivir con endometriosis, (ii) embarazo y endometriosis, (iii) concientización y empoderamiento, y (iv) salud y bienestar de las mujeres. Además, los usuarios de redes sociales incorporaron ampliamente tres temas feministas: (i) visibilizar la discapacidad invisible, (ii) solidaridad y apoyo entre mujeres, y (iii) defensa y activismo en torno a la salud de las mujeres. (Seo, Hyunjin et al.)</li> <li>• Particularmente, la intervención educativa sobre endometriosis, en mujeres con la enfermedad, tiene un efecto significativo en la mejora de la calidad de vida y la función sexual de las mujeres (Hend Abdallah EL Sayed).</li> </ul>
<b>Protección de los derechos de las mujeres y personas con endometriosis</b>	<p>Resalta la importancia de garantizar y proteger el ejercicio de los derechos de las mujeres y personas afectadas por endometriosis, incluyendo el acceso a atención de salud adecuada, derechos laborales, protección contra la</p>

	<p>discriminación y la garantía de apoyo en ámbitos sociales y laborales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Las mujeres y las niñas están perdiendo oportunidades de educación, de carrera, de relaciones, de vida social y su fertilidad se ve afectada debido a la desatención de sus condiciones de salud reproductiva”. (UK Parliament, 2025)</li> <li>• En cuanto a los desafíos laborales, se deben aplicar políticas antidiscriminatorias para proteger a los empleados con endometriosis de la discriminación y garantizar adaptaciones razonables a sus necesidades de salud. Las personas con endometriosis deben estar protegidas por leyes contra la discriminación laboral, y se deben establecer grupos de defensa y agencias reguladoras que las apoyen y apliquen recursos legales. (Tragantzopoulou P., 2024)</li> </ul>
<b>Gobernanza de la política pública de endometriosis</b>	<p>Dirigida a establecer estructuras de gobernanza eficientes y transparentes que coordinen acciones gubernamentales y intersectoriales, garantizando, en los procesos de planeación los recursos suficientes y la inversión en acciones sostenibles que promuevan la investigación, atención y apoyo a personas con endometriosis, así como la evaluación de resultados y eficacia de las políticas implementadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requieren enfoques integrales e interdisciplinarios para el manejo de las enfermedades y una mayor educación y concientización sobre la enfermedad por parte de los pacientes, los proveedores de atención médica y el público a fin de eliminar el estigma, aumentar el diagnóstico y el tratamiento oportunos y precisos, garantizando el ejercicio de los derechos de todas las personas afectadas. (As-Sanie, Sawsan et al., 2021)</li> </ul>

#### 4. RUTA DE ATENCIÓN PARA EL ABORDAJE DE LA ENDOMETRIOSIS

La endometriosis es una condición crónica, compleja y progresiva que requiere un abordaje integral, continuo y centrado en las necesidades de cada persona. Su atención dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia debe

basarse en la mejor evidencia científica disponible, asegurando la calidad, oportunidad y articulación efectiva de los servicios.

A continuación, se describen los principales procesos de atención integral que deben garantizarse para el abordaje de la endometriosis, desde la identificación temprana de síntomas hasta el seguimiento clínico continuo. Cada proceso incluye las intervenciones clave y los tipos de servicios habilitados que pueden participar, conforme con la normatividad vigente. Estos procesos no deben entenderse como una secuencia rígida, ya que el abordaje clínico debe adaptarse a las particularidades de cada caso.

La implementación de la ruta, se articula con las Guías de Práctica Clínica (GPC), protocolos, lineamientos técnicos y demás documentos que desarrolla el Ministerio de Salud y Protección Social, o que son adoptados o adaptados por los prestadores de servicios de salud, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. De acuerdo con lo anterior, y conforme con lo dispuesto en la normativa vigente (Decreto 780 de 2016, Resolución 3100 de 2019 y la Ley 1438 de 2011), los prestadores tienen la facultad de adoptar, adaptar o desarrollar sus propios protocolos o guías basados en evidencia científica, especialmente cuando no existan documentos oficiales o cuando surja nueva evidencia.

Estos instrumentos deben ser documentados, conocidos y aplicados por el talento humano en salud, y forman parte de los procesos de auditoría por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales. Es fundamental que las guías y protocolos se deben utilizar como herramientas para mejorar la calidad y garantizar el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud, y no como barreras que restrinjan la atención, particularmente cuando estas tecnologías ya han sido autorizadas y financiadas dentro del sistema.

Así mismo, es fundamental entender que las Guías de Práctica Clínica y Protocolos son referencia necesaria para que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las Entidades Adaptadas, Régimenes Especiales y Prestadores, faciliten el proceso técnico - científico de la atención en salud, siendo potestad del personal de salud acoger o separarse de sus recomendaciones cuando considere que el contexto clínico en el que se realiza la atención así lo amerita, dejando registro de su concepto y decisión en la historia clínica.

Ante la ausencia de una Guía de Práctica Clínica o un protocolo específico de atención para la endometriosis o patologías asociadas, las entidades e instituciones encargadas de la prestación de los servicios de salud, pueden utilizar el documento técnico desarrollado por el Minsalud o el que lo sustituya - Guía metodológica para la Adopción - Adaptación de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, disponible en: [https://www.iets.org.co/Archivos/79/Guia\\_de\\_Adopcion\\_VF.pdf](https://www.iets.org.co/Archivos/79/Guia_de_Adopcion_VF.pdf)



En la siguiente tabla se describe el proceso de la ruta de atención,

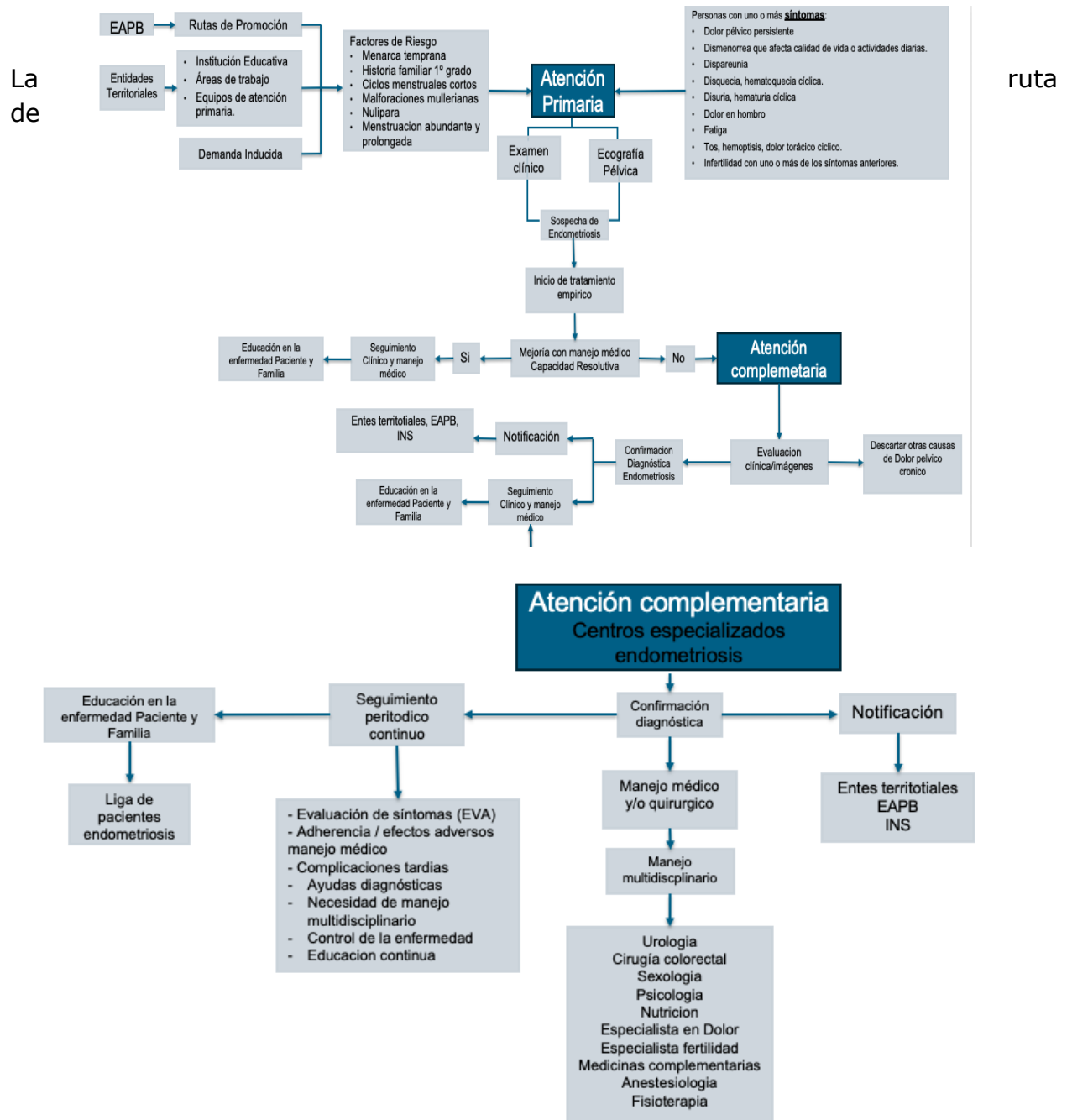
**Tabla 4.**  
*Procesos de Atención Integral*

<b>Proceso</b>	<b>Descripción</b>	<b>Servicios Involucrados</b>
<b>1. Identificación temprana y prioritaria de síntomas</b>	Abordaje inicial en atención primaria ante síntomas como dismenorrea severa, dolor pélvico crónico, dispareunia, sangrados anormales, trastornos digestivos cíclicos o fatiga crónica.	Medicina general, medicina familiar, ginecología, enfermería, psicología clínica, trabajo social, prestadores especializados en salud sexual y reproductiva.
<b>2. Valoración clínica especializada</b>	Consulta con ginecología especializada o subespecializada. Examen físico pélvico, historia clínica detallada, enfoque diagnóstico diferencial frente a otras causas de dolor pélvico.	Ginecología, medicina interna, sexología clínica, psicología clínica, psiquiatría, prestadores especializados en salud sexual y reproductiva
<b>3. Diagnóstico por imágenes y pruebas complementarias</b>	Ecografía transvaginal o pélvica, resonancia magnética, colonoscopia si hay sospecha de afectación intestinal, pruebas hormonales, laparoscopia diagnóstica si es necesario.	Radiología, imágenes diagnósticas, medicina nuclear, gastroenterología, ginecología, anestesiología, laboratorio clínico. *
<b>4. Confirmación diagnóstica y clasificación</b>	Estadio clínico, clasificación de la endometriosis, discusión multidisciplinaria de hallazgos para establecer plan terapéutico, juntas médicas especialistas/subespecialistas.	Ginecología, endocrinología, patología, radiología, medicina del dolor, reumatología, psicología, trabajo social, psiquiatría. *

<b>5. Planeación del tratamiento integral</b>	Decisión sobre abordaje médico, quirúrgico o combinado. Enfoque centrado en el paciente: control de síntomas, fertilidad, calidad de vida y función laboral/social.	Ginecología, medicina del dolor, fertilidad y reproducción asistida, nutrición, fisioterapia, psicología, trabajo social, psiquiatría. *
<b>6. Tratamiento médico y/o quirúrgico</b>	Tratamientos hormonales: anticonceptivos, progestinas, análogos GnRH. Cirugía conservadora o radical por laparoscopia. Manejo del dolor neuropático o visceral crónico.	Ginecología, cirugía ginecológica, anestesiología, medicina del dolor, psiquiatría. *
<b>7. Rehabilitación funcional y psicosocial</b>	Rehabilitación de suelo pélvico, educación en autocuidado, psicoterapia, apoyo para adaptación social y laboral, intervención desde trabajo social.	Fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, nutrición, sexología. *
<b>8. Seguimiento clínico periódico</b>	Control de eficacia terapéutica, vigilancia de recurrencias, acompañamiento continuo. Evaluación para técnicas de reproducción asistida si hay infertilidad asociada.	Ginecología, endocrinología, medicina general, fertilidad y reproducción asistida, psicología, enfermería. *
<b>9. Telemedicina y Atención domiciliaria (según pertinencia)</b>	Teleconsulta para monitoreo y orientación. Atención domiciliaria en casos con limitaciones de movilidad, dolor severo o ruralidad.	Telemedicina, medicina general, ginecología, enfermería, psicología, trabajo social. *

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

\* Prestadores especializados en salud sexual y reproductiva.



atención al interior del sistema de salud puede detallarse en la siguiente figura.

**Figura 1.** Ruta de atención para personas con endometriosis.

Fuente: Elaboración propia realizada por Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **4.1 Servicios y tecnologías en el marco del Sistema General de seguridad Social en Salud de Colombia**

Para asegurar el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas con endometriosis, el país cuenta con un conjunto de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Estos han sido reglamentados mediante la normativa vigente, y cubren a todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

En este sentido, y conforme a la normativa vigente no existen exclusiones por condiciones preexistentes. Esto significa que, si una persona tiene un diagnóstico presuntivo o confirmado de endometriosis antes o después de afiliarse al sistema, su entidad administradora de planes de beneficios o EPS está en la obligación de brindarle atención integral, sin discriminación ni barreras administrativas.

Cualquier persona afiliada al SGSSS, sin importar su edad, su género, o los síntomas relacionados con la endometriosis, puede acceder a los servicios de salud, incluyendo consultas especializadas, exámenes diagnósticos, tratamientos médicos y quirúrgicos, así como servicios de apoyo psicosocial y rehabilitación.

**4.2 Puerta de entrada al sistema financiada con recursos de la UPC.** El acceso primario a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para la atención integral de la endometriosis se hará en forma directa, a través del servicio de urgencias o por los servicios de consulta externa médica, odontológica general, enfermería profesional o psicología. Podrán acceder en forma directa a los servicios de consulta especializada de pediatría las personas menores de 18 años, obstetricia para las personas en gestación durante todo el embarazo y puerperio o medicina familiar para cualquier persona, sin requerir remisión por parte del profesional de puerta de entrada aquí señalado, cuando la oferta disponible así lo permita.

#### **4.3 Acceso a servicios especializados de salud.**

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.

Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en citadas anteriormente y conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por medicina general, odontología general, enfermería profesional o

psicología, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

La persona afiliada con valoración previa por el profesional de puerta de entrada o medicina general y que cuente con diagnóstico o sospecha diagnóstica de endometriosis y que requiera servicios especializados, podrá ser remitida directamente a dicha consulta especializada.

Cuando en el municipio de residencia de la persona con endometriosis no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

#### **4.4 Clasificación diagnóstica de la endometriosis y patologías asociadas**

Para garantizar una atención integral, oportuna y basada en evidencia para las personas con endometriosis, es fundamental contar con una adecuada clasificación diagnóstica. Al incorporar diagnósticos clínicos adecuados se logra reducir el subregistro, mejorando el registro estadístico y epidemiológico.

Para este fin se cuenta con la Clasificación Internacional de Enfermedades - cuyos códigos incluyen la posibilidad diagnóstica de endometriosis y patologías derivadas.

Ver anexo 1. Clasificación diagnóstica de la endometriosis y patologías asociadas

#### **4.5 Tecnologías en salud para la atención de la endometriosis y patologías asociadas**

La normativa vigente agrupa las tecnologías en salud para la atención requerida por las personas con endometriosis, entre las cuales se encuentran:

- A. Consultas por medicina general o especialista de primera vez, control o seguimiento, interconsulta y junta médica cubiertas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Se incluyen las terapias psiquiátricas y psicológicas tanto individuales como grupales.
- B. Tratamiento hormonal.
- C. Procedimientos quirúrgicos.
- D. Procedimientos de laboratorio.

El anexo 2 de tecnologías en salud para la atención de la endometriosis y patologías asociadas, incluye una selección de procedimientos contenidos en el listado de servicios y tecnologías financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), conforme a lo definido en la normativa vigente. Estos procedimientos son aplicables a la atención de personas con endometriosis o patologías ginecológicas asociadas, y constituyen solo una parte del conjunto completo de intervenciones disponibles para la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y pueden variar dependiendo de las recomendaciones que se realicen a través de la actualización de los protocolos clínicos.

## **5. RECONOCIMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS COMO ENFERMEDAD CRÓNICA, PROGRESIVA Y DEBILITANTE.**

Con la expedición de la Política Pública de Endometriosis se acoge lo señalado en la Ley 2338 de 2023 al declarar la endometriosis como una enfermedad crónica progresiva y debilitante, que puede disminuir la calidad de vida debido al dolor intenso de quien la padece, con el objetivo de garantizar un reconocimiento oportuno, integral y equitativo de las incapacidades temporales y permanentes asociadas a la endometriosis y patologías conexas, enmarcadas en el respeto a los derechos laborales, la salud y la dignidad de las mujeres y personas con capacidad menstruar.

En este sentido, y conforme con la normativa vigente, la endometriosis puede generar incapacidad temporal por pérdida transitoria de la capacidad laboral debido a la enfermedad, lo que generará un pago de esta conforme a lo establecido en la regulación respecto a la materia.

Por otra parte, la endometriosis dependiendo de la severidad del cuadro, podrá generar una incapacidad permanente por pérdida definitiva (parcial o total) de la capacidad laboral. La incapacidad puede extenderse hasta que una junta de calificación determine si la persona tiene o no una pérdida definitiva de la capacidad laboral. Esto se determina mediante un dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral por la EPS o el fondo de pensiones, según el caso y de acuerdo con el porcentaje de pérdida de capacidad laboral se pagará de acuerdo con la normativa vigente.

Con la expedición de esta Política Pública, se refuerza el reconocimiento de la endometriosis como enfermedad crónica, progresiva y debilitante.

## **6. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA**

### **Ministerio de Salud y Protección Social**

1. Definir planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado funcionamiento y operación de la política pública de abordaje integral de la endometriosis
2. Brindar asistencia técnica en los temas relacionados con la política pública de abordaje integral de la endometriosis a los departamentos y distritos.
3. Coordinar la participación de las organizaciones del sector salud, de otros sectores del ámbito nacional y la sociedad civil para la aplicación, la vigilancia y el fortalecimiento de la política pública de abordaje integral de la endometriosis
4. Evaluar periódicamente protocolos de atención integral para las personas con endometriosis basados en la mejor evidencia científica disponible y para todos los niveles de atención en salud.
5. Promover la investigación clínica y científica sobre la endometriosis, así como su divulgación al público general y especializado.
6. Apoyar la organización y divulgación de espacios formativos dirigidos al personal de la salud con el fin de dar a conocer aspectos técnicos y normativos relacionados con la enfermedad.
7. Articulación con sector educativo y laboral para buscar la garantía de derechos en estas áreas a las pacientes con endometriosis
8. Crear mecanismos de monitoreo y evaluación del costo y el impacto financiero de la Aplicación de la política pública
9. Contribuir en la organización y elaboración de campañas dirigidas a la comunidad por medio digitales con participación de creadores de contenido, que den a conocer la enfermedad, su manejo integral y el impacto sobre la calidad de vida

### **Instituto Nacional de Salud**

1. Construir y divulgar los lineamientos, instrumentos y responsabilidades de los actores involucrados para la notificación y vigilancia epidemiológica de las pacientes con endometriosis.

2. Apoyar mediante asistencia técnica de acuerdo a su competencia a los departamentos y distritos, en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública de los casos de endometriosis.
3. Recopilar, analizar y divulgar la información de vigilancia en salud pública de endometriosis que permita obtener información sobre incidencia, prevalencia, impacto económico y alcance de la política pública de endometriosis.
4. Supervisar, evaluar y retroalimentar el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública realizadas por las entidades territoriales en las áreas de su competencia.

#### **Entidades territoriales de salud-**

1. Notificar y actualizar los casos de endometriosis reportados dentro de sus territorios al Instituto Nacional de Salud, según los tiempos y lineamientos establecidos para tal fin.
2. Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control epidemiológico, garantizando el cumplimiento de los lineamientos y requerimientos establecidos.
3. Coordinar el desarrollo y la operación del sistema de vigilancia, a nivel interinstitucional e intersectorial para que las acciones de vigilancia y control sean efectivas.
4. Realizar acciones de promoción, detección y control, acorde a las competencias establecidas para tal fin.
5. Generar espacios para el análisis de los casos morbilidad severa por endometriosis con las UPGD y EAPB caracterizadas en su territorio, que permitan identificar factores relevantes asociados con la atención y generar estrategias de mejoramiento y control.
6. Apoyar y contribuir con la realización de jornadas de capacitación y socialización de la política pública, la guía de manejo y el instrumento de reporte de endometriosis a los profesionales de la salud, teniendo en cuenta las condiciones geográficas y sociodemográficas de la población.
7. Contribuir con el diseño estrategias de comunicación para la comunidad en sus distintos entornos que informen sobre la enfermedad, su manejo integral e



impacto que promuevan la identificación y consulta oportuna a los servicios de salud.

8. Solicitar apoyo técnico al Instituto Nacional de Salud para la investigación de los casos, en caso de considerarlo necesario.
9. Contribuir con la creación, financiación y fortalecimiento de centros especializados en endometriosis.
10. Apoyar los mecanismos de monitoreo y evaluación del costo y el impacto financiero de la aplicación de la política pública de endometriosis en sus territorios.
11. Favorecer la creación de canales de comunicación a nivel local teniendo en cuenta las condiciones geográficas y sociodemográficas de la población.

### **Entidades administradoras de planes de beneficios**

1. Realizar actividades de demanda inducida, con el fin de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios, y la adhesión a los programas pertinentes según la política pública de endometriosis.
2. Administrar el riesgo en salud de la población afiliada, velando por la atención de la enfermedad de forma oportuna, con calidad y sin discriminación.
3. Definir procesos de atención que contribuyan a garantizar la de detección temprana, facilitando su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción en el impacto negativo sobre la calidad de vida de las pacientes, asumiendo los costos derivados para ello según lo establecido en el Plan de Beneficios en salud.
4. Participar en el análisis de casos de morbilidad severa por endometriosis que permitan identificar fallas en la atención asociado a su competencia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada en el área de influencia.
5. Apoyar y contribuir con la realización de jornadas de capacitación y socialización de la política pública, la guía de manejo y el instrumento de reporte de endometriosis a los profesionales de la salud, teniendo en cuenta las condiciones geográficas y sociodemográficas de la población.

6. Contribuir con el diseño estrategias de comunicación para la comunidad en sus distintos entornos que informen sobre la enfermedad, su manejo integral e impacto que promuevan la identificación y consulta oportuna a los servicios de salud.
7. Favorecer la creación de canales de comunicación en su área de influencia teniendo en cuenta las condiciones geográficas y sociodemográficas de la población.
8. Participar en los procesos del sistema de vigilancia, a nivel interinstitucional e intersectorial para que las acciones de vigilancia y control sean efectivas.
9. Apoyar los mecanismos de monitoreo y evaluación del costo y el impacto financiero de la aplicación de la política pública de endometriosis en sus territorios.

## **Prestadores de servicios de salud**

### **Nivel primario**

1. Diligenciar historia clínica completa, especificando los antecedentes, los síntomas actuales y registrando el resultado de los estudios paraclínicos e imágenes.
2. Realizar un examen físico completo con énfasis en los hallazgos propios de la enfermedad.
3. Iniciar el tratamiento inmediato e informar a la paciente sobre la enfermedad, las recomendaciones, cuidados y la necesidad de continuar el tratamiento y el seguimiento.
4. Brindar apoyo psicosocial a las personas con endometriosis y sus familias
5. Fortalecer las capacidades institucionales para la implementación de la política pública de endometriosis.

### **Nivel complementario**

Adicional a lo que se hace en nivel primario deben:

1. Solicitar y realizar las pruebas diagnósticas necesarias para la confirmación del caso.

2. Diligenciar el instrumento de notificación definido y enviarlo al área de epidemiología de la institución para seguir el flujo de la notificación a las entidades responsables (EAPB – Entidades territoriales – INS).
3. Fortalecer las capacidades institucionales para la implementación de la política pública de endometriosis.
4. Capacitar y actualizar permanentemente a los profesionales de la salud en el diagnóstico temprano, tratamiento, seguimiento y vigilancia de la endometriosis en su área de influencia.
5. Brindar apoyo psicosocial a las personas con endometriosis y sus familias.

### **Nivel complementario- centros especializados en endometriosis**

1. Apoyar en la formación y fortalecimiento de centros especializados en endometriosis.
2. Evaluar periódicamente los protocolos de atención de pacientes con endometriosis y actualizarlos según sea necesario.
3. Contribuir en el conocimiento sobre la endometriosis mediante la realización de espacios académicos (seminarios – congresos – cursos) a nivel nacional e internacional sobre la enfermedad, fomentando la participación de investigadores.
4. Contribuir con el diseño estrategias de comunicación para la comunidad que informen sobre la enfermedad y manejo integral que promuevan la identificación y consulta oportuna a los servicios de salud.
5. Realizar estudios prospectivos para identificar las necesidades futuras de financiamiento de la política pública de endometriosis.

## **7. MECANISMO SEGUIMIENTO Y MONITOREO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE ABORDAJE INTEGRAL DE LA ENDOMETRIOSIS**

El Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza de la Dirección de Promoción y Prevención o quien haga sus veces, liderará con el apoyo metodológico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, el seguimiento y monitoreo anual de los indicadores que se establezcan en el Plan de Acción de la presente política, en cumplimiento al proceso de gestión de políticas públicas que se encuentra en el Sistema Integrado de Gestión de la entidad.

Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal en el marco de sus competencias generarán planes y estrategias de monitoreo y seguimiento a la implementación de la Política Nacional de Abordaje Integral de la Endometriosis en el ámbito de su jurisdicción, a través de diferentes mecanismos incluyendo el análisis de metas e indicadores en salud sexual y reproductiva. Así mismo, deberán remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, de manera trimestral, los informes de monitoreo y seguimiento a la implementación de la Política de Abordaje Integral de la Endometriosis en el ámbito de su jurisdicción.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá, los criterios y lineamientos para el seguimiento y monitoreo de la Política de Abordaje Integral de la Endometriosis por parte de las entidades territoriales, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud.

## **8. MECANISMO DE EVALUACIÓN**

Mediante evaluación de proceso y de resultados se buscará determinar la eficacia, eficiencia y pertinencia de la política pública de abordaje integral de la endometriosis en su fase de implementación (2025 – 2035), con el fin de identificar avances, desafíos y oportunidades de mejora.

Se plantea la realización de evaluaciones parciales cada 3 años para identificar, entre otras variables, si se ha incrementado el diagnóstico temprano de la endometriosis desde la implementación de la política, si las personas afectadas reciben atención integral y oportuna, si se ha reducido el tiempo promedio de diagnóstico o si las acciones implementadas son culturalmente pertinentes y equitativas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Abrao, M. S., Gonçalves, M. O. d. C., Dias, J. A., Podgaec, S., Chamie, L. P., & Blasbalg, R. (2007). Comparison between clinical examination, transvaginal sonography, and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Human Reproduction*, 22(12), 3092–3097. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem187>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent*. ACOG Committee Opinion No. 760. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/12/dysmenorrhea-and-endometriosis-in-the-adolescent>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Chronic pelvic pain: ACOG practice bulletin, number 218*. *Obstetrics & Gynecology*, 135(3), e98–e109. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003716>

André dos Santos Melo, J. S. L., Santos Júnior, R. L. D., Robles, R. E. L., & Koriyama, M. A. D. (2021). *Endometriosis y calidad de vida* [Tesis, Universidad Pública de UPAL]. <https://biblioteca.upal.edu.bo/htdocs/TextosCompletos/TR05986-UPAL.pdf>

Aránguez Sánchez, A. (2018). *La lucha por la visibilidad de la endometriosis: Salud, derechos y género*. Dykinson.

As-Sanie, S., Black, R., Giudice, L. C., Gray Valbrun, T., Gupta, J., Jones, B., ... Nebel, R. A. (2019). Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(2), 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.033>

Babbar, K., Martin, J., Ruiz, J., Parray, A. A., & Sommer, M. (2022). Menstrual health is a public health and human rights issue. *The Lancet Public Health*, 7(1), e10-e11 [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00212-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00212-7/fulltext)

Becker, C. M., Bokor, A., Heikinheimo, O., & ESHRE Endometriosis Guideline Group. (2022). ESHRE guideline: Endometriosis. *Human Reproduction Open*, 2022(2), hoac009. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoac009>

Botero U., J., Castañeda L., A., & González E., G. (1987). Diagnóstico de endometriosis en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 38(5), 346–355. <https://doi.org/10.18597/rcog.2263>

Buck Louis, G. M., Hediger, M. L., Peterson, C. M., Croughan, M., Sundaram, R., Stanford, J., ... ENDO Study Working Group. (2011). Incidence of endometriosis by study population and diagnostic method: The ENDO study. *Fertility and Sterility*, 96(2), 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.087>

Cámara de Diputados de Chile. (2021). *Proyecto de ley sobre endometriosis*. <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=15240&prmBOLETIN=14750-11>

Capezzuoli, T., Rossi, M., La Torre, F., Vannuccini, S., & Petraglia, F. (2022). Hormonal drugs for the treatment of endometriosis. *Current Opinion in Pharmacology*, 67, 102311. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2022.102311>

Carbone, M. G., Campo, G., Papaleo, E., Marazziti, D., & Maremmanni, I. (2021). The importance of a multi-disciplinary approach to the endometriotic patients: The relationship between endometriosis and psychic vulnerability. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/jcm10081616>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-398/19.

<https://www.cijc.org/es/cuadernos/Sentencias/T-398-19.pdf>

Crump, J., Suker, A., & White, L. (2024). Endometriosis: A review of recent evidence and guidelines. *Australian Journal of General Practice*, 53(1-2), 11-18.

<https://doi.org/10.31128/AJGP/04-23-6805>

Christ JP, Yu O, Schulze-Rath R, Grafton J, Hansen K, Reed SD. (2021). Incidence, prevalence, and trends in endometriosis diagnosis: a United States population-based study from 2006 to 2015. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 Nov;225(5):500.e1-500.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2021.06.067. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34147493.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.067>

Daniilidis, A., Grigoriadis, G., Dalakoura, D., D'Alterio, M. N., Angioni, S., & Roman, H. (2022). Transvaginal ultrasound in the diagnosis and assessment of endometriosis—An overview: How, why, and when. *Diagnostics*, 12(12), 2912.

<https://doi.org/10.3390/diagnostics12122912>

Davenport S, Smith D, Green DJ. Barriers to a Timely Diagnosis of Endometriosis: A Qualitative Systematic Review. *Obstet Gynecol*. 2023 Sep 1;142(3):571-583. doi: 10.1097/AOG.0000000000005255. Epub 2023 Jul 13. PMID: 37441792.

De Paula Andres, M., Borrelli, G. M., Kho, R. M., & Abrao, M. S. (2017). The current management of deep endometriosis: A systematic review. *Minerva Ginecologica*, 69(6), 587-596. <https://doi.org/10.23736/S0026-4784.17.04082-5>

Della Corte, L., Di Filippo, C., Gabrielli, O., Reppuccia, S., La Rosa, V. L., Ragusa, R., ... Giampaolino, P. (2020). The burden of endometriosis on women's lifespan: A narrative overview on quality of life and psychosocial wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), Article 13.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17134683>

El 1 Digital. (2024, 22 de septiembre). *El Senado bonaerense aprobó la ley de endometriosis: es necesario que esta enfermedad se conozca*.

<https://www.el1digital.com.ar/sociedad/el-senado-bonaerense-aprobo-la-ley-de-endometriosis-es-necesario-que-esta-enfermedad-se-conozca/>

Fraser, N. (2006). *Reframing justice in a globalizing world*. *New Left Review*, 36, 69-88.

Fraser, N. (1997). *Justice interruptus: Critical reflections on the "postsocialist" condition*. Routledge.

Giudice, L. C., Horne, A. W., & Missmer, S. A. (2023). Time for global health policy and research leaders to prioritize endometriosis. *Nature Communications*, 14(1), 8028. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-43913-9>

Gobierno de Colombia. (2023). *Estrategia intersectorial para la promoción de la salud y cuidado menstrual en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/estrategia-intersectorial-salud-cuidado-menstrual.pdf>

Hend Abdallah EL Sayed, Effect of an Educational Intervention on Quality of Life and Sexual Function in Women with Endometriosis. *International Journal of Studies in Nursing*; Vol. 3, No. 2; 2018 doi:10.20849/ijsn.v3i2.452

Hou, H.-T., Lin, T.-C., Wu, M.-H., & Tsai, S.-J. (2023). Feel so bad: Is *Fusobacterium* the suspect causing endometriosis? *Trends in Molecular Medicine*, 29(10), 780–782. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2023.08.003>

Hufty, J. (2010). Gobernanza en salud pública: Hacia un marco analítico. *Revista de Salud Pública*, 12(sup 1), 39–61.

Hufty, J., Báscolo, E., & Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: Un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(Sup), S35–S45.

Johnson, N. P., Hummelshoj, L., Adamson, G. D., Keckstein, J., Taylor, H. S., Abrao, M. S., ... Giudice, L. C. (2016). World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Human Reproduction*, 32(2), 315–324. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew293>

Kho, R. M., et al. (2018). Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 51, 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.020>

La Diaria. (2024, 22 de septiembre). *El Senado aprobó el proyecto de ley sobre endometriosis que busca mejorar el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad*. <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2024/9/el-senado-aprobo-el-proyecto-de-ley-sobre-endometriosis-que-busca-mejorar-el-diagnostico-y-el-tratamiento-de-la-enfermedad/>

Lee, S. Y., Koo, Y. J., & Lee, D. H. (2021). Classification of endometriosis. *Yeungnam University Journal of Medicine*, 38(1), 10–18. <https://doi.org/10.12701/yujm.2020.00444>

Lousada Arochena, J. (2000). El tratamiento jurídico de la fibromialgia en perspectiva de género. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 26, 30–37.

Mechsner, S. (2022). Endometriosis, an ongoing pain—Step-by-step treatment. *Journal of Clinical Medicine*, 11(2), 467. <https://doi.org/10.3390/jcm11020467>

Ministerio de Salud de Chile. (2023). *Orientaciones técnicas para la atención integral de la endometriosis*. <https://www.sochog.cl/wp-content/uploads/2023/05/ORIENTACIONES-TECNICAS-ENDOMETRIOSIS-MINSAL.pdf>

Montanari, E., Dauser, B., Keckstein, J., Kirchner, E., Nemeth, Z., & Hudelist, G. (2019). Association between disease extent and pain symptoms in patients with deep infiltrating endometriosis. *Reproductive BioMedicine Online*, 39(5), 845–851. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2019.06.006>

Moradi Y, Shams-Beyranvand M, Khateri S, Gharahjeh S, Tehrani S, Varse F, Tiyyuri A, Najmi Z. (2021). A systematic review on the prevalence of endometriosis in women. *Indian J Med Res*. 2021 Mar;154(3):446-454. doi: 10.4103/ijmr.IJMR\_817\_18. PMID: 35345070; PMCID: PMC9131783. [https://doi.org/DOI: 10.4103/ijmr.IJMR\\_817\\_18](https://doi.org/DOI: 10.4103/ijmr.IJMR_817_18)

National Action Plan for Endometriosis. (2018). *National Action Plan for Endometriosis*. <https://www.exampleurl.com>

Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d’Hooghe, T., Nardone, F. de C., Nardone, C. de C., Jenkinson, C., Kennedy, S. H., & Zondervan, K. T. (2019). Reprint of: Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: A multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, 112(4), e137–e152. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.08.082>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (Final report of the Commission on Social Determinants of Health). WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

Organización Mundial de la Salud. (2018, 23 de agosto). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Endometriosis*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>



Osorio García, S. N. (2010). John Rawls: Una teoría de justicia social y su pretensión de validez para una sociedad como la nuestra. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, 5(1), 137–160. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1909-30632010000100008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-30632010000100008&lng=en&tlng=es)

Pascoal, E., Wessels, J. M., Aas-Eng, M. K., Abrao, M. S., Condous, G., Jurkovic, D., ... Leonardi, M. (2022). Strengths and limitations of diagnostic tools for endometriosis and relevance in diagnostic test accuracy research. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 60(3), 309–327. <https://doi.org/10.1002/uog.24892>

Peter A. W. Rogers, BSc, PhD, G. David Adamson MD; Research Priorities for Endometriosis: Recommendations From a Global Consortium of Investigators in Endometriosis. *Reproductive Sciences* 2017, Vol. 24(2) 202-226.

Patel, B. G., Lenk, E. E., Lebovic, D. I., Shu, Y., Yu, J., & Taylor, R. N. (2018). Pathogenesis of endometriosis: Interaction between endocrine and inflammatory pathways. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 50, 50–60. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.006>

Radio Nacional de Colombia. (2023). *ASOCOEN: La fundación que trabaja por y para las mujeres con endometriosis*. <https://www.radionacional.co/actualidad/asocoen-la-fundacion-que-trabaja-por-y-para-las-mujeres-con-endometriosis-0>

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Harvard University Press.

Rodríguez, C., Lamothe, L., Barten, F., & Haggerty, J. (2010). Gobernanza y salud: Significado y aplicaciones en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 151–159.

Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford University Press.

Sen, A. (2002). *Health: perception versus observation*. *BMJ*, 324(7342), 860–861. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.860>

S, J., L, A., T, F., & M, A. (2024). Transgender and gender diverse people with endometriosis: A perspective on affirming gynaecological care. *Women's Health (London, England)*, 20. <https://doi.org/10.1177/17455057241251974>

Seo, Hyunjin et al. "Social media activism and women's health: Endometriosis awareness and support." *Digital health* vol. 11 20552076251314905. 21 Jan. 2025, doi:10.1177/20552076251314905

Shafrir, A. L., Farland, L. V., Shah, D. K., Harris, H. R., Kvaskoff, M., Zondervan, K., & Missmer, S. A. (2018). Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 51, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.001>

Simons, S., Dunselman, G., Dirksen, C., Hummelshoj, L., Bokor, A., Brandes, I., ... D'Hooghe, T. (2014). The burden of endometriosis: Costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170(1), 69–73. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.12.018>

Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, Brodsky V, Canis M, Colombo GL, DeLeire T, Falcone T, Graham B, Halis G, Horne A, Kanj O, Kjer JJ, Kristensen J, Lebovic D, Mueller M, Vigano P, Wulschleger M, D'Hooghe T. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Hum Reprod*. 2012 May;27(5):1292-9. doi: 10.1093/humrep/des073. Epub 2012 Mar 14. Erratum in: *Hum Reprod*. 2014 Sep;29(9):2073. PMID: 22422778. <https://doi.org/10.1093/humrep/des073>

Smolarz, B., Szyłło, K., & Romanowicz, H. (2021). Endometriosis: Epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics (review of literature). *International Journal of Molecular Sciences*, 22(19), 10554. <https://doi.org/10.3390/ijms221910554>

Soliman, A. M., Taylor, H. S., Bonafede, M., Nelson, J. K., & Castelli-Haley, J. (2017). Incremental direct and indirect cost burden attributed to endometriosis surgeries in the United States. *Fertility and Sterility*, 107(5), 1181–1190.e2. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.03.020>

Swift, B., Taneri, B., Becker, C. M., Basarir, H., Naci, H., Missmer, S. A., Zondervan, K. T., & Rahmioglu, N. (2024). Prevalence, diagnostic delay and economic burden of endometriosis and its impact on quality of life: Results from an Eastern Mediterranean population. *European Journal of Public Health*, 34(2), 244–252. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad216>

Tragantzopoulou P. Endometriosis and stigmatization: A literature review. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*. 2024;16(2):117-122. doi:10.1177/22840265241248488

UK Parliament. Endometriosis: Women in the Workplace Volume 760: debated on Wednesday 15 January 2025. Disponible en

<https://hansard.parliament.uk/commons/2025-01-15/debates/F7C0062D-EAE9-49BE-B9AB-3E5804FA0B29/EndometriosisWomenInTheWorkplace>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (2022). Políticas públicas sobre endometriose no Brasil. <https://www.ufrgs.br/jornal/politicas-publicas-sobre-endometriose-no-brasil/>

Valls-Llobet, C., Banque, M., Fuentes, M., & Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre hombres y mujeres. *Anuario de Psicología*, 39(1), 2–22.

Vannuccini, S., Clemenza, S., Rossi, M., & Petraglia, F. (2022). Hormonal treatments for endometriosis: The endocrine background. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 23, 333. <https://doi.org/10.1007/s11154-021-09666-w>

Vercellini, P., Parazzini, F., Polatti, F., & Crosignani, P. G. (2014). Endometriosis: Pathogenesis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(5), 261–275. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2013.255>

Zondervan, K. T., Becker, C. M., & Missmer, S. A. (2020). Endometriosis. *The New England Journal of Medicine*, 382(13), 1244–1256. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1810764>