



República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Bogotá, febrero de 2003

JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA
Ministro de la Protección Social

JUAN GONZALO LÓPEZ CASAS
Viceministro de Salud y Bienestar

ANA CRISTINA GONZÁLEZ VÉLEZ
Directora General de Salud Pública

LUZ ELENA MONSALVE RÍOS
Coordinadora Grupo de Promoción y Prevención

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ
Coordinador Grupo de Gestión Integral en Salud Pública

VICTOR HUGO ALVAREZ CASTAÑO
Coordinador Grupo de Vigilancia en Salud Pública

Grupo consultor

CLAUDIA LUCÍA BOADA CHAPARRO
MIRIAM COTES BENÍTEZ
ADRIANA DE LA ESPRIELLA DE LEÓN

Secretaria técnica del proyecto
MARTHA YANETH GUARÍN



FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN EJECUTIVO

1. CONCEPTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2. OBJETIVO GENERAL

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4. METAS

5. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

6. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

7. ESTRATEGIAS

7.1 Promoción de la SSR mediante estrategias de (IEC)

7.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

7.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

7.4 Fortalecimiento de la participación

7.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo

7.6 Desarrollo de investigación

8. LÍNEAS DE ACCIÓN

8.1 Maternidad segura

8.1.1 Promoción de la maternidad segura

8.1.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

8.1.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

8.1.4 Fortalecimiento de la participación

8.1.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo

8.1.6 Desarrollo de investigación

8.2 Planificación familiar

8.2.1 Promoción de la planificación familiar mediante estrategias de IEC

8.2.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

8.2.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

8.2.4 Fortalecimiento de la participación

8.2.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo

8.2.6 Desarrollo de investigación

8.3 Salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes

8.3.1 Promoción de la SSR de los/las adolescentes mediante estrategias de IEC

- 8.3.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional
- 8.3.3 Fortalecimiento de la gestión institucional
- 8.3.4 Fortalecimiento de la participación
- 8.3.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo
- 8.3.6 Desarrollo de investigación

8.4 Cáncer de cuello uterino

- 8.4.1 Promoción de la salud mediante estrategias de IEC
- 8.4.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional
- 8.4.3 Fortalecimiento de la gestión institucional
- 8.4.4 Fortalecimiento de la participación
- 8.4.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo
- 8.4.6 Desarrollo de investigación

8.5 ITS, VIH/SIDA

- 8.5.1 Promoción de la SSR mediante estrategias de IEC
- 8.5.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional
- 8.5.3 Fortalecimiento de la gestión institucional
- 8.5.4 Fortalecimiento de la participación
- 8.5.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo
- 8.5.6 Desarrollo de investigación

8.6 Violencia doméstica y sexual

- 8.6.1 Promoción de la salud mediante estrategias de IEC
- 8.6.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional
- 8.6.3 Fortalecimiento de la gestión institucional
- 8.6.4 Fortalecimiento de la participación
- 8.6.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo
- 8.6.6 Desarrollo de investigación

9. FINANCIACIÓN

10. MAPA DE COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES

Anexo 1. Otras líneas de acción en SSR

Anexo 2. Municipios con indicadores deficientes en SSR

Bibliografía consultada

PRESENTACIÓN

Esta Política es la materialización de un sueño. De otro de tantos sueños que tuvo el Ministro Juan Luis Londoño de la Cuesta y que con un entusiasmo arrollador nos impulsó a nosotros para sacarlo adelante. El quería escribir estas palabras y en razón de su ausencia solo quisiéramos decir, acá está la política formulada para responder a los problemas mas serios que tiene nuestro país en un campo tan decisivo para el desarrollo individual y social, como lo es el de la salud sexual y reproductiva.

Que sean su entusiasmo, su confianza y su entrega, los que nos impulsen a todos y cada uno de quienes tenemos la responsabilidad de hacer de esta política una realidad. Que sea su ejemplo de servidor público intachable el que nos ilumine para cumplir a cabalidad con las tareas y las metas que nos hemos fijado para estos cuatro años.

ANA CRISTINA GONZALEZ VELEZ
Directora General de Salud Pública

AGRADECIMIENTOS

Para la construcción de esta propuesta se adelantaron múltiples reuniones con diferentes actores institucionales y sociales: asociaciones médicas y universidades; EPS, ARS e IPS; ministerios y otras agencias gubernamentales del nivel nacional y local; ONG's y organismos internacionales de cooperación; entidades territoriales y expertos. Muchos de los aportes hechos por los participantes en estas reuniones están incluidos aquí, especialmente aquellos que se han considerado prioritarios para poder cumplir con las metas propuestas. Por ello, queremos dar nuestros agradecimientos a estos actores sin cuya colaboración la redacción de esta política no hubiera sido viable.

RESUMEN EJECUTIVO

Este documento presenta la política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) para el periodo 2002 a 2006. Parte de una conceptualización de la SSR, de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez, incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, incluye un análisis de la situación de SSR en Colombia, en el cual se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y desarrollo, y se precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la propuesta: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual.

La política también retoma diversos antecedentes jurídicos y políticos, nacionales e internacionales, que respaldan la propuesta estratégica incluida, entre los que se destacan: las conferencias mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y la Constitución Nacional y sus desarrollos, entre otros. El planteamiento básico es que los DSR son parte de los derechos humanos y, por lo tanto, deben trabajarse desde esta perspectiva, al igual que desde la perspectiva que reconoce que la salud es un servicio público.

En cuanto al objetivo general plantea mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. Los objetivos específicos tienen que ver con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con la ampliación de la cobertura del SGSSS, con el fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiológica, con el impulso al Sistema de Información en Salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas. Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.

Los principios que orientan la política son: la concepción de los DSR como derechos humanos, la equidad social y de género, el empoderamiento de las mujeres y la cualificación de la demanda, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios.

Con base en todo lo anterior, las estrategias que plantea la política son: promoción de la salud mediante acciones de IEC, coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecimiento de la gestión institucional, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo. Para cada uno de los temas presenta líneas de acción que desarrollan las estrategias.

La política de SSR también incluye un aparte sobre las posibles fuentes de financiación para su implementación, un mapa de competencias y responsabilidades que incluye a los principales actores del sector y de otros sectores en el tema de la SSR, un anexo que enumera los otros temas de SSR que pueden abordarse de acuerdo con las especificidades de las diferentes regiones y localidades (cáncer de seno, otros cánceres del aparato reproductivo femenino, los cánceres del aparato reproductivo masculino, la menopausia y la SSR de los/as adultos/as mayores), y otro anexo que muestra cuáles son los municipios de Colombia con indicadores deficientes en SSR. Por último, incluye la bibliografía consultada para el desarrollo de la propuesta.

1. CONCEPTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.¹

¹ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, OMS.

2. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Impulsar en la población medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en SSR.
- Ampliar la cobertura en el SGSSS de la población con factores de vulnerabilidad en SSR.
- Fortalecer la red de servicios del país, en relación con la oportunidad, calidad e integralidad de la atención en los eventos de SSR, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la capacidad y el compromiso del recurso humano y la implementación de los sistemas de información.
- Implementar acciones de vigilancia y control de la gestión en el nivel nacional y territorial.
- Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la SSR, como factor fundamental para la toma de decisiones.
- Fortalecer el Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) como herramienta que permita conocer la situación de la SSR.
- Promover la investigación en SSR como mecanismo de toma de decisiones políticas y técnicas.
- Desarrollar acciones que vinculen a diversos sectores e instituciones para impactar los problemas de la SSR.
- Aprovechar las redes sociales como escenario de intercambio de información y apoyo solidario en las áreas prioritarias de la política de SSR.

4. METAS PARA LOS PRÓXIMOS CUATRO AÑOS

- **Maternidad segura:** reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.
- **Planificación familiar:** incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas.
- **Salud sexual y reproductiva en la población adolescente:** reducir el embarazo en adolescentes en un 26%. La fecundidad en adolescentes ha incrementado en los últimos años: para el año 2000 es de 19%.^{2,3}. Teniendo en cuenta todas las implicaciones que se derivan de esta situación se propone, mediante acciones de distinto orden, reducir la fecundidad al 14% (es decir, cinco puntos porcentuales con respecto al 19%, lo cual equivale al 26% del total de embarazos adolescentes).
- **Cáncer de cuello uterino:** alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) en el 90% de la población objeto, y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos.
- **Prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA:** mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos.
- **Violencia doméstica y sexual:** incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores.

² De acuerdo con la ENDS (Profamilia), en 2000 el 19% de las adolescentes han sido madres o están embarazadas.

³ Plan Estratégico DGSP 2001.

5. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La salud sexual y reproductiva y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país. Los indicadores de SSR están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y, en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital. Por esta razón, una política que apunte a mejorar la SSR es estratégica para producir un impacto significativo sobre algunos de los factores de inequidad y subdesarrollo y para lograr transformaciones importantes en términos de bienestar y calidad de vida de los individuos y de la colectividad.

Reconociendo el impacto estratégico de la SSR, la presente política recoge los compromisos adquiridos por Colombia en los instrumentos internacionales de derechos humanos⁴ y en las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995),⁵ cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de SSR.

La Constitución Nacional define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado.⁶ Los DSR son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y la atención de

⁴ Entre otros, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención Americana de Derechos Humanos, Convención de Belém do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y Convención de los Derechos del Niño.

⁵ Otras conferencias internacionales relevantes son la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y las conclusiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas del año 2001, sobre la epidemia de SIDA en el mundo.,

⁶ Constitución Política, Art. 2.

las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida⁷ (por ejemplo, poner en riesgo la vida de las mujeres por embarazo u otros aspectos relacionados con la procreación); a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación⁸ (por ejemplo, igualdad independientemente del sexo, la edad, la orientación sexual, la etnia o cualquier otro factor); a la integridad personal⁹ (por ejemplo, a tener una vida sexual y reproductiva libre de acoso, coerción o violencia), entre otros. Es así como los desarrollos internacionales sobre DSR también tienen respaldo jurídico en la normatividad constitucional colombiana y, por lo tanto, su garantía y ejercicio incluye el derecho básico a alcanzar el nivel más elevado de SSR para contribuir al desarrollo de las personas y al mejoramiento de su calidad de vida, y el derecho de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción, libres de coerción, discriminación y violencia. Esto incluye la toma de decisiones sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, e implica la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de la información y medios para ello, así como el acceso, la calidad, la privacidad, la confidencialidad, y la integralidad de los servicios.

La Constitución Nacional define la atención en salud y la seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado, que deben ser prestados conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esto implica una responsabilidad indelegable para el Estado, que no se altera por la facultad que le confiere la Constitución de delegar la prestación de servicios en entidades privadas, sobre las cuales existe un deber de vigilancia y control y quienes deben asumir la prestación de los servicios de salud con criterios de responsabilidad social.

En Colombia, la situación de SSR muestra que es inaplazable la implementación de una política integral que logre modificar indicadores que siguen siendo muy preocupantes. Los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de SSR son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales. Además de estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su

⁷ Constitución Política, Art. 11.

⁸ Constitución Política, Art. 13.

⁹ Constitución Política, Arts. 12, 15, 16.

contexto específico. Para modificar estas ideas asociadas a la sexualidad y la reproducción, la sola divulgación de información ha demostrado ser insuficiente, por lo que se requieren mecanismos capaces de lograr la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para mejorar la SSR de manera que tengan sentido para las personas individualmente y en términos de convivencia social.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la SSR están asociados a debilidades en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y limitaciones de las posibilidades de acceso, así como en la institucionalización de prácticas que en algunos casos hacen que la atención sea fragmentada y que, por lo tanto, carezca del componente de integralidad esencial para garantizar un servicio adecuado. Otro factor que afecta la gestión es la falta de conocimiento o de unidad de criterios en la interpretación de las normas, la falta de apropiación de las mismas y la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción en los casos en que se omite su aplicación. En el nivel territorial, es necesario fortalecer la formación del recurso humano y los mecanismos de asistencia técnica, apoyar los procesos de evaluación de las entidades que hacen parte del SGSSS en cada departamento, distrito o municipio, y consolidar espacios de coordinación entre las entidades aseguradoras y los entes territoriales. De la misma manera, las IPS deben fortalecer los mecanismos de formación del recurso humano en la normatividad vigente y mejorar los sistemas de información relativos a la implementación del Sistema Integral de Información en Salud (SIIS) para la vigilancia en salud pública. Los mecanismos de control de costos en ocasiones ponen en peligro la calidad de las acciones y responden a problemas de desarticulación entre los niveles directivo y técnico y al bajo desarrollo de habilidades de gestión. Estas condiciones dificultan la realización de acciones en el área de SSR en condiciones de equidad y calidad y se convierten en factores que amenazan el cumplimiento de metas desde la oferta de los servicios.

En un área que involucra tantos aspectos de la vida de las personas como la SSR, las estrategias de coordinación interinstitucional e intersectorial adquieren una importancia crucial para garantizar el cumplimiento de las obligaciones del Estado. La ausencia o debilidad de los mecanismos de coordinación se traduce en duplicación de esfuerzos, desarticulación de acciones y, en general, en menores niveles de eficacia en las intervenciones. Por esta razón, la implementación exitosa de la política en SSR exige la generación de alianzas estratégicas y la potencialización de los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado alrededor de agendas comunes.

Así mismo, en el campo de la SSR resulta relevante fortalecer las redes sociales significativas para las distintas personas, las cuales, por diversas razones tales como el parentesco, la importancia de compartir experiencias con pares en ciertas etapas de la vida, la movilización a la hora de una emergencia, entre muchas otras, terminan convirtiéndose en agentes importantes a la hora de la realización de acciones que demanden información y apoyo, en el contexto de la confianza y la solidaridad. En términos generales, es necesario que en nuestro país estas redes sean potenciadas ya que su accionar informado y oportuno puede, en muchos casos, contribuir al logro de las metas propuestas, mientras que su debilitamiento puede en unos casos incluso entorpecer el desarrollo de acciones propuestas desde las diferentes instancias estatales y gubernamentales.

La investigación cuantitativa y cualitativa en SSR, desde el punto de vista estadístico y de indicadores, biomédico y tecnológico así como socioeconómico y cultural, debe ser la principal herramienta para la toma de decisiones sobre criterios de intervención y acciones. A pesar de que se han adelantado estudios en este tema, hay vacíos importantes de información y de confiabilidad de los datos que señalan la urgencia de estimular los esfuerzos de investigación en todas las áreas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Finalmente, la SSR está afectada por factores de inequidad asociados a la mayor carga que enfrentan las mujeres en los eventos reproductivos debido a la baja participación de los hombres y a la falta de control social derivada de la poca participación y la ausencia de empoderamiento de las/os usuarios de los servicios.

Las áreas de la SSR más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y, por lo tanto, las áreas que deben ser prioritariamente atendidas son la alta tasa de muertes maternas, el aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA, la falta de servicios de atención integral para adolescentes y el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas, el alto porcentaje de embarazos no planeados, la alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino y los altos índices de violencia doméstica y sexual que afectan no sólo las condiciones de salud de las víctimas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social. A pesar de que éstas son las áreas de intervención prioritarias para el desarrollo de la presente política, no debe desconocerse que existen otros temas importantes para la SSR que deberán abordarse de acuerdo con las necesidades y características de las diferentes regiones del país.¹⁰

¹⁰ Ver Anexo sobre otros temas de SSR.

Mortalidad materna

Según las cifras del Ministerio de Salud, 67.7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos mueren en Colombia por causas asociadas a la maternidad,¹¹ aunque algunas regiones tienen tasas muy superiores al promedio. Si se tiene en cuenta que no todas las muertes maternas quedan registradas como tales, muy probablemente la cifra es aún mayor y pone de presente la urgencia de adoptar una política de SSR orientada a reducir los factores de vulnerabilidad y a introducir mejoras drásticas en la cobertura y la calidad de la atención. Teniendo en cuenta que el porcentaje de partos atendidos institucionalmente es alto (94% de las mujeres de zonas urbanas y 69.8% en las zonas rurales¹²), la disminución de la tasa de mortalidad materna requiere, entre otros, mejorar sustancialmente la calidad de la atención del parto institucional y de los controles prenatales, implementar mecanismos que permitan la captación temprana de las mujeres gestantes, identificar y tratar los riesgos biológicos y psicosociales, e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes de las zonas rurales y de conflicto armado, entre otros. Así mismo, es indispensable mejorar los sistemas de información y registro de muertes maternas y desarrollar procesos de análisis de los casos de muertes maternas que permitan identificar los factores determinantes de la mortalidad por esta causa, especialmente en las regiones con tasas más elevadas. Con el fin de equilibrar las cargas que significa la reproducción, no sólo debido a los factores biológicos sino a factores culturales y sociales, es importante también estimular la participación de los hombres en el proceso de maternidad y en la crianza de los hijos.

Planificación familiar

El embarazo no planeado no es un problema exclusivo de la población adolescente. Más de la mitad de las mujeres embarazadas (el 52%) reporta no haber deseado el embarazo en ese momento.¹³ Las diferencias más significativas entre la tasa de fecundidad observada y la deseada se presentan en las zonas rurales, en las regiones Oriental y Pacífica, entre las mujeres con menores niveles de escolaridad y entre las mujeres desplazadas. Estas cifras sugieren problemas en el acceso, la utilización, apropiación y continuidad de los métodos de planificación familiar, y significan un costo elevado en términos de salud y calidad de vida, en la medida en que los embarazos no planeados pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro.

¹¹ Ministerio de Salud, *Situación de salud en Colombia, indicadores básicos 2002*.

¹² PROFAMILIA. ENDS - 2000.

¹³ PROFAMILIA. ENDS - 2000.

Aún persisten mitos y creencias sobre la fecundidad y la reproducción que carecen de base científica y que pueden poner en riesgo la salud, o que inducen a la toma de decisiones sobre la base de premisas equivocadas. Es necesario, por lo tanto, diseñar mecanismos para divulgar información confiable sobre las características, ventajas y desventajas de los distintos métodos, y posicionar las decisiones sobre la reproducción como parte del proyecto de vida de cada persona.

También es importante estimular la responsabilidad y participación de los hombres en el control de la fecundidad, así como favorecer condiciones para la toma de decisiones, individuales y de pareja, libres e informadas frente a la reproducción, diseñar mecanismos para superar los prejuicios culturales frente a la prescripción de anticonceptivos y promover la orientación y la información sobre la doble protección.

Población adolescente

Las/os adolescentes están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana. Al mismo tiempo hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres (17% en 1995 y 19% en el 2000), porcentaje que es considerablemente superior entre las adolescentes de las zonas rurales (26%) y aún mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (30%).¹⁴ El embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas. El embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza.

El factor más fuertemente relacionado con el aumento de la fecundidad entre la población de adolescentes es el bajo nivel de escolaridad (que a su vez está asociado a condiciones de pobreza):¹⁵ las adolescentes sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo mucho antes que las que tienen algún nivel de escolaridad. El otro factor asociado al embarazo adolescente es el lugar de residencia:¹⁶ las jóvenes de las zonas rurales tienden a tener relaciones sexuales e hijos más temprano que las de las zonas urbanas. En el litoral Pacífico el número de

¹⁴ PROFAMILIA. *Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas*. Bogotá, 2001.

¹⁵ PROFAMILIA. ENDS - 2000.

¹⁶ PROFAMILIA. ENDS - 2000.

adolescentes embarazadas es el doble que en el resto del país. Así mismo, entre las jóvenes en situación de desplazamiento el embarazo precoz es cada vez más común, bien sea como producto de condiciones de vivienda muy precarias que favorecen las relaciones sexuales, o como alternativa de proyecto de vida, caso en el que se trata de una decisión tomada con información y condiciones para el ejercicio de la autonomía individual muy precarias.

Los programas de promoción y prevención y los servicios destinados a la población general no responden a las necesidades específicas de los/las jóvenes. La población adolescente requiere acciones de promoción de SSR específicamente diseñados para ella, con su participación e involucrando las redes sociales de pares, educadores y familia, entre otras, así como servicios de atención integrales que respondan a las necesidades y características propias de su ciclo vital. Los/las adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención y, por lo tanto, es indispensable que el sistema cuente con mecanismos que les permitan aprovechar las oportunidades en que se acercan a solicitar orientación o servicios, particularmente para suministrarles métodos de control de la fecundidad y de protección contra ITS y VIH/SIDA, y para vincularlos a programas específicos según sus necesidades.

Con la población adolescente es de particular importancia trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. Por otro lado, es evidente que la sola divulgación de información no es suficiente para desarrollar competencias sociales orientadas hacia el estímulo de las condiciones que garantizan la toma de decisiones y el ejercicio de una sexualidad sana, libre, satisfactoria y responsable en esa etapa del ciclo vital.

Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en la población de mujeres entre 30 y 59 años y la segunda causa de mortalidad general por neoplasias.¹⁷ Sin embargo, debido a la tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas, el cáncer de cuello uterino afecta a mujeres cada vez más jóvenes. Está asociado a comportamientos sexuales de riesgo, a bajos niveles de escolaridad y económicos, a la falta de apropiación de usuarias y prestadores de servicios de la importancia de la CCV como medio eficaz para la detección del

¹⁷ DANE. *Sistema de Registro civil y estadísticas vitales: archivo de defunciones*. En: Ministerio de Salud, Plan Estratégico de Salud Pública, 2002.

cáncer de cuello uterino y a la falta de continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Por lo tanto, es necesario sensibilizar a las mujeres, incluyendo a las adolescentes, sobre la importancia del autocuidado y de la realización de citologías periódicas, así como diseñar mecanismos que permitan aprovechar otros momentos de contacto del sistema de salud con las usuarias y que permitan ampliar la cobertura del SGSSS para facilitar el acceso al diagnóstico y tratamiento. En las zonas de difícil acceso, bien sea por condiciones geográficas o por causa del conflicto armado, es importante diseñar estrategias que faciliten el acceso de las mujeres a los exámenes de diagnóstico.

ITS y VIH/SIDA

La prevalencia de ITS tales como la sífilis, la infección gonocócica y la trichomoniasis urogenital, se encuentran por encima de los promedios mundiales. La tasa de incidencia de la sífilis congénita es de 0.95 por 1.000 nacidos vivos, pero se estima que la cifra esconde un subregistro muy alto. La hepatitis B y el herpes genital muestran una clara tendencia al aumento.¹⁸

La incidencia del VIH/SIDA ha aumentado en grupos de población distintos a los tradicionalmente considerados como de riesgo o vulnerabilidad, particularmente jóvenes y mujeres, además de homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres. Entre 1986 y 2000, la proporción de infectados pasó de 47 a 7 hombres por mujer.¹⁹ Esto revela la necesidad de desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad, que incluyan no solamente la divulgación de información sobre los medios de transmisión de la enfermedad, sino que apunten a la modificación de los factores de riesgo o vulnerabilidad y que estimulen el uso del condón como el método de protección más eficaz contra las ITS y el VIH.

Igualmente, la prevención de ITS y VIH exige la continuidad y calidad de los controles prenatales y el acceso a las pruebas de diagnóstico de personas distintas a las tradicionalmente consideradas en riesgo de adquirir alguna de estas enfermedades, incluyendo a las mujeres embarazadas.

¹⁸ Ministerio de Salud. *Macroproyecto: protección de la salud pública en el ámbito nacional*. 2002.

¹⁹ Ministerio de Salud. *Macroproyecto: protección de la Salud Pública en el ámbito nacional*, 2002.

Violencia doméstica y sexual

Finalmente, es importante llamar la atención sobre el grave problema de salud que implica la violencia doméstica y sexual. En gran medida, estos tipos de violencia son manifestaciones de la violencia de género, teniendo en cuenta que la mayoría de las víctimas son mujeres. La violencia doméstica y sexual tiene un impacto directo sobre la salud de las personas y, por eso, debe ser abordada desde una política de SSR, sin que esto quiera decir que se desconocen otros tipos de violencia igualmente graves que requieren intervención del Estado. Todos los actos de violencia tienen consecuencias individuales y sociales muy graves. Pese al subregistro, el número de personas que acude a alguna instancia a denunciar hechos de violencia o a buscar ayuda es cada vez mayor y compromete cada vez más recursos humanos y financieros del Estado. Un solo acto de violencia puede afectar a quien lo sufre durante el resto de su vida y constituye una violación grave a varios derechos humanos fundamentales. Según los datos de la ENDS-2000, el 65% de las mujeres alguna vez unidas ha sufrido violencia verbal, el 41% violencia física, y el 11% ha sido violada por su pareja. Entre las mujeres desplazadas los porcentajes son alarmantes: el 52% de las mujeres alguna vez unidas reporta haber sufrido algún tipo de maltrato físico y el 36% ha sido forzada a tener relaciones sexuales por desconocidos. Solamente el 22% de las mujeres que han sido maltratadas reporta haber denunciado el hecho ante las autoridades. En cuanto el maltrato a los menores, el 41% ha recibido golpes del padre, el 26% de la madre, el 20% de la persona que lo cuida y el 13% del padrastro o madrastra.²⁰

Desde el punto de vista de la salud pública, numerosos estudios demuestran que la violencia doméstica y sexual está íntimamente relacionada con problemas de SSR tales como alteraciones ginecológicas, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y enfermedad pélvica, sin contar los costos para el sistema de salud directamente producidos por las atenciones de las lesiones y los costos laborales y económicos para la persona lesionada y para la sociedad. Por otra parte, quienes viven una relación abusiva frecuentemente tienen dificultades para rechazar las relaciones sexuales que no desean, para negociar el uso del condón o para utilizar otros métodos anticonceptivos y, por lo tanto, están en riesgo de embarazos no planeados y de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

²⁰ PROFAMILIA. ENDS - 2000.

5. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA

Esta política nacional de salud sexual y reproductiva adopta como principios que la inspiran y orientan, el enfoque según el cual los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, la búsqueda de la equidad (particularmente en términos de género y de justicia social), el principio de la igualdad de trato y de oportunidades (concepto que incluye el tratamiento diferenciado de las necesidades especiales), el empoderamiento, la intervención focalizada, y la concepción de la salud como servicio público que debe ser prestado con criterios de calidad, eficiencia, universalidad y solidaridad.

Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos

Además de lo expresado antes respecto al contenido de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos fundamentales, la concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos implica el reconocimiento de su carácter de universales, intransferibles e inalienables y la obligación del Estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio.

Equidad

Los factores de inequidad más claramente asociados a la SSR tienen que ver con la situación de desventaja que muestran los elementos del diagnóstico para los sectores de la población más pobre, de menor nivel de escolaridad, sin cobertura del SGSSS, habitantes de las zonas rurales, mujeres y, muy especialmente, para la personas en situación de desplazamiento o habitantes de las zonas de conflicto. Para estas personas todos los riesgos asociados con la sexualidad y la reproducción son mucho mayores que para el resto de la población. Por lo tanto, mejorar las condiciones de acceso y la calidad de los servicios y la información contribuirá a superar un factor de inequidad, lo cual es un elemento importante en la búsqueda de la justicia social. De otro lado, la política también aborda las inequidades derivadas de las desigualdades en las relaciones entre los sexos, asociadas principalmente con la mayor carga que enfrentan las mujeres en la división sexual tradicional de las tareas sociales, la baja participación de los hombres y la precariedad de las habilidades de negociación de ambos sexos en los asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Empoderamiento

En el mismo orden de ideas, el empoderamiento debe entenderse en dos sentidos: por un lado, el empoderamiento de las mujeres encaminado hacia la construcción de relaciones entre los sexos más equitativas que permitan la toma de decisiones autónomas y en igualdad de condiciones con los hombres, teniendo en cuenta que las mujeres enfrentan inequidades en este sentido que tienen repercusiones no sólo en el acceso real y la calidad de los servicios sino también en el poder para participar en el sector. El empoderamiento de las mujeres y la consecuente mejora en su situación económica, social y cultural, son elementos indispensables para el desarrollo. El empoderamiento de las mujeres debe ir acompañado del estímulo a la participación de los hombres en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y, en general, con las responsabilidades domésticas y frente a la crianza de los hijos. El segundo sentido del empoderamiento se refiere a la cualificación de la demanda, es decir, a los mecanismos para dotar a las/os usuarios de los servicios de salud de las herramientas necesarias para exigir y hacer cumplir sus derechos y para asumir la responsabilidad individual y social frente al cuidado de la salud.

Intervención focalizada

Las acciones para desarrollar la política de SSR deben priorizarse con base en criterios de focalización que contribuyan a la equidad y a la justicia social. Por lo tanto, deben implementarse acciones que tengan en cuenta las características y necesidades específicas de las zonas donde los indicadores muestran condiciones de vida más precarias, como las zonas rurales, las zonas de conflicto armado y las zonas marginales urbanas. Así mismo, las intervenciones deben priorizar a las personas con menores niveles de escolaridad, las desplazadas, los jóvenes y, en general, la población en condiciones de pobreza.

Salud como servicio público prestado con criterios de calidad

Además de los criterios de calidad para la prestación de servicios de salud desarrollados en el Decreto 2309 de 2002,²¹ la calidad en la prestación de servicios de SSR debe considerar elementos tales como la confidencialidad, la formación adecuada del recurso humano, no sólo en los aspectos médicos, técnicos, de seguridad, de sistemas de referencia y contrarreferencia y normativos sino en habilidades de comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género y condiciones que les permitan a los usuarios y usuarias la toma de decisiones informadas.

²¹ Estos criterios son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

La garantía de calidad incluye, además, el criterio de integralidad que se refiere al acceso a la totalidad de los servicios requeridos sin fragmentar la atención y teniendo en cuenta particularidades y necesidades específicas de los/las usuarios/as según su ciclo vital, sexo, contexto sociocultural o cualquier otro factor que exija adecuar la prestación de servicios a condiciones especiales.

7. ESTRATEGIAS

Las siguientes estrategias apuntan a resolver los principales problemas de SSR en nuestro país. Todas contemplan el desarrollo de acciones que confluyen en la promoción de la salud y la prevención y la atención de la enfermedad en el contexto de relaciones adecuadas de costo efectividad y con el objeto de proteger la salud individual y pública. Para la implementación de esta política por los diferentes actores del SGSSS, es fundamental realizar un análisis focalizado que contemple las particularidades de las regiones, la población y sus características, las condiciones de prestación de los servicios y el papel que desempeñan otros sectores implicados en la consecución de las metas (ver capítulo 10, Mapa de competencias y responsabilidades), así como las intervenciones en otros temas que puedan ser relevantes.

La implementación de las estrategias en los diferentes niveles de intervención (nacional, departamental y municipal) debe realizarse de acuerdo con las competencias y responsabilidades de cada uno de ellos establecidas en la Ley 715 de 2001. En concordancia con esta ley, el nivel nacional establece la normatividad necesaria para el desarrollo de las líneas de acción, ofrece asistencia técnica a los entes territoriales en cada una de las temáticas prioritarias de la política de SSR y realiza el control de las acciones realizadas en la población. A su vez, las entidades departamentales formulan los planes, programas y proyectos que desarrollen cada una de las temáticas de SSR en armonía con las metas nacionales y adecuando tales disposiciones a las prioridades de cada departamento, asesora a los municipios en los aspectos técnicos y operativos necesarios y vigila el desarrollo de las acciones en la población. Los municipios desarrollan los planes, programas y proyectos en las áreas priorizadas en la política de SSR en la población de su jurisdicción de conformidad con las prioridades nacionales y departamentales, vigilan la acción coordinada de los prestadores y aseguradores el cumplimiento de las mencionadas líneas de acción.

7.1 Promoción de la SSR mediante estrategias de IEC

La promoción de la salud, entendida como la creación de las condiciones que hacen viable la salud, puede llevarse a cabo mediante estrategias de IEC. En este caso se trata de planear, implementar y evaluar acciones para generar o desarrollar competencias cognitivas y sociales²² en los individuos y los colectivos en el marco

²² En el campo educativo, competencia se define como la capacidad de pensar, ser y actuar frente a una tarea específica en un contexto dado. Las competencias que desarrolla un individuo pueden ser de dos tipos: las cognitivas, que tienen que ver con el ámbito del desarrollo intelectual, y las sociales que tienen que ver con el campo de la relación con los

del logro y mantenimiento de la salud. Para lograr la promoción de la SSR mediante estrategias de IEC es necesario realizar acciones contextualizadas y coherentes con las prioridades establecidas y no de implementar medios aislados que poco se compadecen de las características del público al que están dirigidas y de su necesidad de pensar, actuar y ser en este contexto.

La promoción de la SSR mediante estrategias de IEC se constituye en una línea de intervención especialmente útil ya que mediante el desarrollo de las competencias cognitivas y sociales que éstas promueven es posible sensibilizar y movilizar a los individuos, creando así un clima propicio para el cambio. Para promover la salud mediante acciones de IEC es importante tener en cuenta la construcción de escenarios simbólicos que anticipen la experiencia que más tarde se reproducirá en el mundo real y sacar el tema de la SSR del ámbito de lo privado convirtiéndolo en un tema de interés y debate público.

7.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

La coordinación intersectorial e interinstitucional es un medio para que todos los actores del Estado y de la sociedad civil que tienen responsabilidades y competencias en el tema de la SSR asuman un papel activo en función de una agenda común cuyo objetivo es que la población se beneficie de las intervenciones planteadas en los diferentes campos que tienen que ver con la SSR. Para que dicha coordinación sea eficiente y efectiva es necesario crear espacios de discusión, encuentro y trabajo conjunto con estos actores mediante alianzas estratégicas tanto para las acciones del orden nacional como para las territoriales y locales, y favorecer las alianzas entre los diferentes actores del SGSSS. En el ámbito de la coordinación interinstitucional e intersectorial es importante promover canales de comunicación con otras naciones y organizaciones, en lo que se refiere a cooperación técnica, logística o financiera contextualizada en las líneas de acción prioritarias del país.

7.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

En el SGSSS existen varios actores que tienen a su cargo diferentes funciones que apuntan hacia un objetivo común. Del accionar apropiado de cada uno de ellos depende la consecución de la misión general del sistema: fomentar, obtener y mantener la salud de la población. El concepto de gestión abarca todas las acciones que se realizan tanto al interior de las instituciones como las relaciones que éstas

otros/otras. Como se deduce de la definición de competencia que aquí se da, el desarrollo de una competencia determinada involucra los diferentes aspectos del ser: su capacidad de pensar, su actitud y sus prácticas.

establecen con otras y las que deben realizarse en conjunto en función de un objetivo determinado. Las acciones que se emprenden en las instituciones para mejorar su funcionamiento, ejercer sus competencias y asumir sus responsabilidades forman parte de la estrategia de fortalecimiento de la gestión institucional. Con esta premisa se identifican, entre otros, algunos aspectos específicos: en el marco normativo general se requieren propuestas de formulación o reforma de la legislación (planes de beneficios, ampliación de cobertura en población vulnerable, vigilancia y el control, entre otros). En el campo del seguimiento y la vigilancia es necesario implementar conjuntamente con los entes de control (Superintendencia Nacional de Salud, Contraloría y Procuraduría, entre otros) acciones concretas que refuercen la responsabilidad de las entidades y permitan evaluar su gestión en SSR. En el contexto del desempeño de las acciones de SSR con características de calidad, se plantean mecanismos de evaluación que permitan brindar incentivos de diversos tipos y reconocimiento a las entidades aseguradoras o prestadoras de servicios y a las entidades territoriales, que muestren indicadores de gestión en SSR exitosos y que generen en el sector acciones de mejoramiento continuo y búsqueda de la excelencia. También es necesario que la gestión ineficiente sea objeto de las sanciones previstas en la normatividad de los entes de control y que, además, se implementen otros mecanismos que involucren el conocimiento público del desempeño y se genere control social para que los usuarios puedan tomar decisiones informadas y mejor fundamentadas sobre su atención.

En las entidades territoriales, las acciones se dirigen a desarrollar la capacidad para analizar las situaciones y proponer soluciones específicas, y proporcionar asistencia técnica y ejercer la vigilancia y control en su departamento con base en un adecuado sistema de información que permita la toma de decisiones de manera oportuna y acertada. De igual manera, la vigilancia en salud pública se convierte en herramienta indispensable para la identificación y el direccionamiento de las acciones prioritarias en SSR en cualquiera de los niveles de decisión. Las EPS y ARS deben priorizar el desarrollo de acciones que han comprobado su costo-efectividad y que permiten en el mediano y en el largo plazo obtener un mejor estado de salud para la población. Para ello, es preciso replantear los mecanismos administrativos de prestación de los servicios, la contratación, las estrategias de contención de costos y la calidad de las acciones modificando su enfoque en beneficio del usuario/a. La red de prestadores de servicios de salud debe fortalecer la infraestructura, la capacidad logística, los procesos y el recurso humano idóneo para la adecuada y segura oferta de las intervenciones.

7.4 Fortalecimiento de la participación social

Dada la organización actual del SGSSS en nuestro país y su esquema de funcionamiento, fortalecer la participación de la sociedad civil de acuerdo con sus competencias y responsabilidades se convierte en una tarea prioritaria para implementar exitosamente todas las acciones que tengan que ver con los diferentes aspectos de la SSR entendidos como derechos humanos y como servicios públicos. Fortalecer la participación ciudadana en el SGSSS tiene que ver con empoderar a las ciudadanas y los ciudadanos para que en el momento de hacer elecciones en el juego democrático y de economía de libre mercado consideren la salud como variable prioritaria en el desarrollo personal y social. Este empoderamiento sólo puede darse mediante la comprensión de que la salud es un derecho humano y un servicio público, así sea prestado por entidades privadas, la comprensión y apropiación de la forma en que el sistema funciona y la asunción de las responsabilidades que cada quien tiene frente al cuidado de su propia salud. Por supuesto, esto está atravesado por la disponibilidad por parte de los usuarios y usuarias de elementos de juicio que les permitan evaluar el Sistema y la prestación de servicios de cara a sus necesidades y los satisfactores adecuados a éstas, en el contexto del fortalecimiento de la capacidad de demanda. Específicamente, participar en el SGSSS tiene que ver con ejercer las acciones propias del control social, en el entendido de que éste comprende una serie de mecanismos y acciones que facilitan el ejercicio responsable de los derechos y deberes ciudadanos de acceder a la información, tomar parte en las decisiones que los afectan y aportar para la construcción colectiva de lo público. En términos concretos, todo lo anterior se traduce en la participación de los individuos y las organizaciones en las ligas o asociaciones de usuarios/as y en los comités de salud de los niveles departamentales y locales.

7.4 Potenciación de las redes sociales de apoyo

En sentido amplio, las redes sociales de apoyo se refieren al conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, con quienes conversamos e intercambiamos señales que nos permiten dar o recibir apoyo social. Estas redes se basan en una serie de interacciones espontáneas que pueden ser descritas en un momento dado y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de prácticas más o menos formalizadas cuyo fundamento es la confianza y la solidaridad como elemento crucial para el intercambio. Las redes sociales trabajan en torno a intercambios no institucionalizados entre parientes, pares, vecinos y amigos, que permiten a los individuos o grupos hacer frente común a situaciones problemáticas. En términos generales, las redes sociales de apoyo comparten información, bienes y objetos materiales, tiempo y espacio entendidos como servicio,

convivencia social, apoyo moral, amistad, compadrazgo, etc., y ayuda extraordinaria en situaciones especiales.²³

En el contexto de la promoción de la SSR y la prevención de los riesgos asociados al ejercicio no responsable de la sexualidad, potenciar las redes de apoyo social equivale a proporcionarles a sus integrantes elementos que les permitan generar discursos, actitudes y prácticas orientados a la vivencia de una vida sexual sana, placentera, responsable y libre. Las redes sociales de apoyo pueden utilizarse para transformar concepciones, significados, emociones y prácticas relacionadas con temas como la vivencia de sexualidad en los distintos momentos de la vida, el concepto de riesgo, las relaciones de poder y género, y la violencia doméstica, entre otros. Las redes también pueden brindar el apoyo necesario para acceder a los servicios de salud de manera oportuna y evitar la ocurrencia de complicaciones y muertes innecesarias.

7.5 Desarrollo de investigación

La investigación en SSR debe servir de herramienta para la toma de decisiones políticas y técnicas y abarcar la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, la investigación biomédica y tecnológica, la investigación social, económica y cultural que oriente sobre comportamientos, valores, relaciones de género, factores de riesgo y protectores, necesidades específicas, investigaciones sobre acceso y calidad de los servicios y evaluaciones de impacto y efectividad de los programas de promoción y prevención.

En la recolección, análisis y divulgación de datos se debe tener en cuenta la importancia de desglosarlos por sexo, edad y variables socio económicas que permitan identificar vulnerabilidades específicas, y análisis con perspectiva de género y de ciclo vital, así como relacionar las variables demográficas con aspectos tales como la pobreza, la zona geográfica, la educación y, en general, las condiciones de calidad de vida de las personas.

Para que la investigación sea una herramienta para la toma de decisiones debe divulgarse no sólo entre la comunidad científica y los niveles decisorios de los organismos del Estado, sino entre la sociedad en su conjunto.

²³ Esta caracterización de las redes sociales de apoyo se basa en la discusión presentada en el texto de Mario Bronfman que se reseña en la bibliografía al final.

8. LÍNEAS DE ACCIÓN

8.1 MATERNIDAD SEGURA

Las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a. Para ello, debe darse adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación, el parto y el puerperio, manejar de los riesgos asociados a la maternidad en la madre y el hijo/a y brindar tratamiento a todas las complicaciones que por factores biopsicosociales pueden surgir en este periodo.

8.1.1 Promoción de la maternidad segura mediante estrategias de IEC

Teniendo en cuenta que se presentan altas tasas de mortalidad materna en el país, la maternidad segura plantea acciones para reforzar en la población los beneficios de la captación temprana y la adherencia al control prenatal de la madre y su familia, así como las medidas de autocuidado que deben desarrollarse para el beneficio de la madre y el hijo/a. En concordancia con lo anterior se debe:

- Adelantar acciones para que las mujeres y hombres en edad fértil conozcan sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de consulta preconcepcional, control prenatal, parto, puerperio y atención a menores de un año.
- Fomentar acciones de autocuidado para la maternidad segura que involucren a ambos miembros de la pareja. Estos proyectos deben orientarse a que el hombre participe en el cuidado de la mujer y el recién nacida/o en la gestación, el parto, el puerperio y el primer año de vida del niño/a. Las acciones de información, comunicación y educación deben centrarse en los cuidados y controles postparto, los métodos de planificación familiar, la nutrición adecuada y la lactancia materna, los controles de crecimiento y desarrollo, la aplicación adecuada del esquema de vacunación desde el nacimiento y el establecimiento de relaciones psicoafectivas adecuadas dentro de la pareja y de los padres con el nuevo hijo/a, reconocido como factor protector de la violencia intrafamiliar.
- Promover la discriminación positiva de la mujer gestante o con niños/as pequeños/as en las actividades de la vida cotidiana, tales como acceso privilegiado a lugares públicos, el servicio de transporte público, la priorización en situaciones de emergencia, la atención prioritaria en establecimientos comerciales, entre otros.
- Fomentar el uso seguro y racional de los medicamentos en la gestante mediante estrategias dirigidas a los profesionales de la salud, droguistas, expendedores,

distribuidores y la comunidad en su conjunto, así como advertir sobre los riesgos que implica la automedicación en la gestación.

8.1.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

En este campo se plantea el establecimiento de alianzas estratégicas para la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos dirigidos no sólo de los demandantes de servicios sino también, de manera especial, a los oferentes de los servicios. Las líneas de acción son:

- Promover proyectos de educación formal, no formal e informal para que el personal de salud fortalezca sus competencias en lo que tiene que ver con la maternidad segura en el contexto del respeto por la mujer y sus decisiones. Se deben tener en cuenta la equidad de género en las responsabilidades que debe asumir el hombre en estos eventos, la asunción por parte del personal de salud de sus responsabilidades como servidores públicos y la sujeción a las normas técnicas de detección de alteraciones del embarazo, atención del parto y atención del recién nacido/a.
- Posicionar entre la población la idea de que con controles adecuados y a través de la consulta oportuna es posible reducir los riesgos asociados a la maternidad. Estas acciones deben estar especialmente dirigidas a los padres/madres y al personal de salud.
- Coordinar con los organismos de control las acciones jurídicas correspondientes al establecimiento de investigaciones y/o la imposición de sanciones cuando haya lugar.
- Establecer las acciones correspondientes frente al incumplimiento de la legislación vigente relacionada con la protección laboral de la mujer gestante y en lactancia.

8.1.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

En consecuencia con esta estrategia deben realizarse acciones para:

- Proponer cambios normativos que faciliten el acceso de toda la población a servicios de maternidad segura y de las madres y los recién nacidos asegurados y no asegurados a los diferentes niveles de complejidad según sea el caso.
- Favorecer la identificación de los riesgos para diferentes grupos poblacionales y la prestación de servicios de calidad en todas las regiones del país de acuerdo con las características culturales, étnicas y sociales de las diferentes poblaciones.

- Mejorar la capacidad resolutive de la red de prestadores de servicios de primer nivel de complejidad mediante el fortalecimiento de la infraestructura y los servicios de transporte de emergencia, especialmente en las zonas de difícil acceso y con mayor mortalidad materna.
- Diseñar, en los servicios de salud, procesos que permitan vincular al compañero de la gestante y su familia a los servicios de atención obstétrica y de atención al recién nacido.
- Fortalecer el recurso humano para el tratamiento de las complicaciones del aborto mediante estrategias integrales que consideren los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Aprovechar el puerperio mediato para la iniciación de otros programas tales como la planificación familiar, el programa ampliado de inmunizaciones y el control del crecimiento y desarrollo del recién nacido/a, entre otros.
- Fortalecer, en las IPS de los niveles tres y cuatro de complejidad, el manejo de las urgencias obstétricas mediante la adecuada formación del recurso humano y el fortalecimiento de la infraestructura con énfasis en bancos de sangre.
- Fortalecer la capacidad del recurso humano para clasificar el riesgo obstétrico y remitir a la gestante con oportunidad al nivel de complejidad correspondiente durante cualquier momento de la gestación, el parto o el puerperio.
- Desarrollar mecanismos de seguimiento de la norma técnica de atención al recién nacido/a en todas las instituciones que atienden eventos obstétricos, incluyendo la aplicación de las inmunizaciones del recién nacido/a con énfasis en la primera dosis de antihepatitis B.
- Fortalecer las acciones para orientar e inducir la demanda de los usuarios hacia el control prenatal y la atención del parto institucional especialmente en las poblaciones más vulnerables y en concordancia con los lineamientos del PAB.
- Fortalecer el sistema de vigilancia de casos de muertes maternas en cada uno de los departamentos mediante el mejoramiento del sistema de información y estadísticas vitales y la implementación y fortalecimiento de los comités de vigilancia de mortalidad materna y perinatal en todas las instituciones de salud.
- Mejorar en las direcciones territoriales de salud la capacidad de análisis, seguimiento y toma de decisiones en relación con la mortalidad materna y fortalecer los mecanismos de vigilancia a las instituciones responsables del cumplimiento de acciones obligatorias para la gestante y el recién nacido/a.

8.1.4 Fortalecimiento de la participación

En este campo, el fortalecimiento del papel que cumple la sociedad es fundamental para el mejoramiento de las condiciones relacionadas con la maternidad y la

realización de intervenciones oportunas para que ésta sea segura. En este sentido se han priorizado las siguientes acciones:

- Promover mecanismos de quejas y reclamos que tengan que ver con consecuencias negativas en todo el proceso de gestación, parto y puerperio para la madre, el padre o el/la menor de un año. En este caso es necesario enfatizar los deberes y derechos no sólo del personal de salud sino también del padre y la madre, teniendo en cuenta que debe existir un grado de información adecuada que permita realizar este ejercicio con responsabilidad.
- Promover la vinculación de los padres y madres de familia a las ligas y asociaciones de usuarios de las EPS y ARS y a instancias de decisión que tengan que ver con la maternidad segura a nivel municipal.

8.1.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo

- Identificar en los servicios de salud las redes sociales que se rodean a la gestante con el fin de realizar acciones precisas que permitan intercambiar la información y apoyo necesarios durante la gestación, el parto, el puerperio y la lactancia, haciendo especial énfasis en las acciones a realizar en situaciones de emergencia.
- Informar a las organizaciones comunitarias de los riesgos que pueden asociarse a la gestación y la importancia de acudir oportunamente a los servicios de salud en caso de emergencia.
- Vincular al control prenatal a otros miembros del núcleo familiar para que, mediante una adecuada información y formación, puedan acompañar a la mujer gestante en situaciones de emergencia o detectar factores de riesgo que requieran intervención.
- Estimular en las redes sociales identificadas la organización de mecanismos de apoyo (transporte de emergencia, acompañamiento, desplazamiento en zonas de conflicto, entre otros) a las mujeres gestantes en situaciones de emergencia, especialmente en zonas de difícil acceso por diversos factores.
- Trabajar con las redes de apoyo, y en el contexto de la interculturalidad, la transformación de creencias en costumbres y prácticas tradicionales que se han identificado como no seguras y que ponen en peligro la vida de la madre y el recién nacido/a.
- Poner en conocimiento de las redes sociales los principales riesgos y patologías asociados a la gestación, el parto y el puerperio identificados en cada zona geográfica con el fin de favorecer acciones de intervención oportunas.

8.1.6 Desarrollo de investigación

En cuanto al desarrollo de investigación se plantean las siguientes acciones:

- Apoyar la investigación biomédica en relación con las patologías asociadas a la mortalidad materna y las intervenciones prioritarias dirigidas a disminuir su ocurrencia.
- Llevar a cabo investigaciones operacionales y de evaluación de las diferentes acciones regionales realizadas para la promoción de la salud, prevención de las complicaciones y atención de la gestante y del recién nacido para replicar las experiencias.
- Desarrollar investigaciones sociales y biomédicas sobre las prácticas y creencias populares que pueden obstaculizar el normal desarrollo de la gestación con consecuencias negativas frente a la madre y su hijo, y divulgar sus resultados en la comunidad, con especial énfasis en las redes sociales de apoyo de las madres.

8.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las estrategias y acciones en cuanto a este tema tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a.

8.2.1 Promoción de la planificación familiar mediante estrategias de IEC

En este campo las acciones están dirigidas a que:

- Los hombres y las mujeres en edad fértil se apropien de sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de planificación familiar en el contexto de la inducción de la demanda temprana de dichos servicios. Es de especial interés que en este tema se realicen acciones específicamente dirigidas a los y las adolescentes y a hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad y que se centren en el autocuidado en términos de controlar el número de hijos/as y el espaciamiento entre ellos.
- Los hombres conozcan los métodos de planificación familiar específicamente diseñados para ellos y desarrollen actitudes y prácticas de autocuidado en este sentido. En este campo es prioritario trabajar sobre los mitos culturales en torno a la planificación familiar, detectados mediante encuestas de comportamiento, que impiden el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

- Se fomente la doble protección entre hombres y mujeres en edad fértil, con especial énfasis en los adolescentes y en los hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad.
- Se promueva, en la población masculina, la anticoncepción con métodos de barrera, entendida como una responsabilidad individual que no sólo se circunscribe a la mujer.
- Se promueva la participación del hombre en las decisiones relacionadas con la planificación familiar en el contexto del respeto por las decisiones que cada uno de los miembros de la pareja tome en este sentido.

8.2.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

Para el desarrollo de esta estrategia es necesario promover alianzas estratégicas con el sector educativo formal, no formal e informal, con especial énfasis en los medios masivos de comunicación para:

- Propiciar cambios de actitud con base en información confiable en la población escolarizada y no escolarizada sobre diferentes métodos de planificación familiar, entre ellos la abstinencia sexual y el retardo de la edad de inicio de relaciones genitales.
- Desarrollar competencias para decidir el número de hijos/as que se quiere tener y el espaciamiento entre ellos, como decisión que compete a ambos miembros de la pareja. Igualmente, debe enfatizarse que la utilización o no de métodos de planificación familiar es una decisión que se mueve en el ámbito de la autonomía y la responsabilidad personal y social, en el contexto del proyecto de vida que cada cual escoge para sí.

8.2.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

En este campo las acciones planteadas tienen que ver con:

- Fortalecer la capacidad operativa, técnica y de gestión de las instituciones y entidades territoriales responsables de la prestación de los servicios para identificar y solucionar puntos críticos que limitan la accesibilidad y oportunidad del suministro de métodos de planificación familiar, diferenciando por zona geográfica y grupo étnico o poblacional.
- Diseñar modelos de atención que garanticen la integralidad, accesibilidad y continuidad en el proceso de consejería y suministro de métodos de planificación familiar, con especial énfasis en poblaciones con factores de vulnerabilidad.

- Promover los cambios normativos necesarios para incluir, con criterios de costo-efectividad, diversos métodos de planificación dirigidos a hombres y mujeres en los planes de beneficios de la población asegurada y para garantizarlos en la población no asegurada.
- Establecer los mecanismos idóneos para la adquisición de los medicamentos anticonceptivos e insumos en las IPS que prestan servicios de planificación familiar a población asegurada y no asegurada.
- Capacitar el recurso humano en salud en los métodos de anticoncepción de emergencia, disponer de los mismos para que sean suministrados cuando existan indicaciones para su formulación e implementar acciones de canalización hacia la consejería de planificación familiar.
- Incluir en las actividades de planificación familiar la consulta preconcepcional como estrategia efectiva para el tratamiento de patologías previas a la gestación, con especial énfasis en sífilis.
- Desarrollar modelos de vigilancia epidemiológica mediante la verificación del cumplimiento de metas en los servicios de planificación familiar utilizando los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) generados en las IPS, y diseñar e implementar métodos alternativos de evaluación rápida de coberturas que permitan tomar decisiones y reorientar acciones.
- Fortalecer las acciones de vigilancia y control, en el nivel territorial y nacional, tanto en el seguimiento de las normas técnicas vigentes para la planificación familiar como de la conveniencia de los mecanismos operativos seguidos por las instituciones responsables para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la aplicación de los métodos anticonceptivos.

8.2.4 Fortalecimiento de la participación

En este campo se han priorizado las siguientes acciones, las cuales deben centrarse en las organizaciones de participación social y comunitaria:

- Posicionar el tema de la planificación familiar en asociaciones y ligas de mujeres para que demanden planes, programas, proyectos, servicios y métodos eficaces y eficientes de planificación familiar que tengan en cuenta las diferentes características de los grupos poblacionales vulnerables.
- Promover en los hombres la planificación familiar como parte del autocuidado que debe existir en relación con el número de hijos/as y su espaciamiento.
- Empoderar a las mujeres para que tomen parte activa en las decisiones sobre los métodos de planificación familiar en la consejería que se brinda en servicios de salud.

8.2.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo

Una vez identificadas las redes sociales de apoyo las acciones deben enfocarse a que:

- Los hombres desarrollen actitudes y prácticas de autocuidado relacionadas con la anticoncepción.
- Las mujeres transformen creencias erróneas acerca de las consecuencias de aplicar algunos métodos de planificación familiar y accedan a consejería de planificación familiar en servicios de salud.

8.2.6 Desarrollo de investigación

En este campo se plantean las siguientes acciones:

- Promover investigaciones sociales para implementar estrategias efectivas que cambien actitudes y prácticas erróneas en hombres y mujeres frente a la planificación familiar.
- Desarrollar proyectos de investigación en las instituciones prestadoras de servicios que permitan conocer las condiciones de accesibilidad, continuidad y calidad de los servicios prestados en planificación familiar.
- Llevar a cabo investigaciones que permitan identificar barreras de acceso en los usuarios (geográficas, grupos étnicos, socioculturales, entre otras) para la implementación de las acciones.

8.3 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES

La SSR de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Las líneas de acción en las diferentes estrategias son:

8.3.1 Promoción de la SSR de los/las adolescentes mediante estrategias de IEC

En este campo es de especial importancia llevar a cabo acciones de IEC que involucren no sólo a los y las adolescentes sino a las redes sociales, de la sociedad civil e institucionales de las que ellos hacen parte (pares, padres y madres de familia, docentes, organizaciones juveniles, etc.). Las acciones para adolescentes deben tener

en cuenta las características específicas de este grupo poblacional en términos de sus necesidades y los satisfactores apropiados a éstas, las implicaciones psicológicas y sociales inherentes a este periodo, y su experiencia y, por ello, deben involucrarlos no sólo como receptores sino como formuladores, en el contexto de la construcción de un proyecto de vida autónomo, responsable, libremente escogido, satisfactorio y útil para ellos mismos y para la sociedad. Con base en lo anterior, en el campo de la promoción de la SSR mediante estrategias de IEC se plantea la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos dirigidos a que los y las adolescentes, especialmente de las poblaciones más vulnerables y con énfasis tanto en los hombres como en las mujeres:

- Lleven a cabo acciones de autocuidado centradas en la doble protección.
- Demanden métodos anticonceptivos adecuados a sus condiciones.
- Desarrollen capacidades de negociación con su pareja sobre el método anticonceptivo y de protección que se elige en un momento dado.
- Se apropien de la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones genitales, la frecuencia con que éstas se tienen, y la edad de la concepción.
- Asuman que la sexualidad y la reproducción y la forma en que éstas se viven están determinadas por condicionamientos culturales y sociales que es posible deconstruir en el marco del proyecto de vida que cada quien elige para sí.
- Se cuestionen los modelos sociales y culturales que posicionan el embarazo precoz como una forma de ganar status o reconocimiento social o afectivo.
- Rechacen la violencia sexual y doméstica (física y psicológica) como modelo de relación afectiva o de resolución de conflictos.

8.3.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

En desarrollo de esta estrategia se plantea el establecimiento de alianzas estratégicas para la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos de formación inicial y en servicio, mediante acciones de educación formal, no formal e informal, dirigidas a los oferentes y demandantes de servicios de SSR y a las redes de las que hacen parte los y las adolescentes. Estas alianzas estratégicas deben dirigirse a:

- La formulación conjunta de currículos para el desarrollo de competencias comunicativas y de gestión en los estudiantes de profesiones de la salud en el campo específico del trabajo con los adolescentes. Estas competencias deben seguir desarrollándose mediante acciones de formación continuada.
- La revisión de los contenidos de los libros de educación sexual que se utilizan en las instituciones con miras a que sus contenidos sean precisos y estén libres de perspectivas moralistas sobre la SSR.

- El desarrollo de una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana por parte del recurso humano que trabaja en las IPS y los educadores y educadoras sexuales.
- La implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de los adolescentes.
- La participación activa de los y las adolescentes y los padres y madres de familia en la formulación y seguimiento a los proyectos de educación sexual que se llevan a cabo en las instituciones escolares de educación básica y media.
- La formación de los diferentes miembros de la comunidad educativa (directivos, docentes, padres/madres de familia y estudiantes) en actitudes y prácticas de educación sexual para la creación de un clima de confianza y diálogo entre padres/madres de familia e hijos/hijas, para la prevención del embarazo precoz y para la toma de decisiones informadas en lo que se refiere al inicio temprano de relaciones sexuales y la interacción sexual con diferentes parejas.
- La formación de los miembros de la comunidad educativa para la prevención de la violencia doméstica (física y psicológica) y la violencia sexual, y la promoción de estilos pacíficos de resolución de conflictos.
- La obtención y provisión de ayuda psicológica y legal en caso de ser víctimas de violencia doméstica o sexual.
- La generación de proyectos dirigidos a la comunidad en su conjunto, con especial énfasis en las organizaciones de adolescentes, sobre temas relacionados con la educación sexual que involucren como formadores a los adolescentes mismos, a los padres/madres de familia y a diferentes miembros de la comunidad. Los temas discutidos y promovidos deben tener en cuenta los lineamientos generales sobre educación sexual emanados del Ministerio de Educación Nacional y hacer hincapié en el fortalecimiento de las capacidades de negociación en la relación de pareja mediante la comunicación abierta y directa.
- La promoción de proyectos para la implementación de ambientes saludables.
- El apoyo a programas y proyectos escolares relacionados con la promoción de una vida sana.

8.3.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

El fortalecimiento de la gestión institucional en cuanto a la SSR de los adolescentes está dirigido a la reorientación de los servicios para que realmente sean útiles a este grupo poblacional. En este campo se plantea realizar las siguientes acciones:

- Diseñar mecanismos operativos para que los servicios de SSR se realicen de manera eficaz evitando oportunidades perdidas.

- Canalizar a los y las adolescentes hacia los programas que se ofrecen para ellos a través de otros servicios de salud, con el fin de realizar la consejería y el ingreso a las actividades de promoción de la SSR.
- Formar a los y las prestadores de servicios de salud en el abordaje adecuado en los momentos de encuentro con los y las adolescentes con el fin de mantenerlos adheridos a los programas de SSR dirigidos a ellos.
- Promover mecanismos para facilitar el acceso de los y las adolescentes a medios anticonceptivos apropiados.
- Disponer de métodos de anticoncepción de emergencia para suministrar cuando existan indicaciones para su formulación y realizar acciones de canalización hacia los servicios de SSR en población adolescente para el establecimiento de métodos eficaces y seguros.
- Fortalecer las acciones de vigilancia y control en el nivel territorial y nacional en lo relacionado con el seguimiento de las normas técnicas vigentes, haciendo especial énfasis en los mecanismos operativos empleados para brindar la consejería y garantizar el suministro oportuno y continuo de los métodos anticonceptivos elegidos.

8.3.4 Fortalecimiento de la participación

Las estrategias y líneas de acción en cuanto al fortalecimiento de la participación de las/los adolescentes deben centrarse en:

- Facilitar el acceso y promover la participación cualificada de los y las adolescentes como individuos o como parte de organizaciones juveniles en las asociaciones y ligas de usuarios que funcionan en torno a las EPS y ARS o en los comités de salud departamentales o municipales.
- Empoderar a los y las adolescentes para que demanden, a través de sus organizaciones, el cumplimiento de las normas del POS para adolescentes en el tema de SSR.
- Promover las responsabilidades de los adolescentes en cuanto al autocuidado, con especial énfasis en la doble protección.

8.3.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo

En este caso se trata de realizar las siguientes acciones:

- Identificar las redes sociales de apoyo de los/las adolescentes que existen en las diferentes comunas y/o localidades y en las instituciones escolares, entre otros,

para ofrecerles programas de educación integral y de servicios centrados en la promoción de la salud sexual y reproductiva, la doble protección, la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones sexuales y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

- Sensibilizar a la población en su conjunto, mediante acciones masivas de comunicación, sobre la importancia de las redes sociales de apoyo de adolescentes para enfrentar situaciones como el embarazo precoz y la transmisión de ITS y VIH.
- Posicionar entre la población adolescente el papel que pueden cumplir sus redes sociales de apoyo en la promoción de acciones de autocuidado personal y colectivo.

8.3.6 Desarrollo de investigación

En este campo las acciones deben dirigirse a:

- Realizar investigaciones cualitativas sobre el comportamiento de los y las adolescentes frente a temas como el embarazo precoz y las ITS, VIH-SIDA.
- Realizar investigaciones cuantitativas y cualitativas para establecer las causas de la baja participación de los y las adolescentes en las ligas de usuarios y comités de salud.
- Evaluar la percepción de los y las adolescentes sobre las acciones de educación y comunicación en SSR dirigidas a ellos.
- Realizar investigaciones que permitan adecuar los servicios de SSR a las necesidades específicas de los y las adolescentes.
- Realizar investigaciones tendientes a detectar las redes de apoyo de los adolescentes en diferentes localidades y comunas, espacios escolarizados, barrios y veredas, entre otros.

8.4 CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Las acciones en este campo deben dirigirse a la promoción de factores protectores y a la reducción de factores de riesgo, el fomento del autocuidado mediante la realización de citología cervicovaginal (CCV) desde el inicio de la vida sexual, la detección temprana de este tipo de cáncer en servicios de salud mediante CCV en condiciones de calidad, la continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento y el estricto seguimiento al mismo.

8.4.1 Promoción de la CCV mediante estrategias de IEC

En este campo las acciones priorizan el cambio de comportamientos en mujeres y hombres en relación con el autocuidado y la prevención de factores de riesgo, y la demanda de la CCV. En este sentido deben realizarse acciones para que:

- Las mujeres en diferentes etapas de su ciclo vital asuman actitudes de autocuidado en la prevención del contagio con Papiloma Virus Humano (VPH) como factor de riesgo para esta neoplasia y demanden la CCV como principal medio de diagnóstico para la detección del cáncer de cuello uterino.
- Los hombres conozcan las medidas de autocuidado que deben tener en relación con la transmisión de VPH y su relación con el cáncer de cuello uterino en las mujeres.
- Se difunda información a la población general sobre la incidencia del cáncer de cuello uterino y los factores protectores.

8.4.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

Para el desarrollo de esta estrategia es necesario promover alianzas estratégicas especialmente con el sector educativo y los medios masivos de comunicación para:

- Realizar cambios normativos en relación con los contenidos de los currículos de los profesionales del área de salud que incluyan además de conocimientos, el desarrollo de habilidades prácticas en la detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino.
- Llevar a cabo acciones de educación informal, con el apoyo de los medios masivos de comunicación y las organizaciones de mujeres, para posicionar en la sociedad en su conjunto la citología periódica como medio diagnóstico eficaz para la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

8.4.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

En este campo se priorizan las siguientes líneas de acción que tiene que ver con:

- Aprovechar otros momentos de contacto con las usuarias para brindar información sobre la importancia de la CCV y canalizarlas hacia la toma de la misma. En el caso de la población desplazada y en zonas de acceso geográfico restringido o conflicto armado, la toma masiva de CCV deberá emplearse como el mecanismo más efectivo para la prevención de cáncer de cuello uterino en esta población.

- Promover mecanismos administrativos costo-efectivos y ágiles para garantizar la adquisición y existencia de los insumos necesarios para la toma y lectura de CCV en las IPS.
- Fortalecer la calidad de la CCV tanto en la toma como en la lectura, garantizando la formación inicial y en servicio del recurso humano que incorporen el desarrollo de competencias específicas relacionadas con el procedimiento.
- Garantizar la continuidad del proceso diagnóstico para la población asegurada y no asegurada mediante propuestas normativas basadas en criterios de costo-efectividad.
- Implementar acciones de vigilancia y controlar la aplicación de las normas técnicas, promover la calidad de los procedimientos diagnósticos y verificar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cada caso, así como imponer las sanciones a que haya lugar ante el incumplimiento de estas condiciones.
- Fortalecer el Sistema de Información en Salud desde las IPS como unidades generadoras primarias así como mantener la notificación necesaria a los entes de vigilancia en salud pública con el fin de analizar los indicadores de impacto y de proceso, retroalimentar a los departamentos y localidades y proponer las directrices normativas consecuentes.

8.4.4 Fortalecimiento de la participación

En desarrollo de esta estrategia las acciones deben dirigirse a:

- Promover el derecho a la CCV entre las mujeres o grupos de mujeres vinculados a las asociaciones y ligas de usuarios. Esta promoción debe hacerse conjuntamente con organizaciones de la comunidad o de la sociedad civil que trabajen en el tema de salud y mujer y apoyarse en alianzas estratégicas con los medios masivos de comunicación, en el contexto de la generalización de la citología como medio eficaz para la detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Identificar espacios de interacción cotidiana entre mujeres, para realizar acciones encaminadas a informar sobre los riesgos asociados al cáncer de cuello uterino y promocionar la CCV como medio diagnóstico efectivo.

8.4.5 Potenciación de redes de apoyo social

Una vez identificadas las redes sociales de apoyo deben realizarse acciones de:

- Información de los factores de riesgo y factores protectores asociados al cáncer de cuello uterino así como de la eficacia de la CCV para la detección.
- Estimulo a la realización de CCV en las zonas que presentan alta incidencia de cáncer de cuello especialmente en las redes de apoyo de adolescentes.
- Apoyo grupal a las mujeres que padecen cáncer de cuello y/o han sido histerectomizadas como consecuencia de éste.

8.4.6 Desarrollo de investigación

En esta estrategia se debe priorizar acciones relacionadas con:

- Desarrollar investigaciones biomédicas y sociales que permitan focalizar proyectos para disminución de factores de riesgo específicos y promoción de factores protectores, así como documentar los puntos críticos en el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino que permitan implementar correctivos.
- Realizar investigaciones sobre la incidencia del cáncer de cuello uterino en adolescentes así como los factores de riesgo asociados a la enfermedad.

8.5 ITS Y VIH/SIDA

El trabajo en este campo comprende acciones dirigidas no sólo a las poblaciones vulnerables sino a toda la población en su conjunto, relacionadas con la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, el acceso de la población a la detección y el tratamiento adecuado de las ITS y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.

8.5.1 Promoción de la SSR mediante estrategias de IEC

En desarrollo de esta estrategia, se plantea la formulación, desarrollo y evaluación de acciones de IEC con especial énfasis en las poblaciones más vulnerables y que tengan en cuenta a las organizaciones sociales que trabajan con VIH-SIDA para que:

- Se empodere a hombres y mujeres para que utilicen el condón como herramienta de comprobada eficacia para la protección contra las ITS incluido el VIH. En este caso debe trabajarse en el contexto de la responsabilidad y la escogencia de un proyecto de vida con el que cada quien se sienta satisfecho/a.
- Se derrumben las barreras culturales frente al uso del condón, tanto por parte de los hombres como de las mujeres, establecidas en encuestas de comportamiento.

- Se posicione el diálogo, el respeto, la honestidad, la solidaridad y la responsabilidad, entre otros valores, en el contexto de la construcción de un proyecto de vida autónomo, como factores que podrían proteger contra las ITS y el VIH/SIDA.
- Se difundan los resultados de investigaciones sobre incidencia y mecanismos de transmisión de ITS, VIH-SIDA en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones que se lleven a cabo y promover acciones de autocuidado específicas para diferentes poblaciones.

8.5.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

En este campo deben promoverse alianzas estratégicas para que:

- En las instituciones de educación básica y media se contemplen proyectos que promuevan estilos de vida saludables y proyectos de educación para una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana basada no sólo en la genitalidad sino en todos los elementos psicosociales que la configuran.
- Los trabajadores de los servicios de salud y los y las educadoras sexuales derrumben barreras de comportamiento frente a la prevención y atención de ITS, VIH y SIDA o de las personas reactivas al VIH o viviendo con SIDA.
- Se formen multiplicadores comunitarios para que lleven a cabo actividades de educación no formal e informal centradas en la promoción de una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana. En este caso debe trabajarse de acuerdo con los lineamientos sobre educación sexual emanados del Ministerio de Educación Nacional.
- Se realicen proyectos de educación no formal e informal para que las organizaciones sociales y muy especialmente las organizaciones de adolescentes, de mujeres y de homosexuales fortalezcan prácticas en lo que tiene que ver con la prevención de la transmisión de ITS-VIH y la convivencia con las personas reactivas al VIH o viviendo con SIDA.

8.5.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

Las acciones en este campo deben dirigirse a:

- Fomentar el diagnóstico temprano de la infección por VIH/SIDA mediante la promoción de la prueba voluntaria y con consentimiento informado. Esto implica fortalecer los servicios de asesoría pre-prueba y post-prueba para garantizar la decisión libre e informada de los consultantes, con especial énfasis en los jóvenes,

las mujeres embarazadas o en consulta preconcepcional y en los padres de los futuros niños/as.

- Reforzar las medidas de control de la red nacional de bancos de sangre con el fin de garantizar el suministro de sangre segura a toda la población que lo requiera.
- Fortalecer los procesos de asistencia técnica y comunicación específicos para el personal de salud y las EPS, ARS e IPS para que faciliten el acceso al diagnóstico y tratamiento del VIH-SIDA, se implementen planes de bioseguridad y se garantice sangre segura.
- Fortalecer la implementación del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y vigilar el seguimiento de las normas técnicas de detección de las alteraciones del embarazo y atención del parto y del recién nacido/a.
- Llevar a cabo acciones de comunicación dirigidas al personal de salud y a la población en edad fértil para difundir información sobre la alta incidencia de la sífilis y promover controles preconcepcionales para detectar y tratar las infecciones.
- Implementar acciones dirigidas a la realización de la prueba con consentimiento informado para VIH a las mujeres embarazadas para frenar la infección perinatal.
- Establecer mecanismos que garanticen la aplicación de la inmunización contra Hepatitis B al recién nacido/a en todas las instituciones que atienden eventos obstétricos.
- Incluir en los planes locales de salud y en los PAB estrategias y actividades de tipo colectivo que apunten a la prevención de las ITS, VIH/SIDA, teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos, las encuestas de comportamiento y los factores de vulnerabilidad identificados para cada grupo en particular.
- Promover los mecanismos necesarios para facilitar el acceso a los medicamentos antirretrovirales mediante la adquisición de los mismos a gran escala y a menor precio.
- Propender por la integralidad de los servicios de promoción, prevención y atención con miras a mitigar el impacto del diagnóstico reactivo para VIH. Los servicios de salud deben acoger las recomendaciones técnicas expedidas por el Ministerio de Salud para garantizar la atención integral y de calidad de los pacientes afectados.
- Realizar acciones de formación inicial y en servicio dirigidas al personal de salud para que modifique sus actitudes y prácticas en cuanto a la importancia de ordenar pruebas independientemente de sus preconceptos sobre quiénes pueden estar en riesgo de haber sido infectados. Existen métodos de interrogatorio y protocolo clínicos que permiten concluir en qué casos se hace necesario ordenar pruebas de detección de ITS y VIH.

8.5.4 Fortalecimiento de la participación

Las acciones en este campo deben dirigirse prioritariamente a:

- Apoyar a las organizaciones públicas y privadas que trabajan en el tema de VIH/SIDA para que participen de forma activa en las asociaciones y ligas de usuarios de las EPS y ARS y en los comités de salud departamentales y locales. Dicha participación debe estar orientada a exigir servicios de atención integral centrados en el acceso a la prueba para el VIH, a la demanda de información epidemiológica y a la difusión masiva de la misma, y a la provisión de sangre segura. Especial atención debe darse a la participación de organizaciones de adolescentes y, en este sentido, debe trabajarse activamente con las instituciones encargadas de proporcionar educación formal para que en sus proyectos de educación sexual incluyan temas relacionados con la participación de los y las adolescentes en el SGSSS en el contexto de la satisfacción de sus necesidades específicas.

8.5.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo

En este caso se trata de realizar las siguientes acciones:

- Identificar las redes sociales de apoyo, trabajando especialmente con los grupos más vulnerables, para ofrecerles programas de educación integral y de servicios centrados en la promoción de la salud sexual y reproductiva, la doble protección, la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones sexuales y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Sensibilizar a la población en su conjunto, mediante acciones masivas de comunicación, sobre la importancia de las redes sociales de apoyo para enfrentar situaciones relacionadas con las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
- Posicionar entre la población vulnerable al VIH/SIDA el papel que pueden cumplir sus redes sociales de apoyo en la promoción de acciones de autocuidado personal y colectivo.
- Apoyar el desarrollo de competencias entre los/las miembros de diferentes redes de apoyo social en el tema del manejo y convivencia con personas reactivas al VIH o viviendo con SIDA.

8.5.6 Desarrollo de investigación

En desarrollo de esta estrategia se plantean las siguientes acciones:

- Realizar investigaciones cualitativas para conocer el comportamiento de diferentes grupos poblacionales en el contexto de los métodos de protección y factores de riesgo para ITS, VIH y SIDA.
- Realizar investigaciones cualitativas y cuantitativas que establezcan el impacto de las acciones de comunicación y educación dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables en el contexto de la prevención de ITS, VIH y SIDA.
- Adelantar investigaciones epidemiológicas sobre el comportamiento de las ITS, VIH y SIDA en los distintos grupos poblacionales, con especial énfasis en adolescentes.
- Desarrollar investigaciones sobre el impacto social y económico del VIH/SIDA y realizar monitoreo de los programas de promoción, prevención y atención existentes en la población asegurada y no asegurada.

8.6 VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL

El sistema de salud debe garantizar la atención integral a las víctimas de violencia doméstica y sexual, con sistemas adecuados de asesoría y referencia. Así mismo, se deben implementar mecanismos de vigilancia en salud pública de la violencia doméstica y sexual (SIVIF), que permitan tener información estadística completa y confiable que sirva para orientar las acciones del Estado, incluyendo la identificación de estrategias de prevención y detección temprana y la promoción de los factores protectores contra la violencia doméstica y sexual.

8.6.1 Promoción de la SSR mediante estrategias de IEC

En este campo se propone realizar las siguientes acciones:

- Desarrollar proyectos dirigidos a que la ciudadanía conozca qué comportamientos constituyen violencia doméstica y sexual y se sensibilice frente a la importancia de rechazarlos y denunciarlos. En este campo específico debe empoderarse a los/las adolescentes y a los niños y niñas para que asuman actitudes claras de rechazo a la violencia como forma de relación o de resolución de conflictos.
- Desarrollar proyectos dirigidos a que la comunidad de vecinos, familiares, compañeros de trabajo se sensibilicen frente a la importancia de rechazar las conductas violentas, de responder de manera solidaria con las víctimas y frente al deber de poner en conocimiento de las autoridades pertinentes los actos de violencia doméstica y sexual de los que tengan sospecha o certeza.²⁴

²⁴ Ley 575, 2000.

- Desarrollar proyectos dirigidos a que los y las usuarias conozcan los derechos y los mecanismos para hacerlos cumplir, en relación con la atención y los servicios que el SGSSS debe proporcionar en los eventos de violencia sexual o doméstica.
- Promover valores asociados con el buen trato, la tolerancia, el respeto, la equidad entre los géneros y el afecto, y desestimular comportamientos y actitudes violentas o discriminatorias.
- Apoyar la divulgación de información sobre violencia doméstica y sexual.
-

8.6.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional

Las acciones en este campo prioritariamente deben dirigirse a:

- Apoyar el fortalecimiento de una instancia de coordinación del nivel nacional para definir los criterios y un modelo general de atención integral a las víctimas de violencia doméstica y sexual que se implemente en todo el país, con las siguientes entidades como mínimo: Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Fiscalía General, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General, ICBF, Instituto de Medicina Legal y Policía Nacional.
- Implementar las estrategias del componente de violencia intrafamiliar (SIVIF) del sistema de vigilancia en salud pública, (SIVIGILA), buscando que los municipios queden incorporados al sistema.
- Acordar con el Ministerio de Educación la incorporación de contenidos sobre violencia doméstica y sexual en los lineamientos de educación sexual. Así mismo, acordar acciones conjuntas para incorporar en el currículo de las facultades de medicina, enfermería y ciencias de la salud, contenidos relacionados con la detección y atención de casos de violencia doméstica y sexual, y con la responsabilidad jurídica de atenderla y denunciarla.
- Apoyar el desarrollo de servicios de consejería, refugio, asesoramiento, rehabilitación y servicios asistenciales para las mujeres que hayan huido o corran el riesgo de ser víctimas de violencia doméstica o sexual.

8.6.3 Fortalecimiento de la gestión institucional

Las acciones prioritarias en este campo son:

- Diseñar mecanismos de vigilancia del cumplimiento de los contenidos normativos relacionados con la detección y atención de los casos de violencia doméstica y sexual (incluyendo la prevención de ITS/VIH y la anticoncepción de emergencia) y estudiar los desarrollos necesarios para imponer sanciones en caso de incumplimiento.

- Fortalecer los procesos de asistencia técnica específicos para el personal de salud y las EPS, ARS e IPS para que garanticen la detección y tratamiento de los casos que llegan a los diferentes servicios, de acuerdo con lo establecido en las normas y guías de atención correspondientes.
- Formar a los prestadores de servicios en la detección temprana de casos de violencia doméstica o sexual, en la consejería que deben dar a los usuarios y las usuarias y en todos los contenidos técnicos sobre el tema, con especial énfasis en la normatividad relacionada con la atención a la mujer y al menor maltratados.

8.6.4 Fortalecimiento de la participación

Las acciones en este campo prioritariamente deben dirigirse a:

- Apoyar a las organizaciones públicas y privadas que trabajan en el tema de violencia doméstica y sexual para que participen de forma activa en las asociaciones y ligas de usuarios de las EPS y ARS. Dicha participación debe estar orientada a exigir los servicios de atención integral a cargo de las entidades prestadoras de servicios de salud y a ejercer acciones de control social de la calidad de dichos servicios.
- Identificar mecanismos que contribuyan al empoderamiento de las personas víctimas de violencia doméstica y sexual, incluyendo niños y niñas y adolescentes, para que conozcan y demanden la prestación de los servicios de atención integral a los que tienen derecho.

8.6.5 Potenciación de las redes sociales de apoyo

Las acciones en este campo deben dirigirse a:

- Desarrollar habilidades para que hombres y mujeres, niños y niñas y adolescentes, establezcan relaciones personales y afectivas que se constituyan en factores protectores contra la violencia, aprovechando para ello las redes sociales de pares, familia, educadores y comunidad, y utilizando los medios masivos de comunicación cuando sea pertinente.
- Definir mecanismos para estimular la creación y consolidación de redes sociales para la prevención de la violencia doméstica y sexual, el apoyo de las víctimas y la modificación de comportamientos de los agresores.
- Identificar redes sociales existentes, incluyendo organizaciones comunitarias y espacios de encuentro locales, a las cuales sea oportuno ofrecer información y formación sobre todos los aspectos relacionados con la violencia doméstica y

sexual, con el fin de aprovechar y potenciar las posibilidades de proporcionar apoyo adecuado y oportuno a las personas víctimas de éstas conductas.

8.6.5 Desarrollo de investigación

Las investigaciones sobre violencia doméstica y sexual deben incluir:

- Investigaciones de recolección y análisis de información estadística y demográfica desagregada por sexo, edad, escolaridad, zona urbana o rural, zona geográfica, estratos socioeconómicos y otras variables que contribuyan a focalizar los comportamientos violentos y los tipos de violencia en los municipios, departamentos y regiones.
- Investigaciones sobre los factores socioculturales que contribuyen a la generación de condiciones en las cuales la violencia doméstica y sexual tiene más probabilidades de ocurrir, así como de los factores protectores contra la misma.
- Investigaciones sobre el impacto, la eficacia y calidad de las políticas y los modelos y procedimientos de atención a las víctimas de violencia.
- Investigaciones sobre mecanismos adecuados para prevenir la violencia doméstica y sexual, incluyendo estrategias que apunten a modificar el comportamiento de las personas que acuden a la violencia.

9. FINANCIACIÓN

Para el desarrollo de las acciones propuestas en la presente política se dispone de varias fuentes de financiación en el SGSSS para la población asegurada y no asegurada.

Fuentes nacionales

Se dispone de recursos de inversión del presupuesto general de la nación que se destinan a los proyectos de Protección de la Salud Pública en cabeza del Ministerio de Salud y del proyecto Prevención Control y Vigilancia en Salud Pública a cargo del Instituto Nacional de Salud. Adicionalmente, mediante propuestas o iniciativas puntuales presentadas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud pueden destinarse los recursos de los excedentes de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) en beneficio de acciones dirigidas a toda la población.

Población asegurada

En el régimen contributivo se cuenta con recursos específicamente destinados a acciones de promoción y prevención en la Subcuenta de Promoción del FOSYGA y con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC general) que en su cálculo prevé la realización de acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública para cada uno de los afiliados cotizantes y beneficiarios.

En el Régimen Subsidiado se cuenta con la UPC-Subsidiada, para la prestación de servicios de salud dentro de los cuales se encuentran los de protección específica y detección temprana, y la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

El artículo 46 de la Ley 715 de 2001, reglamentado mediante el Acuerdo 229 de 2002 del CNSSS, trasladó el 4.01% de la UPC-Subsidiada a los municipios para que éstos presten, de manera directa a la población del régimen subsidiado, los servicios de planificación familiar, CCV para la detección de cáncer de cuello uterino y algunos biológicos del programa ampliado de inmunizaciones, así como otros servicios relacionados con la promoción de la salud.

Población vinculada

De acuerdo con el artículo 157 de la Ley 100 de 1993, la población vinculada tiene derecho a los servicios de atención en salud en las instituciones públicas y en las privadas que tengan contrato con el Estado. En tal sentido, las direcciones departamentales y distritales deben promover en los municipios procesos de organización local para la identificación de la población vinculada (pobres sin subsidio), de tal manera que sea posible planificar los mecanismos para la realización de las intervenciones relacionadas con la SSR con los recursos que se asignan a departamentos, distritos y municipios, provenientes del Sistema General de Participaciones para la atención a la población pobre en aquellos servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, rentas cedidas y recursos propios, entre otros.

Los departamentos, distritos y municipios con los recursos asignados del Sistema General de Participaciones para salud pública realizarán acciones dirigidas a la colectividad en las áreas de promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control de factores de riesgo y vigilancia en salud pública con especial énfasis en acciones del área de SSR.

Población desplazada

Para la atención en SSR de la población desplazada deben articularse todos los actores del SGSSS y, de manera consecuente, las distintas fuentes de financiación. Por consiguiente, la población desplazada que contaba con aseguramiento en el régimen contributivo o subsidiado conserva su cubrimiento y la población no asegurada está cubierta por recursos de oferta y cofinanciación de recursos de FOSYGA.

Sector privado

Se considera de gran importancia la vinculación del sector privado en la financiación o cofinanciación de proyectos relacionados con la SSR que permitan desarrollar las líneas de acción, de manera conjunta con el Ministerio de Salud y con instituciones públicas, y se logren objetivos comunes.

Cooperación internacional

Las acciones y los recursos provenientes de organismos internacionales interesados en los temas de SSR constituyen una herramienta importante para el desarrollo de iniciativas conjuntas que en campos tales como la investigación, la formación de recurso humano, la replicación de experiencias internacionales, la introducción de nuevas tecnologías, entre otros, contribuyan al cumplimiento de los objetivos

específicos. Mediante mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional se concertarán las fuentes de financiación provenientes de otras instituciones y sectores directamente relacionados con la ejecución de las estrategias propuestas para el logro de las metas de la política de SSR (educación sexual, detección y notificación de la violencia intrafamiliar y sexual, entre otros).

10. MAPA DE COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES

Los diversos actores institucionales y sociales incluidos en este mapa tienen competencias y responsabilidades en cuanto al tema de SSR y es desde ellas que pueden y deben actuar. Esta lista no pretende ser exhaustiva ni agotar todas las posibilidades. Se trata, más bien, de caracterizar a los principales actores y de señalar la posibilidad de que todos los demás interesados en la SSR construyan y desarrollen agendas comunes para el mejoramiento de los indicadores en este importante campo de la salud.

SECTOR SALUD

Ministerio de la Protección Social

Tiene como responsabilidad formular las políticas que de acuerdo con las prioridades en salud pública deben implementarse para toda la población nacional, expedir o modificar las normas que se requieran para el cumplimiento de las metas de SSR, asesorar y hacerles seguimiento a las direcciones territoriales de salud en las acciones de SSR, realizar el seguimiento y vigilancia a las acciones de SSR que lleven a cabo las EPS y ARS y promover la retroalimentación con los resultados encontrados. Igualmente, debe establecer actividades conjuntas con otras instituciones, sectores y organismos de cooperación internacional para lograr unidad en las líneas de acción prioritarias de SSR.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Su función es definir los cambios normativos necesarios para el cumplimiento de las metas en SSR en el POS, con base en criterios de priorización de los temas en salud pública, de costo efectividad y de calidad de los servicios, y determinar los criterios de utilización y distribución de las fuentes de financiación disponibles en el SGSSS.

Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud

Tienen la responsabilidad dirigir la elaboración del PAB y promover el desarrollo de las acciones de los diferentes actores del SGSSS en su territorio de conformidad con las prioridades en SSR de acuerdo con las directrices nacionales.

Direcciones Territoriales de Salud

Su función es definir las prioridades de SSR en su departamento de acuerdo con los lineamientos de esta política, diseñar los planes, proyectos y programas que, en concordancia con los lineamientos nacionales, den cumplimiento a las metas territoriales mediante los diferentes planes de beneficios (POS, POS-S y PAB). Así mismo, deben brindar la asistencia técnica necesaria a los

municipios en relación con los temas de SSR. También les corresponde realizar el seguimiento y la vigilancia de las acciones de SSR en las EPS y ARS que cuentan con población afiliada en el departamento y llevar a cabo la recolección y análisis de la información de notificación obligatoria y de vigilancia en salud pública, así como la remisión de la misma al nivel nacional.

Direcciones Locales de Salud

A partir de la definición de las prioridades municipales, su deber es ejecutar los planes, proyectos y programas en el área de SSR en la población municipal a través del PAB, generar la información objeto de vigilancia, vigilar el desarrollo de las actividades de SSR de la población asegurada y prestar servicios a la población vinculada, así como CCV, planificación familiar y PAI, a la población del Régimen Subsidiado.

Entidades Promotoras de Salud y Administradoras de Régimen Subsidiado (EPS y ARS)

Su tarea es organizar y garantizar de manera directa o indirecta (red propia o contratada) la prestación de los servicios necesarios en cada una de las líneas de acción prioritarias en SSR en los términos previstos en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados del Régimen Contributivo y Subsidiado, realizar el control y seguimiento de los servicios en su red de prestadores, informar de los eventos objeto de vigilancia requeridos por los diferentes entes de control del orden departamental o nacional y participar de las acciones conjuntas que se requieran para el cumplimiento de las metas en SSR.

Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)

Estas instituciones deben prestar los servicios de SSR de acuerdo con su nivel de complejidad de manera integral, eficiente, oportuna y con calidad a los/as usuarios/as en cada una de las líneas de acción de la política de SSR, informar de los eventos objeto de vigilancia e interés requeridos por los diferentes entes de control del orden departamental o nacional y participar de las acciones conjuntas que se requieran para el cumplimiento de las metas en SSR.

Instituto Nacional de Salud (INS)

Sus funciones son coordinar, asesorar y supervisar las actividades de la red nacional de laboratorios y verificar la calidad de las pruebas diagnósticas, operar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y los programas de prevención y control de enfermedades relacionadas con la SSR así como brindar la asistencia técnica para los departamentos. Igualmente, es su deber desarrollar investigación científica y aplicada en materia de SSR.

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)

A este instituto le corresponde ejecutar la política de vigilancia sanitaria y control de calidad de alimentos y medicamentos²⁵ en el ámbito nacional en coordinación con las direcciones territoriales de salud.

Instituto Nacional de Cancerología

Tiene como responsabilidad coordinar, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la definición de parámetros técnicos para la realización de pruebas de detección y para el tratamiento y seguimiento de las neoplasias del aparato reproductivo, en lo que se refiere a esquemas de intervención, calidad e interpretación. Actúa como organismo de referencia del tercer nivel de atención para las patologías que le competen.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Como ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, debe implementar los mecanismos de referencia y contrarreferencia y coordinar con las autoridades correspondientes, para garantizar que las víctimas de violencia doméstica y sexual que acudan a sus centros de atención o que detecte en cualquiera de los organismos vinculados al sistema, reciban la atención en salud adecuada.

Superintendencia Nacional de Salud

Sus funciones son de inspección, vigilancia y control de la prestación de los servicios de salud y la aplicación de los recursos destinados para ello, de acuerdo con los parámetros de calidad establecidos para cada línea de acción en la población asegurada y no asegurada, así como aplicar las sanciones correspondientes.

Agencias de cooperación internacional

Con estas agencias deben coordinarse acciones tendientes a movilizar recursos técnicos, administrativos y financieros en concordancia con las prioridades establecidas por el país. Así mismo, pueden apoyar, en coordinación con el Ministerio de Salud, los planes, proyectos y programas que adelantan los diferentes actores del SGSSS y cuyo objetivo es mejorar aspectos específicos de la SSR en la población.

²⁵ Medicamentos relacionados con las líneas de acción de la política de SSR: anticonceptivos, multivitamínicos y todos los empleados en el tratamiento de las enfermedades y complicaciones relacionadas, entre otros.

Organizaciones no Gubernamentales

Todas las organizaciones de la sociedad civil que, en diferentes aspectos contribuyen con acciones en el área de SSR, deben desarrollar, en conjunto con el Ministerio de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud, planes, proyectos y programas encaminados al cumplimiento de las metas en SSR.

Asociaciones científicas

Su tarea es promover entre sus afiliados actividades de formación continuada específicamente en las áreas identificadas como prioritarias en la SSR.

OTROS SECTORES

Ministerio de Educación

Como ente rector de la educación en el país, debe coordinar acciones con el Ministerio de Salud para el diseño e implementación de los temas prioritarios en SSR en relación con todas las actividades de educación sexual que adelanta el sector educativo. Las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud desarrollarán las acciones de acuerdo con las competencias y responsabilidades que les atribuye la Ley 715 de 2001.

Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES)

Como entidad rectora de la educación superior en Colombia, debe coordinar acciones con el Ministerio de Salud para la inclusión en los currículos de pregrado y postgrado de las profesiones de la salud, la generación de competencias que favorezcan el desarrollo de las líneas de SSR identificadas como prioritarias en el país.

Universidades formadoras de recurso humano en salud

Su responsabilidad es incorporar en los currículos de pregrado y postgrado, así como en los programas de formación continuada, el desarrollo de competencias que favorezcan la implementación de la política de SSR. Así mismo, les compete promover investigación biomédica y social en este campo, de acuerdo con las líneas propuestas en la política nacional de SSR.

Ministerio de Comunicaciones

Este Ministerio debe coordinar acciones con el Ministerio de Salud para el diseño e implementación de estrategias en medios de comunicación así como para establecer líneas de acción con contenidos acordes con la Política Nacional de SSR.

Medios masivos de comunicación

Los medios masivos de comunicación deben servir de apoyo para las acciones de promoción mediante IEC con el fin de que se logre una amplia cobertura de mensajes concordantes con las líneas prioritarias de SSR.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Tiene la responsabilidad de realizar los dictámenes médicos a las víctimas de violencia doméstica y sexual con el fin de apoyar los procesos judiciales y administrativos que sean del caso.

Policía Nacional

En ejercicio de sus funciones, debe proteger a las víctimas de violencia doméstica y sexual y brindar el apoyo especial que las autoridades competentes soliciten para cada caso concreto. Además, la Policía debe asesorar a las víctimas sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud y las acciones judiciales o administrativas pertinentes para garantizar su protección.

Fiscalía General de la Nación

En los procesos de investigaciones penales relacionadas con hechos de violencia doméstica o sexual, debe implementar los mecanismos de referencia y contrarreferencia y coordinar con las autoridades correspondientes, para garantizar que las víctimas reciban la atención en salud que requieran.

ANEXO 1

Otras líneas de acción en SSR

A continuación se listan varias enfermedades o condiciones que, en el área de la SSR, se consideran componentes importantes. Su prioridad, aunque no es la mayor, tiene que ver con las siguientes consideraciones: en algunos casos se trata de eventos cuya incidencia ha aumentado o podría aumentar en el futuro inmediato. En otros casos, se trata de eventos que impiden disfrutar de manera amplia de una buena salud sexual y reproductiva, del ejercicio de todos los derechos sexuales y reproductivos y que son importantes en el terreno de lo individual. Finalmente, y teniendo en cuenta que la SSR debe preservarse en todas las etapas del ciclo vital, se incluye la población de adultos mayores a quienes se les ha relegado a un segundo plano por no estar involucrados en eventos relacionados con la reproducción pero quienes son de especial interés por presentar implicaciones relacionadas con la sexualidad que pueden afectar su salud y bienestar y afectar el desarrollo general del país. La implementación de líneas de acción en cualquiera de estos temas debe responder a necesidades específicas de cada uno de los entes territoriales.

Cáncer de seno

Actualmente el cáncer de seno es la tercera causa de mortalidad por cáncer en las mujeres. Su frecuencia se incrementa después de los 20 años con un pico al pasar los 40. La tasa de mortalidad más alta es la de Bogotá, Medellín y Cali, seguidas por Atlántico, los Santanderes, Antioquia, el Viejo Caldas, Huila, Tolima y Valle. Desde 1960 la tasa de mortalidad por cáncer de seno ha ido en aumento: en 1981 era de 4.8, en 1990 de 5.7 y en 1995 de 6.90.²⁶ La práctica del autoexamen de mama es mayor en mujeres de la zona urbana y en mujeres afiliadas. La mamografía es un examen de muy baja frecuencia aún entre las mujeres de cincuenta y más años en quienes se indica esta prueba anual. De lo anterior se deduce que las acciones de detección precoz de cáncer de mama no son ofrecidas de manera regular por los servicios de salud. La baja prevalencia de las pruebas para detección temprana y la gran proporción de oportunidades perdidas para realizarlas demuestra la poca sensibilización del personal de salud en relación con la detección precoz del cáncer de mama. Así mismo, la baja frecuencia de mujeres que se realizan las pruebas en los intervalos de tiempo recomendados y la poca concordancia que existe entre la percepción del riesgo de sufrir la enfermedad y la demanda de atención y/o la periodicidad de las pruebas indican un escaso o distorsionado conocimiento sobre la enfermedad y las formas cómo se detecta y previene.²⁷

Con base en lo anterior, el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 412 de 2000, adoptó la norma técnica de detección del cáncer de seno de manera obligatoria para la población del Régimen Contributivo. En los próximos años y con miras a que los métodos de detección se encuentren disponibles para toda la población afiliada deberán adelantarse estudios técnicos que evalúen los costos de realización de los esquemas de detección en la población subsidiada y vinculada así como acciones tendientes a fortalecer la red de prestación de servicios que en condiciones de accesibilidad, calidad e integralidad en el proceso diagnóstico, garanticen la

²⁶ SIVIGILA. 2000.

²⁷ ENPREC II. Ministerio de Salud. 1999.

detección del cáncer de seno en estadios tempranos y el tratamiento adecuado en cada uno de los casos. También deberán desarrollarse acciones enfocadas a mejorar el registro de los casos y su seguimiento y la investigación en factores de riesgo que puedan estar presentes en la población colombiana y que puedan tener relación de causalidad en el desarrollo de esta neoplasia.

Otros cánceres del aparato reproductivo femenino

Otras neoplasias del aparato reproductivo femenino son el cáncer de ovario, de endometrio, de cuerpo de útero y de vagina. Generalmente se presentan en grupos etáreos mayores y puesto que no se cuenta con pruebas diagnósticas que permitan su detección en estadios tempranos, la mortalidad por estas causas ha aumentado en los últimos años. Para lograr una disminución de las tasas de mortalidad causada por estas neoplasias se han realizado y se deben seguir realizando esfuerzos importantes en relación con la elaboración e implementación de protocolos de diagnóstico y tratamiento enfocados a brindar una atención adecuada en cada caso.

Cáncer del aparato reproductivo masculino

Cáncer de próstata: en los últimos años la incidencia del cáncer de próstata pasó de 4.6 por 100.000 en 1981 a 7.19 en 1990 y 7.55 en 1995. El cáncer de próstata es la tercera causa de muerte por cáncer en hombres. Las tasas más altas son las Bogotá y Cali, seguidas por Medellín y Atlántico. El aumento en las tasas puede reflejar, de un lado, el aumento en la franja de adultos mayores y, de otro, un mayor acceso al diagnóstico. La implementación de estrategias efectivas de detección en estadios tempranos se ve obstaculizada por la sensibilidad y especificidad de las pruebas así como por el costo de realizarlas de manera masiva. Sin embargo, ante la presencia de factores de riesgo y antecedentes familiares es preciso realizar las acciones de diagnóstico y seguimiento así como brindar el tratamiento adecuado una vez se haya detectado la patología.²⁸

Cáncer de testículo y pene: estos dos cánceres presentan incidencias menores en el país. Sin embargo, al igual que en otras neoplasias, los servicios de diagnóstico y tratamiento deben brindarse de manera oportuna y adecuada.

Menopausia

La menopausia constituye un hecho fisiológico que se presenta en nuestro medio entre los 48 y los 51 años. Los servicios de salud han dado particular importancia a la mujer en su etapa reproductiva, pero no se ha hecho igual énfasis en el climaterio y la menopausia.²⁹ La esperanza de vida al nacer para la mujer colombiana es de 75.3 años.³⁰ Este hecho obliga al diseño de medidas específicas para evitar el deterioro de la calidad de vida. Existen también riesgos asociados a estos cambios hormonales tales como hemorragias uterinas disfuncionales, alteraciones en el aparato genitourinario, aumento de aterosclerosis, mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y cambios del comportamiento que deben ser atendidos por los servicios de salud e implican el desarrollo de estrategias que estimulen medidas de autocuidado, cambios de estilo de

²⁸ SIVIGILA. Situación del Cáncer en Colombia 2.000.

²⁹ Revista Colombiana de Menopausia Vol. 12, 1996.

³⁰ Indicadores de Salud 2001.

vida tales como ejercicio físico regular, abandono del cigarrillo y modificaciones de la dieta.³¹ Así mismo, en los servicios de salud deben implementarse acciones de protección específica frente a los riesgos detectados. Todo esto sugiere modificaciones en el modelo de atención que implican evaluaciones y tratamiento interdisciplinario e integral y que garanticen el monitoreo de las condiciones particulares así como el tratamiento necesario. De igual forma, deben desarrollarse procesos de investigación de los problemas biológicos, psíquicos y sociales de las mujeres peri y postmenopaúsicas con el fin de focalizar las acciones en aspectos específicos que inciden en la calidad de vida de las mujeres en esta etapa del ciclo vital.

SSR del adulto/a mayor

La etapa de la menopausia y la andropausia debería asumirse como la edad en la cual las personas pierden la capacidad de llevar a cabo algunas funciones relacionadas con la reproducción, pero no con los demás aspectos de su vida sexual. Esta etapa del ciclo vital debe ser entendida como la oportunidad de ver los logros y realizaciones de mujeres y hombres y la posibilidad de comparar los cambios producidos.

Estudios realizados en el país demuestran que la deficiencia de calcio en las mujeres mayores de 60 años se asocia con el déficit de la mineralización ósea lo que aumenta el riesgo de osteoporosis. Según un estudio realizado en Bogotá hay una prevalencia de osteoporosis hasta de un 76.1% en todos los estratos socioeconómicos, asociada a factores de riesgo y estilos de vida relacionados con el consumo de alcohol, la dieta, el ejercicio, el pertenecer a la raza blanca, el tabaquismo, el suministro de hormonas y la constitución delgada. Estos hallazgos evidencian la necesidad de asumir, desde etapas tempranas de la vida, hábitos saludables que logren mejorar la calidad de los últimos años y en la promoción de estos factores protectores deben involucrarse, entonces, los diferentes actores del sector y de otros sectores.

³¹ *Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia ISS-ASCOFAME: menopausia.*

ANEXO 2

Municipios con indicadores deficientes en SSR

En la siguiente tabla³² se presentan los datos de 108 municipios con Tasa de Fecundidad Total igual o mayor a 5.5. Además, se encuentran los datos de prevalencia anticonceptiva, necesidades básicas insatisfechas (NBI) y población municipal. Esta información permite observar la relación de altas tasas de fecundidad con baja prevalencia anticonceptiva y porcentajes importantes de la población con necesidades básicas insatisfechas. Esta situación evidencia la urgente necesidad de focalizar esfuerzos en el nivel nacional y territorial en estos municipios mediante las estrategias propuestas en la presente política de SSR en el contexto del mejoramiento general de la calidad de vida de la población.

| Cód. | Departamento | Municipio | TFT | Preval. | NBI | Población |
|------|--------------------|------------------------|-------|---------|------|-----------|
| 1 | Vaupés | Villa Fatima | 11,05 | * | ** | 1.080 |
| 2 | Vaupés | Acaricuara | 9,51 | * | ** | 1.958 |
| 3 | Chocó | Sipi | 9,15 | 58,39 | 80,5 | 2.063 |
| 4 | Amazonas | El Encanto | 9,12 | * | ** | 2.331 |
| 5 | Nariño | Roberto Payan (San) | 9,09 | 64,82 | 89,8 | 8.903 |
| 6 | Vaupés | Papunahua | 8,66 | * | ** | 526 |
| 7 | Guainía | Guariare - Barranco Mi | 8,21 | * | ** | 2.736 |
| 8 | Vaupés | Taraira | 8,06 | * | ** | 664 |
| 9 | Chocó | Alto Baudó (Pie de) | 7,95 | 41,72 | 98,7 | 17.385 |
| 10 | Amazonas | Puerto Nariño | 7,64 | * | ** | 4.008 |
| 11 | Vichada | Cumaribo | 7,63 | * | ** | 8.247 |
| 12 | Amazonas | Miriti - Parana | 7,51 | * | ** | 1.897 |
| 13 | Nariño | El Charco | 7,48 | 47,05 | 76,5 | 15.746 |
| 14 | Nariño | Santa Barbara (Iscu) | 7,41 | 46,29 | 79,0 | 15.296 |
| 15 | Cauca | Jambaló | 7,39 | * | ** | 8.822 |
| 16 | Norte de Santander | Hacari | 7,31 | 71,82 | 87,4 | 9.562 |
| 17 | Norte de Santander | El Tarra | 7,30 | 73,02 | 86,1 | 11.518 |
| 18 | Amazonas | Tarapaca | 7,26 | * | ** | 1.680 |
| 19 | Chocó | Litoral de San Juan | 7,24 | 41,72 | | 7.667 |
| 20 | Guainía | Guadalupe | 7,20 | * | ** | 78 |
| 21 | Vichada | San José de Ocune | 7,19 | * | ** | 8.128 |
| 22 | Chocó | Bajo Baudó | 7,18 | 48,54 | 78,9 | 20.851 |
| 23 | Chocó | Bojayá (Bellavista) | 7,16 | 44,45 | 77,6 | 9.146 |
| 24 | Nariño | Mosquera | 7,09 | 43,77 | 81,2 | 8.030 |
| 25 | Cauca | Paez (Belalcazar) | 6,90 | 71,10 | 63,3 | 28.549 |
| 26 | Nariño | Magui (Payan) | 6,85 | 68,07 | 96,6 | 8.824 |
| 27 | Amazonas | Pto. Santander | 6,84 | * | ** | 1.228 |
| 28 | Nariño | El Rosario | 6,79 | 65,51 | 99,7 | 12.291 |

³² Fuente: DANE, PROFAMILIA y FNUAP. *Estudios censales 108 municipios con TFT igual o mayor a 5,5, prevalencia anticonceptiva, NBI y población municipal.* Estos estudios combinan los datos de prevalencia anticonceptiva de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1995, con la información de las mujeres en unión del Censo de 1993 con las mismas características.

| | | | | | | |
|----|--------------------|----------------------|------|-------|------|--------|
| 29 | Chocó | Riosucio | 6,78 | 41,51 | 94,5 | 28.561 |
| 30 | Antioquía | Murindó | 6,75 | 78,43 | 99,9 | 2.314 |
| 31 | Amazonas | La Chorrera | 6,72 | * | ** | 2.828 |
| 32 | Cauca | Totoro | 6,71 | 67,95 | 63,1 | 12.071 |
| 33 | Amazonas | La Pedrera | 6,64 | * | ** | 926 |
| 34 | Boyacá | Paya | 6,62 | 71,61 | 91,1 | 2.596 |
| 35 | Cauca | López | 6,61 | 47,23 | 63,3 | 17.231 |
| 36 | Antioquía | Vigía del Fuerte | 6,60 | 73,78 | 94,3 | 7.210 |
| 37 | Norte de Santander | San Calixto | 6,59 | 72,18 | 83,1 | 11.484 |
| 38 | Boyacá | Siachoque | 6,59 | 72,35 | 50,6 | 8.056 |
| 39 | Vaupés | Caruru | 6,51 | * | ** | 1.238 |
| 40 | Vaupés | Yavarate | 6,49 | * | ** | 1.345 |
| 41 | Casanare | La Salina | 6,48 | 55,00 | 84,0 | 982 |
| 42 | Antioquía | Briceño | 6,48 | 72,45 | 73,1 | 8.132 |
| 43 | Santander | Palmar | 6,47 | 73,76 | 60,4 | 1.048 |
| 44 | Vichada | Santa Rita | 6,44 | * | ** | 5.425 |
| 45 | Norte de Santander | Teorama | 6,39 | 72,81 | 76,3 | 10.504 |
| 46 | Bolívar | San Martín de Loba | 6,34 | 60,22 | 80,8 | 29.001 |
| 47 | Cauca | Santa Rosa | 6,31 | 64,34 | 73,7 | 12.325 |
| 48 | Guainía | Pana Pana | 6,28 | * | ** | 934 |
| 49 | Boyacá | Chiquiza | 6,25 | 71,51 | 60,1 | 6.987 |
| 50 | Putumayo | Puerto Guzmán | 6,24 | 55,00 | 53,6 | 18.367 |
| 51 | Bolívar | San Fernando | 6,23 | 61,96 | 83,9 | 9.207 |
| 52 | Chocó | Lloro | 6,22 | 53,77 | 92,0 | 9.489 |
| 53 | Nariño | Barbacoas | 6,22 | 66,64 | 88,2 | 21.962 |
| 54 | Meta | San Juanito | 6,22 | 76,50 | 24,7 | 1.501 |
| 55 | Bolívar | Pinillos | 6,20 | 59,00 | 84,0 | 32.771 |
| 56 | Vaupés | Pacoa | 6,20 | * | ** | 1.828 |
| 57 | Casanare | Tamara | 6,19 | 55,00 | 78,7 | 6.269 |
| 58 | Vaupés | Mitú | 6,13 | * | 45,2 | 9.596 |
| 59 | Cauca | Morales | 6,12 | 65,53 | 64,5 | 19.471 |
| 60 | Nariño | Olaya Herrera (Boca) | 6,12 | 42,05 | 82,9 | 21.458 |
| 61 | Tolima | Coyaima | 6,10 | 61,64 | 75,5 | 24.583 |
| 62 | Cundinamarca | Jerusalén | 6,09 | 73,34 | 65,1 | 3.025 |
| 63 | Chocó | Novita | 6,09 | 46,57 | 55,3 | 8.150 |
| 64 | Antioquía | Necocli | 6,08 | 72,61 | 82,4 | 28.075 |
| 65 | Cauca | Toribio | 6,07 | 78,48 | 96,0 | 19.220 |
| 66 | Norte de Santander | Sardinata | 6,05 | 74,73 | 63,9 | 21.122 |
| 67 | Cauca | Inza | 6,04 | 68,37 | 64,9 | 19.529 |
| 68 | Boyacá | Chita | 6,03 | 71,91 | 69,7 | 13.904 |
| 69 | Antioquía | Peque | 6,01 | 74,94 | 81,2 | 7.457 |
| 70 | Nariño | Potosí | 5,93 | 69,89 | 62,0 | 13.277 |
| 71 | Cauca | Caldono | 5,93 | 73,98 | 38,3 | 23.613 |
| 72 | Huila | Oporapa | 5,92 | 62,14 | 55,6 | 7.489 |
| 73 | Bolívar | Margarita | 5,91 | 63,20 | 84,8 | 8.118 |
| 74 | Guainía | Morichal Nuevo | 5,87 | * | ** | 155 |

| | | | | | | |
|-----|--------------------|----------------------|------|-------|------|--------|
| 75 | Cundinamarca | Sutatausa | 5,86 | 75,62 | 45,7 | 3.636 |
| 76 | Antioquía | Ituango | 5,85 | 73,60 | 75,4 | 27.203 |
| 77 | Córdoba | San Andrés Sotavento | 5,84 | 61,14 | 84,7 | 41.885 |
| 78 | Vichada | La Primavera | 5,83 | * | 59,6 | 6.007 |
| 79 | Bolívar | Barranco de Loba | 5,82 | 58,45 | 79,4 | 18.933 |
| 80 | Meta | La Uribe | 5,80 | 71,97 | 91,6 | 8.286 |
| 81 | Bolívar | Córdoba | 5,76 | 61,95 | 84,0 | 15.476 |
| 82 | Boyacá | Socotá | 5,76 | 71,84 | 70,1 | 15.173 |
| 83 | Boyacá | Cuitiva | 5,75 | 73,07 | 34,6 | 1.860 |
| 84 | Norte de Santander | Arboledas | 5,74 | 74,06 | 60,9 | 10.003 |
| 85 | Cauca | Timbiquí | 5,73 | 47,28 | 76,4 | 22.827 |
| 86 | Norte de Santander | Bucarasica | 5,72 | 73,34 | 76,7 | 4.734 |
| 87 | Huila | Acevedo | 5,68 | 60,99 | 56,8 | 17.600 |
| 88 | Putumayo | Puerto Leguizamo | 5,67 | 55,00 | 47,8 | 14.091 |
| 89 | Casanare | San Luis de Palenque | 5,66 | 55,00 | 66,9 | 5.351 |
| 90 | Boyacá | Tota | 5,65 | 71,78 | 49,4 | 5.343 |
| 91 | Huila | Saladoblanco | 5,65 | 60,99 | 55,7 | 7.908 |
| 92 | Santander | El Peñón | 5,63 | 71,97 | 72,8 | 5.752 |
| 93 | Casanare | Pore | 5,62 | 55,00 | 64,6 | 6.490 |
| 94 | Tolima | Ortega | 5,62 | 62,34 | 64,7 | 31.551 |
| 95 | Casanare | Nunchia | 5,61 | 55,00 | 81,3 | 6.853 |
| 96 | Boyacá | Covarachia | 5,60 | 72,90 | 73,3 | 4.076 |
| 97 | Chocó | Juradó | 5,59 | 60,51 | 53,2 | 4.177 |
| 98 | Guainía | Inirida | 5,58 | * | ** | 7.287 |
| 99 | Boyacá | Pisba | 5,58 | 72,08 | 84,5 | 1.876 |
| 100 | Caquetá | Milán | 5,57 | 60,40 | 77,4 | 14.449 |
| 101 | Boyacá | Motavita | 5,56 | 72,06 | 41,6 | 4.113 |
| 102 | Chocó | Itsmina | 5,56 | 56,04 | 79,8 | 30.445 |
| 103 | Bolívar | Santa Rosa del Sur | 5,55 | 58,13 | 77,8 | 21.466 |
| 104 | Santander | El Carmen | 5,55 | 73,81 | 70,2 | 11.638 |
| 105 | Santander | San Joaquín | 5,55 | 73,29 | 57,5 | 3.493 |
| 106 | Boyacá | Campo Hermoso | 5,54 | 73,01 | 55,8 | 4.235 |
| 107 | Norte de Santander | Tibú | 5,51 | 74,10 | 68,4 | 34.430 |
| 108 | César | Astrea | 5,51 | 60,19 | 76,2 | 16.316 |

* No hay cálculos disponibles de tasa de prevalencia para estos municipios.

** No hay cálculos disponibles de necesidades básicas insatisfechas para estos municipios.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Acuña, José Gabriel, Rivera; Rivera Alonso Alejo. *Anticoncepción en la adolescencia: aspectos médicos y socioculturales*. Bogotá, 2001.

Alcaldía Mayor Santa Fe de Bogotá. *Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva para Santa Fe de Bogotá, D.C.* Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 1998.

Arias, Jaime; Yépez, Francisco. *La investigación de salud pública y los sistemas de salud en América latina a la luz de la reforma: evaluación de las reformas en políticas sociales*. Documento 2002.

Asamblea General de las Naciones Unidas del año 2001. *Conclusiones sobre la epidemia de SIDA en el mundo*.

Bronfman, Mario. *Como se vive se muere*. UNAM, México. s.f.

Centro de Gestión Hospitalaria. *El impacto de la reforma sobre la salud pública el caso de la salud sexual y reproductiva*, documento 2002.

Céspedes Londoño, Juan Eduardo. "Prioridades para la agenda de salud pública". En: *Revista Seguridad Social al Día*. Edición 31. Bogotá, 2002.

Céspedes Londoño, Juan Eduardo. "Reflexiones sobre la gobernabilidad en el SGSSS". En: *Revista Seguridad Social al Día*. Edición 30. Bogotá, 2002.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, *Acuerdo 117 de 1998*.

Family Care Internacional. *Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos*. Nueva York, 1994.

Family Care Internacional. *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos*. Nueva York, 1995.

Family Care Internacional. *La maternidad sin riesgos en América Latina y el Caribe: aspectos socioculturales y demográficos de la salud materna*. Nueva York, 1993.

Federación Internacional de Planificación de la Familia, IPPF. *Carta de IPPF de derechos sexuales y reproductivos*. Inglaterra, 1995.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Derecho a los derechos. Atención integral a sobrevivientes de delitos sexuales*. Bogotá, 2001.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York, 2000.

Gómez, Pío Iván. *Temas de interés en ginecología y obstetricia*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Bogotá, 1998.

Gómez, Pío Iván y colaboradores. *Planificación familiar: una visión integral*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Bogotá, 1997.

González, Ana Cristina; Londoño Argelia. *Adolescencia, juventud y vulnerabilidad: la salud sexual y reproductiva en contextos de catástrofe natural. Modelo integral para la prevención y la atención*. Documento en computador. s.f.

Instituto de Seguro Social –ASCOFAME. *Guías de práctica clínica, basadas en la evidencia: menopausia*. Bogotá, 1999.

Instituto Nacional de Cancerología. *Normas técnicas y administrativas: guía de implantación detección y control del cáncer de cuello uterino*. Bogotá, 1991.

Ministerio de Salud, Ministerio de Comunicaciones. *Comunicación para la salud: lineamientos generales*. Bogotá, 1999.

Ministerio de Salud, SIVIGILA. “Mortalidad materna”. En: *Semana Epidemiológica 20*, Bogotá, 2000.

Ministerio de Salud, SIVIGILA. “Situación del cáncer en Colombia”. En: *Semana Epidemiológica 25*. Bogotá, 2000.

Ministerio de Salud. *Situación de salud: indicadores básicos 2002*. Bogotá.

Ministerio de Salud. *Decreto 1283 de 1996*.

Ministerio de Salud. *Decreto 2309 de 2002*.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública *Plan nacional de salud sexual y reproductiva 2001*. Documento en computador. Bogotá, 2001.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. *Sistema de fortalecimiento de la gestión de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado frente a las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Guía para las Direcciones Territoriales de Salud*. Documento en computador. Bogotá, 2001.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. *Información, educación y comunicación para la salud sexual y reproductiva*. Documento en computador. Bogotá, 2002.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. *Documento marco para la formulación de políticas públicas*. Documento de trabajo. Bogotá, 2002.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. *Gestión de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública 2001: régimen contributivo resultados analizados*. Documento en computador. Bogotá, 2002.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. *Macroproyecto protección de la salud en el ámbito nacional 2003-2005*. Documento en computador. Bogotá, 2001.

Ministerio de Salud. *Plan estratégico*. Documento en computador. Bogotá, 2001.

Ministerio de Salud. *Resolución 3997 de 1996*.

Ministerio de Salud. *Resolución 412 de 2000*.

ONUSIDA. *Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Ginebra, 2002.

Organización de Naciones Unidas. “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo, 1994”. En: *Informe sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, Documento Naciones Unidas A/CONF.171/13, 1994.

Organización de Naciones Unidas. “Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Beijing, 1995”. En: *Informe sobre la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Documento Naciones Unidas A/CONF.177/20, 1995.

Organización Panamericana de la Salud, Centro de Estudios de Población (CENEP). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires 2.000.

Osorio Isaza, Margarita María. *Propuesta metodológica para asesoría, seguimiento y evaluación de la gestión de la SSR en adolescentes en el SGSSS*. Documento en computador. Bogotá, 2002.

PROFAMILIA. *Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS- 2000)*. Bogotá, 2000.

PROFAMILIA. *Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas*. Bogotá, 2001.

República de Colombia. *Constitución Política de Colombia*.

República de Colombia. *Ley 100 de 1993*.

República de Colombia. *Ley 715 de 2001*.

Secretaría de Salud de Bogotá. *Manual de normas técnico administrativas de detección precoz y control del cáncer de cuello uterino*. Bogotá, 1998.

Suárez, César. “El SGSSS y la atención de la mujer durante la menopausia”. En: *Revista colombiana de menopausia*. Vol. 112, 1996 1. Bogotá, 1996.

UNICEF, Dirección Nacional de Equidad para las Mujeres. *Compromisos de Colombia con sus mujeres. Acuerdos en conferencias internacionales*. Bogotá, 1996.

Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios Sociales. Escuela de Estudios de Género. *Diagnóstico participativo para la identificación de recomendaciones y estrategias sobre salud sexual y reproductiva con perspectiva de género*. Documento preliminar, Bogotá, 2002.