

*Hacia la construcción de un
modelo de gestión integral
intersectorial para la
promoción de los derechos
sexuales y reproductivos, en el
nivel regional y local*

ISBN:

Hacia la construcción de un modelo de gestión integral intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, en los ámbitos regional y local

Dirección General de Salud Pública
Ministerio de la Protección Social
Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA
Línea de gestión del conocimiento - convenio 620

Autor: Mauricio Polanco Valenzuela

Diseño y diagramación: Bibiana Moreno Acuña - bibianamorenodesign@gmail.com

Corrección de estilo: José Alonso Restrepo

Impresión: Legis

Bogotá D.C. Enero de 2011

© Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTAMARÍA SALAMANCA
Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ
Director de Salud Pública

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Coordinador de Promoción y Prevención



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante Auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

COMITÉ EDITORIAL
Convenio 620 MPS - UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

MARÍA CRISTINA TORO RAMÍREZ

CLAUDIA LILY RODRÍGUEZ NEIRA

CARLOS IVÁN PACHECO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RODRÍGUEZ AGUIRRE

LUÍS ANTONIO TORRADO RANGEL

GEMA GRANADOS HIDALGO

Diseño e impresión financiados con recursos
del convenio 620 MPS-UNFPA.

Contenido

Presentación

CAPÍTULO I

Marco de los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la coordinación intersectorial

1. 1 ¿Cómo se definen y promueven los derechos sexuales y reproductivos?
1. 2 ¿Con qué instrumentos internacionales y nacionales se cuenta para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, que hacen posible la intersectorialidad?
 1. 2. 1 Marco internacional
 1. 2. 2 Marco nacional
1. 3 ¿Cuáles son los derechos humanos y cuál su aplicación en el campo de la salud sexual y reproductiva, desde la intersectorialidad?

CAPÍTULO II

Marco normativo y de competencias institucionales: articulación, complementariedad y coordinación intersectorial

2. 1 ¿Qué normas señalan las competencias de los sectores salud y educación para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos?
 2. 1. 1 En lo nacional
 2. 1. 2 En salud y educación
 2. 1. 2. 1 Salud
 2. 1. 2. 2 Educación
2. 2 ¿Cómo se estructuran los programas de salud sexual y reproductiva y el de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, en el ministerio de la protección social y en el ministerio de educación nacional, respectivamente?
2. 3 ¿En dónde se encuentran y articulan salud y educación al promover los derechos sexuales y reproductivos?
2. 4 ¿Qué otros actores sociales e institucionales con competencias y responsabilidades en el tema de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva, logran articularse?

CAPÍTULO III

Elementos conceptuales para entender la gestión y coordinación intersectorial

3. 1 ¿En qué se fundamenta el concepto de intersectorialidad?
 3. 1. 1 Las traducciones prácticas del concepto
 3. 1. 2 ¿Cómo crear viabilidad política a la intersectorialidad?
 3. 1. 3 ¿Cómo aumentar la viabilidad técnica de la intersectorialidad?
3. 2 ¿En qué consiste la gestión integral intersectorial?

3. 3 ¿Cómo entender la intersectorialidad en la dinámica institucional orientada a la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos y de la salud sexual y reproductiva?
3. 4 ¿Cuáles fueron los aprendizajes prácticos y conceptuales alcanzados a partir del análisis realizado a las experiencias significativas identificadas?
 3. 4. 1 Influencia en la agenda pública, institucional y organizacional
 3. 4. 2 Articulación de los niveles (nacional, departamental y municipal) y estructura administrativa
 3. 4. 3 Participación en diagnóstico, planeamiento y evaluación
 3. 4. 4 Fortalecimiento de habilidades, competencias y capacidades
 3. 4. 5 Coordinación y financiamiento/ gestión de recursos
 3. 4. 6 Oferta y acceso a servicios
 3. 4. 7 Efectividad de las intervenciones / integralidad de la respuesta
 3. 4. 8 Expansión del espacio de acción

CAPÍTULO IV

Evaluación y sistematización de experiencias significativas que hacen posible la intersectorialidad

4. 1 ¿Qué experiencias significativas del país se consideraron para la propuesta del modelo, relacionados intersectorialmente, y qué aspectos metodológicos las sustentan?

CAPÍTULO V

Elementos a tener en cuenta para la construcción de un modelo de gestión integral intersectorial, para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos

5. 1 ¿Qué principios orientan el enfoque del modelo?
5. 2 ¿Cuál es la estructura básica en la que se sustenta el modelo?
 5. 2. 1 Aportes conceptuales para la definición del modelo
 5. 2. 1. 1 La incidencia política para el posicionamiento del tema de los derechos sexuales y reproductivos en las agendas públicas gubernamentales
 5. 2. 1. 2 La coordinación intersectorial en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de la salud sexual y reproductiva
 5. 2. 1. 3 Desarrollo de habilidades y competencias de los equipos técnicos, regionales y locales, para el trabajo intersectorial de promoción de los derechos sexuales y reproductivos
5. 3 ¿Qué elementos considerar, con el fin de avanzar hacia un modelo de gestión integral intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos?
5. 4 ¿Cuál ruta se sigue para la implementación del modelo?

Bibliografía

Presentación

Si bien el campo de los derechos humanos sexuales y reproductivos incluye en gran medida los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, no es posible garantizar su abordaje únicamente desde el sector salud sino que, por el contrario, amerita una actuación coordinada e integrada entre distintos actores políticos, institucionales y sociales. Esto señala la pertinencia de generar un modelo que permita, más allá del cumplimiento de las competencias sectoriales, armonizar la acción para obtener mayor efectividad y eficiencia.

En este sentido, el desarrollo de estrategias concertadas y articuladas intersectorialmente que permita definir, precisar y delimitar las funciones y competencias entre los diferentes niveles de gobierno permitirá, no sólo un fortalecimiento de las capacidades nacionales, regionales y locales, sino fundamentalmente proveer servicios más adaptados a las realidades locales y a las necesidades de la población colombiana.

Las lecciones aprendidas en diversos niveles y contextos institucionales nos señalan la importancia de seguir avanzando en dicha dirección, especialmente en lo que toca a los sectores de salud y educación.

Con la promulgación del **Decreto 2968 de 2010**, dado a partir del esfuerzo conjunto entre el Ministerio de la Protección Social, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y otras instituciones, mediante el cual se crea la: “**Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos**”, se ha podido concretar dicha posibilidad al conformar una instancia desde la cual el Estado gestiona coordinada y articuladamente el tema de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, los que efectivamente competen a todos los sectores.

Sin llegar a desconocer la existencia de diversas experiencias o mecanismos de coordinación intersectorial en el nivel local, en el departamental y en el nacional, el presente documento se ha concebido como una herramienta orientadora para los sectores e instituciones cuya misión incluya la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia.

Para la construcción del modelo se partió de la identificación de algunas experiencias locales, de las cuales se extrajo la riqueza metodológica y operativa entre otros elementos, todo cuidadosamente procesado mediante ejercicios sistemáticos y analíticos y la permanente revisión documental. En el capítulo IV se podrá conocer con mayor detalle la manera como se adelantó el trabajo de campo y los resultados del mismo.

Referirse a un solo “modelo” podría llegar a resultar una tarea fácil si lo definimos conceptualmente, pero llevarlo a la práctica enfrenta infinidad de contradicciones debido a los intereses, poderes, puntos de vista, políticas, grupos sociales y necesidades que se mueven, sólo para mencionar algunos.

Nuestro desafío es plantear un modelo a partir de las diferentes posiciones teóricas y de las experiencias territoriales, que sirva a manera de guía a servidores públicos y a la sociedad civil en general de los departamentos y municipios del país, así como de punto de llegada más efectiva y práctica a otras instancias técnicas y políticas que complementen las estrategias que la Comisión Nacional Intersectorial se ha propuesto para responder al Decreto 2968.

*Hacia la construcción de un modelo de
gestión integral intersectorial para la
promoción y garantía de los derechos
sexuales y reproductivos, en los ámbitos
regional y local*

“... la acción intersectorial tiene una solidez máxima y los mejores resultados cuando la colaboración es tanto vertical como horizontal ... la combinación de esos elementos resulta en un resultado sólido y durable, y crea un escudo de protección contra la inacción, la pérdida de interés o la desintegración.

Al mismo tiempo, debido a la amplia gama de intereses participantes, es posible que se requieran esfuerzos y negociaciones adicionales para lograr una comprensión compartida de objetivos, enfoques, funciones respectivas y rendición de cuentas sobre los resultados”

(ASPC, 2007).

CAPÍTULO I

MARCO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, EN EL CONTEXTO DE LA COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

1.1 ¿Cómo se definen y promueven los derechos sexuales y reproductivos?

Para el presente documento de trabajo se parte de la definición brindada en el Informe de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994) – III CIPD: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso”.¹

Según lo anterior, se entiende que los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) se refieren a los Derechos Humanos aplicados a la vida sexual y reproductiva de todas las personas. En ese sentido, los DSR buscan el ejercicio y desarrollo libre, informado, saludable, satisfactorio y sin ningún tipo de violencia de la sexualidad y la reproducción de todas las personas sin importar su edad, sexo, etnia, condición social o económica. Estos derechos garantizan la libre decisión de los hombres, mujeres y jóvenes sobre la manera como ejercen la sexualidad y deciden sobre su reproducción.

El pleno reconocimiento y ejercicio de los DSR permite un verdadero ejercicio de ciudadanía, entendida ésta más allá de tomar decisiones en el ámbito público (elegir y ser elegido), sino como la posibilidad de tomar decisiones libres sobre el propio cuerpo y de los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción.²

¹ Naciones Unidas. Informe de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo – 1994. Nueva York, 1995.

² Matamala, María Isabel. Derechos sexuales y reproductivos, Estado y Sociedad. Santiago de Chile, 1998.

Es deber del Estado y de sus instituciones promover, dar a conocer y facilitar la apropiación de los DSR de hombres, mujeres, jóvenes, niños y niñas. Para ello, se basa en un enfoque de derechos dirigido al reconocimiento de los seres humanos como sujetos de derechos y a la sociedad y al Estado con sus instituciones como garantes de los mismos.

1. 2 ¿Con qué instrumentos internacionales y nacionales se cuenta para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, que hacen posible la intersectorialidad, desde la intersectorialidad?

1. 2. 1 Marco internacional:

Debido a que los DSR son considerados como una parte importante de los Derechos Humanos de todas las personas, sus antecedentes se encuentran en pactos y convenios internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Convención Americana de Derechos Humanos³, entre otros.

En forma más específica, los DSR también se encuentran consagrados en pactos y convenios internacionales que regulan derechos específicos de ciertos grupos de personas, como las mujeres, los niños y las niñas, y poblaciones bajo conflicto armado.⁴ Estos son: la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención de los Derechos del Niño, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y el Estatuto de la Corte Penal Internacional. Estas convenciones presentan una doble importancia: por un lado, son fuentes jurídicas de los DSR; por otro, son de obligatorio cumplimiento para el Estado colombiano por cuanto han sido reconocidas por el Congreso a través de las leyes aprobatorias.

En el ámbito internacional existen también otros instrumentos clave para los DSR. Se trata de los documentos originados en algunas conferencias internacionales convocadas por Naciones Unidas, celebradas en los años noventa, del siglo XX, sobre temas específicos. Estos documentos, a diferencia de los tratados, convenios y pactos mencionados, no obligan a los países que los firman, sino que contienen los compromisos adquiridos por los gobiernos para avanzar en el cumplimiento de las obligaciones del Estado en cuanto a la garantía de los Derechos Humanos, con base en los cuales se adoptan políticas, se fijan metas y se toman medidas para lograrlo. Estos son: la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en 1993 en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, en Viena (Austria); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en 1994 en El Cairo (Egipto) de la cual retomamos su definición y la Conferencia Mundial sobre la Mujer, llevada a cabo en 1995 en Beijing (China).

3 Echeverría, Luz Marina. Documento en archivo. Bogotá, 2009.

4 Calderón, María Cristina. Los Derechos y la salud sexual y reproductiva. Oficina Asesora Derechos Sexuales y Reproductivos. PROFAMILIA. Ponencia presentada en las jornadas de Formación de Funcionarias y Funcionarios de la Defensoría del Pueblo. Bogotá, Marzo a Abril de 2006.

Sumado a lo anterior, durante la celebración de la Cumbre del Milenio (septiembre de 2000), nuestro país suscribió conjuntamente con los demás miembros de Naciones Unidas los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con los cuales se comprometió a darles estricto cumplimiento. Estos son:

- Objetivo 1.** Erradicar la extrema pobreza y el hambre
- Objetivo 2.** Lograr la educación primaria universal
- Objetivo 3.** Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Objetivo 4.** Reducir la mortalidad en la infancia
- Objetivo 5.** Mejorar la salud materna
- Objetivo 6.** Combatir el VIH-sida, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7.** Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8.** Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Finalmente, en la pasada XVII Conferencia Internacional sobre el VIH/sida, ministros de Educación y Salud de 33 países latinoamericanos y caribeños reunidos en México D. F., acordaron aplicar estrategias intersectoriales de “Educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual”. Esta declaración de “Educar para Prevenir” se encuentra en proceso de operativización en cada uno de los países comprometidos. Para el caso de Colombia, se vienen adelantando diversas acciones intersectoriales, definidas más claramente en el Decreto 2968 de 2010, el cual crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Para facilitar la comprensión del marco jurídico de los DSR, en el cuadro 1 se relacionan los principales instrumentos internacionales de Derechos Humanos ratificados por el Estado colombiano, y la respectiva ley aprobatoria.

Cuadro 1

Síntesis de instrumentos internacionales a favor de los Derechos Humanos

	Documento	Ley aprobatoria
Marco Internacional: SISTEMA INTERNACIONAL Organización de las Naciones Unidas - ONU	Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948	
	Convención para la Prevención y Sanción del Delito de Genocidio 1948	Ley 28 de 1959
	Convenios de Ginebra de 1949 y Protocolos I y II 1977 Ley 5 de 1969	Ley 171 de 1994
	Convención sobre el Estatuto de los Refugiados	Ley 35 de 1961
	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 1966	Ley 74 de 1968
	Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales 1966	Ley 74 de 1968
	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial 1969	Ley 22 de 1981

	Documento	Ley aprobatoria
<p>Marco Internacional: SISTEMA INTERNACIONAL Organización de las Naciones Unidas - ONU</p>	Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes 1984. Enmienda 1992	Ley 70 de 1986 Ley 405 de 1997
	Convención para la Eliminación de Todas las Forma de Discriminación contra la Mujer 1979 Protocolo Facultativo Cedaw 1999	Ley 51 de 1981 Decreto Reglamentario 1398 de 1990 Ley 984 de 2005
	Convención de los Derechos del Niño 1989 Protocolos 2000: Participación de los niños en conflictos armados y venta de niños, prostitución infantil y pornografía	Ley 22 de 1981 Ley 765 de 2002 Ley 883 de 2003
	Conferencia de Derechos Humanos Viena 1993	
	Conferencias Mundiales sobre Población y Desarrollo: Bucarest 1974, México 1984, El Cairo 1994.	
	Conferencias Mundiales sobre Mujer: México, DF 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985 y Beijing 1995.	
	Corte Penal Internacional Estatuto de Roma 1998	Ley 742 de 2002
	Consejo de Seguridad sobre la Mujer, la Paz y la Seguridad Resolución 1325 de 2000	
	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre 1948	
	Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José 1969	Ley 16 de 1972
	Pacto de Derechos Civiles y Políticos 1966 Protocolo facultativo	Ley 74 de 1968
	Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador 1999	Ley 319 de 1996
	Convención Interamericana para prevenir y sancionar la Tortura 1985	Ley 409 de 1997
	Convención Interamericana contra el Tráfico Internacional de Mujeres 1994	Ley 470 de 1998
	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer 1995	Ley 248 de 1995
	Objetivos del Desarrollo del Milenio	Septiembre de 2000
	I Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH y las ITS en Latinoamérica y el Caribe. XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA	Declaración Ministerial: Prevenir con Educación

Tomado y ajustado del documento: DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PROFAMILIA, USAID Y FUPAD. Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos. Bogotá, 2007.

1. 2. 2 Marco nacional:

No existe aún en Colombia una política que marque la obligatoriedad en la promoción y garantía de los DRS; sin embargo, éstos sí están referidos en distintos instrumentos normativos y jurídicos, sobre los cuales es útil apoyarse para la formulación del modelo. Estos instrumentos son: la Constitución Política de Colombia (1991); algunas leyes, como la ley de violencia intrafamiliar (Ley 294 de 1996, reformada por la Ley 575 de 2000); el Código Penal; el Código Sustantivo del Trabajo; decretos; políticas públicas; interpretación y alcance que se les ha dado a través de sentencias emitidas por jueces y cortes colombianas; resolución 1325 del 31 de octubre de 2000, del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, sobre Mujer, Paz y Seguridad.

Respecto a la Constitución, el Artículo 13 establece el derecho a la igualdad y a la no discriminación de todas las personas; el Artículo 15, el derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas; el Artículo 16 al libre desarrollo de la personalidad; el Artículo 42 indica expresamente el derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos y el derecho a una vida libre de violencia (cuadro 2).

Cuadro 2

La Constitución Política de Colombia y su relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos

Constitución Política de Colombia	Artículo 5: Primacía Derechos Inalienables de la Persona
	Artículo 11: Derecho a la vida
	Artículo 13: Derecho a la igualdad y no discriminación de todas las personas
	Artículo 15: Derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas
	Artículo 16: Derecho al libre desarrollo de la personalidad
	Artículo 18: Derecho a la libertad de conciencia
	Artículo 42: Derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de hijos. Derecho a una vida libre de violencia
	Artículo 43: Igualdad entre hombres y mujeres. No discriminación contra la mujer. Protección especial por embarazo y a mujeres cabeza de familia
	Artículo 44: Derechos de los niños
	Artículo 45: Derechos de los adolescentes
	Artículo 48: Seguridad Social. La salud es un servicio público irrenunciable
	Artículo 49: Derecho a la salud y saneamiento ambiental. Principios: eficiencia, universalidad, solidaridad
	Artículo 67: Derecho a la educación
	Artículo 86: Acción de tutela
	Artículo 87: Acción de cumplimiento
Artículo 88: Acciones populares	
Artículo 93: Prevalencia de Tratados sobre D.D.H.H	
Tomado y ajustado del documento: DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PROFAMILIA, USAID Y FUPAD. Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos. Bogotá, 2007.	

Así como en el cuadro 2, el 3 contiene las diversas Leyes expedidas por el Congreso de la República y las normas nacionales: Decretos, Resoluciones y Circulares con el tema concreto que regulan.

Cuadro 3
Marco Legislativo Nacional y la Salud Sexual y Reproductiva

	Documento	Tema
MARCO NACIONAL	Ley 9 de 1979 Ley 73 de 1988 Decreto 1172 de 1989	Trasplantes y reproducción asistida
	Ley 23 de 1981 Decreto Reglamentario 3380 de 1981	Ética médica
	Resolución 8514 de 1984 del Ministerio de Salud	Consentimiento para métodos de planificación familiar
	Resolución 1531 de 1992 del Ministerio de Salud	Derecho a la salud para las mujeres
	Ley 100 de 1993	Sistema General de Seguridad Social
	Resolución 412 de 2000	Normas técnicas y guías de atención integral a mujeres, niños y niñas maltratados.
	Ley 294 de 1996 Ley 575 de 2000 Ley 599 de 2000 (Código Penal) Ley 882 de 2004	Violencia intrafamiliar
	Ley 387 de 1997 Decreto 2569 de 2000 Decreto 2562 de 2001	Desplazamiento forzado
	Decreto 1543 de 1997 Ley 972 de 2005	Derechos y atención a pacientes positivos de VIH/sida
	Ley 599 de 2000 (Código Penal) Artículos 180 – 181	Delito de desplazamiento forzado
	Artículos 205 – 212	Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales
	Artículos 135 – 164	Delitos contra el Derecho Internacional Humanitario
	Ley 679 de 2001	Explotación, pornografía, turismo sexual con niños y niñas.
	Política Nacional Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de la Protección Social	2003 a 2006
	Ley 747 de 2002	Tráfico de migrantes y trata de personas
	Decreto 1524 de 2002	Inducción pornografía vía internet
	Ley 823 de 2004	Ley de igualdad de oportunidades
	Ley 975 de 2005 Decreto 4760 de 2005	Ley de Justicia y Paz y decreto reglamentario
Ley 1098 de 2006. Artículo 10	Código de la Infancia y de la Adolescencia	

	Documento	Tema
MARCO NACIONAL	Decreto 4444 de 2006. Resolución 004905 de 2006 del Ministerio de la Protección Social	Interrupción voluntaria del embarazo en los casos y condiciones establecidas en la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional
	Ley 1122 de 2007. Artículo 33	Modificaciones en el SGSSS
	Decreto 3039 de 2007. Resoluciones	Adopción del Plan Nacional de Salud Pública
	Ley 115 de 1994. Resolución 03353 de 1993	Ley General de Educación
	Ley 1257 de 2008. Artículo 10	Normas sobre sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres
	Sentencias de la Corte Constitucional T594/93, SU337/99, SU256/96, SU480/97, Auto 092, T810/04, T220/04, T143/05, T349/06, T628/07, T295/08	Clarifican y definen la obligatoriedad del Estado en la promoción y garantía de los DSR
	Decreto 2968 de 2010	Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos
Tomado y ajustado del documento: DEFENSORÍA DEL PUEBLO, PROFAMILIA, USAID Y FUPAD. Guía para la formación en Derechos Sexuales y Reproductivos. Bogotá, 2007.		

1.3 ¿Cuáles son los derechos humanos y cuál su aplicación en el campo de la salud sexual y reproductiva?

Como se mencionó, los derechos sexuales y reproductivos abarcan Derechos Humanos reconocidos por leyes nacionales y documentos internacionales, y son una parte integral e indivisible de los Derechos Humanos porque permiten su vigencia en el terreno de la sexualidad y la reproducción.

El proceso de posicionamiento de los DSR en la teoría de los Derechos Humanos universales ha permitido, por un lado, el que se acepte que tales derechos comienzan en el entorno individual de cada persona, y por otro lado, hacer que al Estado le corresponda garantizar su ejercicio y su respeto.

A continuación se explica la forma cómo los distintos aspectos de la sexualidad y de la reproducción se relacionan con los principales derechos fundamentales:

DERECHO A LA VIDA HUMANA	
¿Qué es?	Relación con los derechos sexuales y reproductivos
<p>La vida es un hecho, antes que un derecho.</p> <p>El derecho a la vida es más que el simple hecho biológico de existir.</p> <p>La vida humana lleva intrínseca la dignidad, lo que la diferencia de la mera existencia de otros seres. El respeto por la vida se deriva de la obligación más general de reconocer en toda persona su valor como ser humano y no como un instrumento.</p> <p>Garantizar el derecho a la vida es una responsabilidad del Estado que implica un razonable nivel de seguridad, así como las condiciones mínimas para vivir con dignidad, de manera que las personas puedan ejercer sus demás Derechos Humanos.</p>	<p>Tratándose del campo de la sexualidad y reproducción, este derecho implica para hombres y mujeres la posibilidad de decidir sobre el número de hijos y el intervalo entre uno y otro, teniendo en consideración que los embarazos tempranos, los tardíos, así como los muy seguidos, crean riesgos para la vida y la salud de la mujer y para el ser en formación.</p> <p>Implica que ninguna mujer sea puesta en riesgo de muerte por causas evitables relacionadas con el embarazo o el parto, o por abortos realizados en condiciones inseguras, o por las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el VIH/sida. Esto implica tener garantías de accesibilidad a servicios tales como los controles prenatales oportunos y de calidad.</p> <p>Implica igualmente que ninguna persona sea puesta en riesgo de muerte a causa de las distintas formas de violencia sexual que afectan no sólo la salud física de las víctimas, sino también la salud mental, conduciéndolas en algunos casos al suicidio.</p> <p>El derecho a la vida también involucra la prerrogativa de hombres y mujeres a contar con los mecanismos para prevenir, detectar y tratar en forma temprana las distintas manifestaciones del cáncer en sus organismos (cáncer del cuello uterino, cáncer de seno, cáncer de testículo, no detectados a tiempo).</p>

DERECHO A LA LIBERTAD	
<p>La libertad es la facultad que poseen todas las personas, hombres, mujeres, jóvenes niños y niñas de actuar, pensar o tomar decisiones, según su propio parecer.</p> <p>Este derecho tiene diversas manifestaciones: la libertad de pensamiento, libertad de religión, libertad de expresión, libre desarrollo de la personalidad, libertad de asociación, libre circulación y libertad de conciencia. La Constitución Política colombiana protege este derecho en todas esas manifestaciones.</p> <p>Esa libertad está limitada por el respeto a los derechos de las demás personas y por las normas, pues no es lícito hacer daño a los demás.</p>	<p>Significa que toda persona es libre de decidir acerca del ejercicio y desarrollo de su sexualidad; y en cuanto a la reproducción implica que todas las personas son libres de decidir frente a su posibilidad de procrearse y regular su fecundidad.</p> <p>Decidir si quieren tener relaciones sexuales o no, cuándo, con quién y cómo; de expresar su orientación o preferencia sexual y escoger a su pareja; de elegir el estado civil: matrimonio (católico o civil), unión marital de hecho, soltería o separación, o a dar por terminada la relación de pareja, entre otras.</p> <p>Toda persona tiene derecho a informarse y recibir asesoría sobre los métodos anticonceptivos y usarlos de acuerdo con su elección. También a acceder a los servicios de orientación en planificación familiar oportunos y de calidad.</p>

	<p>También implica la libertad de las personas de asociarse, organizar o formar parte de organizaciones para promover el respeto, garantía y ejercicio de los DRS. Igualmente, hace relación con la libertad de pensamiento y de actuación sobre sus vivencias acerca de la sexualidad y la reproducción, que no se vea limitada por ideas religiosas, filosóficas o culturales.</p>
--	--

DERECHO A LA IGUALDAD

<p>La igualdad es el derecho de toda persona de ser tratada de la misma manera, a tener los mismos derechos, beneficios y posibilidades que las otras personas, sin distinción a causa de su sexo, orientación sexual, edad, etnia, nivel económico o social.</p> <p>Sin embargo, la igualdad no es uniformidad. Aunque los hombres y mujeres tienen los mismos derechos y oportunidades, el Estado está comprometido en adoptar medidas temporales que favorezcan a grupos de personas que tradicionalmente han sido discriminados o marginados, como los niños, las niñas, las mujeres, los grupos étnicos, a quienes han tenido que desplazarse por razones del conflicto, con el fin de eliminar paulatinamente barreras, prejuicios, normas y prácticas que hacen que la igualdad no sea real y efectiva.</p>	<p>Respecto a los derechos sexuales la igualdad se vulnera específicamente cuando una persona es discriminada en el acceso a los servicios de salud, educación o laboralmente por las decisiones que ha tomado frente a su opción sexual, estado civil, por convivir con el VIH/sida, o por ser mujer, niño o niña, indígena, afrocolombiano o afrocolombiana o estar en condición de desplazamiento.</p> <p>El derecho a la igualdad se vulnera cuando una persona es discriminada o se le imponen ciertas barreras por las decisiones que haya tomado frente a su posibilidad de procrear, al número de hijos, o su decisión de elegir el método anticonceptivo que va a utilizar.</p>
--	--

DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL

<p>Este derecho se refiere a la garantía que tienen todas las personas a que no se les cause ningún daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico o un perjuicio a su cuerpo o salud. La integridad personal implica la reunión de las condiciones que permiten a una persona disfrutar de su vida con la plenitud de funciones orgánicas, psíquicas, morales y sociales que le son propias. En ese sentido, la Constitución Política de Colombia establece que todas las personas tienen el derecho a vivir libres de torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes y de cualquier otra forma de violencia.</p>	<p>Tratándose de los derechos sexuales y reproductivos este derecho tiene dos implicaciones concretas: el derecho de todas las personas de estar libre de todo tipo de violencia, incluyendo la sexual y doméstica, que atente contra su integridad y afecte su salud física y psíquica; y el derecho a no ser sometidas a ningún tipo de tratamiento o intervención médica no consentida, esterilización o fecundación forzada y la mutilación genital.</p>
--	--

DERECHO A LA INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN

Todas las personas, hombres, mujeres y jóvenes desde temprana edad tienen derecho a ser educadas y tener acceso a información oportuna y adecuada sobre cómo funciona su cuerpo, los métodos de regulación de la fecundidad, las enfermedades y riesgos relacionados con la salud y la formas de evitarlos, las ITS, los DRS y, en general, todos los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción humanas.

La educación y la información sobre estos temas son el requisito fundamental para el ejercicio y garantía de la mayoría de los DRS. Sin la información oportuna y adecuada no es posible tomar decisiones libres y responsables sobre la sexualidad y la reproducción, y tampoco es posible exigir el respeto de los derechos.

Todas las instituciones educativas y de salud juegan un papel importante en el ejercicio de este derecho.

Todas las personas deben ser educadas para que asuman con responsabilidad todas las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a tener información oportuna, científica, veraz y confiable respecto a su sexualidad y a que se les informe de programas y servicios institucionales relacionados con la prevención de embarazos no deseados, maltratos, abusos y con la atención a su sexualidad.

DERECHO A LA SALUD

La salud no sólo es la ausencia de enfermedades sino el bienestar físico, psíquico y social de las personas. Todas las personas, sin importar su sexo, edad, etnia, orientación sexual o condición socioeconómica, tienen derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, libre de riesgos y enfermedades y a desarrollar sus relaciones de pareja en buenas condiciones. Esto implica que todas las personas tienen derecho a la calidad más alta posible en la atención de la salud sexual y reproductiva (SSR).

El área de la SSR está incluida en los Planes de Atención Básica a toda la población, en el régimen contributivo y en el subsidiado.

La Constitución Política de Colombia reconoce en el derecho a la salud una doble connotación: por un lado, lo ve como un derecho individual fundamental, ya sea por conexidad o, como ocurre en el caso de los niños y niñas, fundamental por explícita norma constitucional. Por otro lado, lo ve como un derecho de carácter prestacional. Así lo ha reafirmado la Corte Constitucional al indicar que en un primer momento el derecho a la salud, entendido como un predicado inmediato del derecho a la vida resulta ser fundamental; y en un segundo momento se sitúa como un derecho con carácter asistencial, entendido como una de las funciones del denominado Estado Social de Derecho. Adicionalmente, el derecho a la salud tiene una connotación como derecho colectivo en su acepción de salubridad pública.

Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud, incluidos los servicios de planificación familiar, protección y justicia.

Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir atención médica durante el embarazo, parto y posparto.

Hace parte de este derecho la prevención y detección de infecciones de transmisión sexual y otro tipo de dolencias relacionadas con los órganos reproductores y sexuales. Igualmente, el contar con métodos modernos, seguros y aceptables para regular la fecundidad, incluida la anticoncepción de emergencia; la oportunidad de beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso científico que tengan implicaciones en la SSR; la posibilidad de decidir libremente interrumpir un embarazo, cuando éste es resultado de una violación sexual, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida y cuando está en riesgo la vida o la salud de la madre.

Adaptación hecha del documento de la DEFENSORIA DEL PUEBLO. Red de Promotores de Derechos Humanos.

CAPÍTULO II

MARCO NORMATIVO Y DE COMPETENCIAS INSTITUCIONALES: ARTICULACIÓN, COMPLEMENTARIEDAD Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Este modelo se sustenta en un marco normativo y de competencias institucionales, de salud y educación, que se enmarcan en el proceso de descentralización territorial. 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.
- 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 en el cumplimiento de las mencionadas líneas de acción⁵.

2. 1 ¿Qué normas señalan específicamente las competencias de los sectores salud y educación para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos?

2. 1. 1 En lo nacional:

- **Ley 715 de 2001**

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Dicta las normas orgánicas en materia de recursos, competencias y disposiciones generales para organizar los servicios de educación y salud, de conformidad con la Constitución Política

⁵ Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, 2003.

de Colombia. En esta medida, es la carta de navegación sobre las competencias de los diferentes niveles del sector educativo y del de salud, desde el nivel nacional, pasando por las entidades territoriales.

Para el sector educativo busca asegurar que la educación pública esté realmente al servicio de los niños, niñas y jóvenes, bajo criterios de equidad, eficiencia y sostenibilidad fiscal. Sus ejes son: 1. Profundizar la descentralización; 2. Precisar las competencias; 3. Distribuir mejor los recursos; 4. Fortalecer las instituciones educativas; 5. Asegurar la viabilidad del sistema.

- **Planes de desarrollo (nacional y regional)**

Se cuenta con un Plan Nacional de Desarrollo conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional. En la parte general se señalan los propósitos y objetivos nacionales de largo plazo, las metas y prioridades de la acción estatal a mediano plazo y las estrategias y orientaciones generales de la política económica, social y ambiental que serán adoptadas por el gobierno. El plan de inversiones públicas contiene los presupuestos plurianuales de los principales programas y proyectos de inversión pública nacional y la especificación de los recursos financieros requeridos para su ejecución. Las entidades territoriales elaboran y adoptan de manera concertada entre ellas y el gobierno nacional planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones que les hayan sido asignadas por la Constitución y la ley. Los planes de las entidades territoriales están conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones de mediano y corto plazo, (Art. 339 CPC 1991).

2. 1. 2 En salud y educación:

SALUD Y EDUCACIÓN	
SALUD	EDUCACIÓN
POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (2003)	LEY 115 GENERAL DE EDUCACIÓN
PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007 – 2010	DECRETO 1860
DECRETO 3039 DE 2007 - PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010	RESOLUCIÓN 03353 DE 1993
	PLAN DECENAL DE EDUCACIÓN 2006 – 2016
	PLAN SECTORIAL 2006 – 2010
	PLAN DE APOYO AL MEJORAMIENTO – SECRETARÍAS DE EDUCACIÓN
	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL – INSTITUCIONES EDUCATIVAS

2. 1. 2. 1 Salud:

- **Política nacional de salud sexual y reproductiva - PNSSR (2003):**

El objetivo de la PNSSR es: “Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población, con 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” (Ministerio de la Protección Social, 2003).

La PNSSR define seis líneas de acción prioritarias:

- Maternidad segura.
- Planificación familiar.
- SSR de la población adolescente.
- Cáncer del cuello uterino.
- Infecciones de transmisión sexual, infección por el VIH y sida.
- Violencia doméstica y sexual.

Además se desarrollan seis estrategias para la implementación de la política:

- **Promoción de la SSR mediante estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC):** se busca sensibilizar y movilizar a la comunidad con el ánimo de crear un ambiente favorable para el cambio de la SSR y llevarla del ámbito privado a un tema de interés público.
- **Coordinación intersectorial e interinstitucional:** se requiere del compromiso de todos los actores del Estado y de la sociedad civil, de la coordinación de agendas comunes, de la comunicación y planeación de reuniones para la discusión y de la concertación de acciones que busquen aunar esfuerzos y ser más eficientes en la realización de actividades en los diferentes ámbitos, tanto de orden nacional como territorial y local.
- **Fortalecimiento de la gestión institucional:** se pretende fortalecer las acciones realizadas al interior de las instituciones para optimizar su funcionamiento, ejercer sus competencias y asumir sus responsabilidades, para que a mediano y largo plazo logren mejorar sus intervenciones y puedan así obtener un mejor estado de salud de la población en la que intervienen.
- **Fortalecimiento de la participación social:** es necesaria la participación de la comunidad a través de grupos o asociaciones de usuarios y usuarias que brinden apoyo y sirvan como veedores en el cumplimiento de los programas relacionados con la SSR y el uso adecuado de los recursos públicos.
- **Potenciación de las redes sociales de apoyo:** se quiere generar entre los y las participantes espacios de reflexión y discusión sobre temas relacionados con la SSR y que a la vez puedan apoyar la inducción a los servicios de salud de forma oportuna.
- **Desarrollo de la investigación:** es un componente importante en la orientación de políticas y toma de decisiones para las acciones a desarrollar con la comunidad, tanto de orden social como cultural, incluidos los factores de riesgo y protectores que afectan la SSR. Una vez revisada la actual PNSSR e identificado el marco de oportunidades que la misma brinda para mejorar la SSR de la población colombiana, es conveniente resaltar los servicios de SSR que cumplen un papel determinante en la prevención y detección de las patologías que afectan la SSR.

- **Política nacional de salud sexual y reproductiva - PNSSR (2003):**

En desarrollo de las competencias consagradas en la Constitución Política, y en las Leyes 9 de 1979, 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2001, 1122 de 2007 y 1151 de 2007, el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y del sector salud, tiene la función de proveer de manera integral las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población.

Al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años el Plan nacional de salud pública.

- **Decreto 3039 de 2007 - Plan nacional de salud pública 2007-2010**

El Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, expedido por el Ministerio de la Protección Social, adopta el Plan nacional de salud pública 2007-2010.

Su propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan nacional de salud pública 2007- 2010, en coherencia con las políticas del Plan nacional de desarrollo 2006 - 2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, define las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento, y las enmarca en las competencias de todos los actores involucrados conforme con los recursos disponibles.

El Plan nacional de salud pública recoge los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, en particular en la Iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos.

De esta manera, el Plan Nacional de Salud Pública es el resultado de la aplicación de los modelos anteriores a las características del sector de la salud Colombiano y de la adopción de los compromisos internacionales. Adicionalmente, ante el desafío de prolongar la vida saludable y de reducir las inequidades en salud, el Plan nacional de salud pública hace especial énfasis en la necesidad de coordinar acciones específicas con otros sectores, toda vez que muchos de los determinantes de la salud corresponden a las acciones de esos sectores.

Como enfoque el Plan nacional de salud pública integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, enmarcados en el Artículo 33 de la Ley 1122, de 2007 con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano. En este sentido, el Plan nacional de salud pública debe entenderse como el producto de la movilización social de actores y la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan nacional de salud pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la nación en los acuerdos internacionales.

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del país en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos y de los usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades.

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

• **Objetivo 2. Mejorar la salud sexual y reproductiva**

Las estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva son:

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

- a. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de SSR y control social de la PNSSR.
- b. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en SSR.
- c. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural para la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual.
- d. Fomentar la construcción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la SSR.
- e. Fomentar la estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en el ambiente laboral y en los espacios públicos comunitarios como supermercados, CADES, taquillas para eventos, entre otros.
- f. Realizar abogacía para el desarrollo en instituciones educativas de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que

favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a. Desarrollar estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en SSR.
- b. Garantizar la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención del control prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de los servicios que ofrecen atención de la interrupción voluntaria del embarazo.
- c. Implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, control prenatal, atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo, atención de abuso sexual en servicios de urgencia.
- d. Identificación y capacitación por competencias de las alternativas no institucionales para la atención de parto.
- e. Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil.
- f. Implementar el modelo de servicios amigables para atención en SSR para adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos.
- g. Implementar el modelo de gestión programática del VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y del VIH/sida.
- h. Incrementar la cobertura de asesoría y prueba voluntaria para el VIH en población general y gestante.
- i. Suministro de tratamiento a mujeres embarazadas y leche de fórmula a los recién nacidos para reducir la transmisión perinatal del VIH.
- j. Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal, atención del parto y puerperio, detección y diagnóstico de cáncer de cérvix y de mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y del VIH/sida.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Fortalecer la vigilancia de los riesgos y determinantes de la SSR, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de estudio de carga de enfermedad, vigilancia de casos y acceso y calidad de los servicios.
- b. Fortalecer la formación del recurso humano para la atención integral y manejo de los riesgos relacionados con la SSR.

2. 1. 2. 2 Educación:

• Ley 115 General de educación

La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.

La Ley 115 señala las normas generales para regular el servicio público de la educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. Se fundamenta en los principios de la Constitución Política sobre el derecho a la educación que tiene toda persona, en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público.

El Artículo 67 de la Constitución Política, define y desarrolla la organización y la prestación de la educación formal en sus niveles preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, no formal e informal, dirigida a niños, niñas y jóvenes en edad escolar, a adultos, a campesinos, a grupos étnicos, a personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, con capacidades excepcionales, y a personas que requieran rehabilitación social.

- **Artículo 13°.** - *Objetivos comunes de todos los niveles.* Es objetivo primordial de todos y cada uno de los niveles educativos el desarrollo integral de los educandos mediante acciones estructuradas encaminadas a:
 - a) Formar la personalidad y la capacidad de asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes.
 - b) Proporcionar una sólida formación ética y moral, y fomentar la práctica del respeto a los Derechos Humanos.
 - c) Fomentar en la institución educativa prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación y organización ciudadana y estimular la autonomía y la responsabilidad.
 - d) Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable.
 - e) Crear y fomentar una conciencia de solidaridad internacional.
 - f) Desarrollar acciones de orientación escolar, profesional y ocupacional.
 - g) Formar una conciencia educativa para el esfuerzo y el trabajo.
 - h) Fomentar el interés y el respeto por la identidad cultural de los grupos étnicos.
- **Artículo 14°.** - *Enseñanza obligatoria.* Modificado por la Ley 1029 de 2006. En todos los establecimientos oficiales o privados que ofrezcan educación formal es obligatorio en los niveles de la educación preescolar, básica y media, cumplir con:
 - a) Modificado por el art. 1, Ley 1013 de 2006. El estudio, la comprensión y la práctica de la Constitución y la instrucción cívica, de conformidad con el artículo 41 de la Constitución Política.

b) El aprovechamiento del tiempo libre, el fomento de las diversas culturas, la práctica de la educación física, la recreación y el deporte formativo, para lo cual el gobierno promoverá y estimulará su difusión y desarrollo.

c) La enseñanza de la protección del ambiente, la ecología y la preservación de los recursos naturales, de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Constitución Política.

d) Modificado por el art. 2, Ley 1013 de 2006. La educación para la justicia, la paz, la democracia, la solidaridad, la confraternidad, el cooperativismo y, en general, la formación de los valores humanos.

e) La educación sexual, impartida en cada caso de acuerdo *con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad.*

• Decreto 1860

Artículo 10. *Ámbito y naturaleza.* Las normas reglamentarias contenidas en el presente Decreto se aplican al servicio público de educación formal que presten los establecimientos educativos del Estado, los privados, los de carácter comunitario, solidario, cooperativo o sin ánimo de lucro. Su interpretación debe favorecer la calidad, continuidad y universalidad del servicio público de la educación, así como el mejor desarrollo del proceso de formación de los educandos.

La interpretación de estas normas deberá, además, tener en cuenta que el educando es el centro del proceso educativo y que el objeto del servicio es lograr el cumplimiento de los fines de la educación, definidos en la Ley 115 de 1994.

Las disposiciones del presente Decreto constituyen lineamientos generales para el Ministerio de Educación Nacional y las entidades territoriales, con el objeto de orientar el ejercicio de las respectivas competencias y para los establecimientos educativos en el ejercicio de la autonomía escolar.

Artículo 14. *Contenido del proyecto educativo institucional.* Todo establecimiento educativo debe elaborar y poner en práctica, con la participación de la comunidad educativa, un proyecto educativo institucional que exprese la forma como se ha decidido alcanzar los fines de la educación definidos por la ley, teniendo en cuenta las condiciones sociales, económicas y culturales de su medio.

Para lograr la formación integral de los educandos, debe contener por lo menos los siguientes aspectos:

- 1.- Los principios y fundamentos que orientan la acción de la comunidad educativa en la institución.
- 2.- El análisis de la situación institucional que permita la identificación de problemas y sus orígenes.
- 3.- Los objetivos generales del proyecto.
- 4.- La estrategia pedagógica que guía las labores de formación de los educandos.
- 5.- La organización de los planes de estudio y la definición de los criterios para la evaluación del rendimiento del educando.

- 6.- Las acciones pedagógicas relacionadas con la educación para el ejercicio de la democracia, para la educación sexual, para el uso del tiempo libre, para el aprovechamiento y conservación del ambiente y, en general, para los valores humanos.
- 7.- El reglamento o manual de convivencia y el reglamento para docentes.
- 8.- Los órganos, funciones y forma de integración del Gobierno Escolar.
- 9.- El sistema de matrículas y pensiones que incluya la definición de los pagos que corresponda hacer a los usuarios del servicio y en el caso de los establecimientos privados, el contrato de renovación de matrícula.
- 10.- Los procedimientos para relacionarse con otras organizaciones sociales, tales como los medios de comunicación masiva, las agremiaciones, los sindicatos y las instituciones comunitarias.
- 11.- La evaluación de los recursos humanos, físicos, económicos y tecnológicos disponibles y previstos para el futuro, con el fin de realizar el proyecto.
- 12.- Las estrategias para articular la institución educativa con las expresiones culturales locales y regionales.
- 13.- Los criterios de organización administrativa y de evaluación de la gestión.
- 14.- Los programas educativos de carácter no formal e informal que ofrezca el establecimiento, en desarrollo de los objetivos generales de la institución.

- **Resolución 03353 de 1993**

A partir de una sentencia de la Corte Constitucional, el Ministerio de Educación le dio carácter obligatorio a la educación sexual mediante la Resolución 03353 de 1993, dando inicio al Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES). La Ley General de Educación (Ley 115/94) respalda el PNES y establece la educación sexual como proyecto pedagógico como parte de los Proyectos Educativos Institucionales (PEI).

El objetivo central del PNES se orienta al desarrollo integral del ser humano y del bienestar comunitario, mediante la promoción del reconocimiento, aceptación y respeto del cuerpo; del desarrollo de la identidad, de la autoestima, del autocuidado y de la afectividad; y de los valores éticos de solidaridad, equidad, convivencia, respeto y tolerancia, en el ámbito del ejercicio de la expresión de la sexualidad.

- **Plan decenal de educación 2006 – 2016**

En 2015, Colombia contará con un sistema educativo, que con modelos pedagógicos pertinentes, practicados por educadores capacitados en la ciencia y la tecnología y en el uso de las tics, forme ciudadanos, empleados y profesionales competentes en el contexto global, para la convivencia, sea equitativo y de calidad, realmente fruto de un consenso social, con una inversión sostenida y cuente con todo el apoyo de la familia, de la sociedad en general y de los medios de comunicación masiva. Sus propósitos son:

1. Convertir la educación en un asunto nacional y un asunto de todos.
2. Lograr que la educación se reconozca como el eje del desarrollo humano, social, político, económico y cultural de la nación.

3. Desarrollar el conocimiento, la ciencia, la técnica y la tecnología.
4. Integrar orgánicamente en un solo sistema la institucionalidad del sector educativo y las actividades educativas de otros entes estatales y de la sociedad civil.
5. Garantizar la vigencia del derecho a la educación.

Entre los desafíos señalados en el Plan se encuentra el trabajo por una educación en y para la paz, la convivencia y la ciudadanía; este gran ideal incluye el trabajo mancomunado por una cultura de respeto a los derechos humanos sexuales y reproductivos en todas las personas.

• **Plan sectorial 2006 – 2010**

Se constituye en el compromiso del gobierno de cara a los desafíos plasmados en el Plan decenal. El Plan Sectorial se desarrolla alrededor de cuatro políticas fundamentales: cobertura, calidad, pertinencia y eficiencia; y para cada una de estas políticas se propone una serie de metas y estrategias que se constituyen en el derrotero que orientará la acción del sector educativo durante este cuatrienio, con el fin de avanzar hacia el logro de los macro-objetivos que se propusieron la sociedad y el país en la Asamblea Nacional por la Educación. En cuanto a calidad, el énfasis está en la articulación de todos los niveles de enseñanza, desde la formación inicial hasta la superior, alrededor del desarrollo de competencias, buscando que todas las instituciones educativas trabajen en planes de mejoramiento orientados a mejorar los desempeños de los estudiantes. Especial énfasis se da al desarrollo de competencias ciudadanas.

• **Plan de apoyo al mejoramiento – Secretarías de Educación**

El sistema educativo colombiano es descentralizado. Esto significa que los departamentos, distritos y municipios certificados son los encargados, a través de sus Secretarías de Educación, de la prestación del servicio educativo en su respectiva área de jurisdicción, atendiendo a las necesidades de la población.

Una de las funciones de las entidades territoriales es dar acompañamiento y asistencia técnica a las instituciones educativas, de tal forma que puedan poner en marcha sus planes de mejoramiento y así lograr los resultados propuestos. Para alcanzar este propósito es importante conformar equipos de profesionales que se encarguen de identificar cuáles son las instituciones educativas que requieren mayor apoyo -aquellas que tienen bajos resultados en las evaluaciones externas, las que funcionan en condiciones inadecuadas, las que atienden a grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad –, así como el tipo de soporte que requieren. Con ello, cada Secretaría puede estructurar su Plan de Apoyo al Mejoramiento, una herramienta de gestión que permite dar asesoría, asistencia técnica, sistematizar, hacer seguimiento y evaluar los avances y dificultades de las acciones explícitas de mejoramiento.

• **Plan de mejoramiento institucional – Instituciones educativas**

Se ve materializado a través del Plan de Mejoramiento de la Calidad, y es el conjunto de metas, acciones, procedimientos y ajustes que la institución educativa define y pone en marcha en períodos de tiempo definidos, para que todos los aspectos de la gestión de la institución educativa se integren en torno de propósitos comúnmente acordados y apoyen el cumplimiento de su misión académica.

2. 2 *¿Con qué instrumentos operativos del orden nacional – especialmente desde el Ministerio de la Protección Social y del Ministerio de Educación - se cuenta para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos?*

En el país hay instrumentos operativos tanto en el Ministerio de la Protección Social, como en el Ministerio de Educación, que han sido pensados e implementados desde la necesaria actuación intersectorial. Entre estos instrumentos se cuenta con: la política nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.

• Estructura orgánica del Ministerio de la Protección Social (Decreto 205 de 2003)



El grupo de promoción y prevención gira alrededor de procesos que proporcionen a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud. Por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud.

- Salud mental.
- Reducción del consumo de sustancias psicoactivas.
- Violencia intrafamiliar.
- Infancia.
- Salud sexual y reproductiva.
- Estilos de vida saludables.
- Plan nacional de alimentación y nutrición e implementación de la política nacional de seguridad alimentaria.
- Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

- **Estructura orgánica del Ministerio de Educación Nacional (Decreto 5012 de 2009)**



- **Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía - PESCC:**

El programa del Ministerio de Educación Nacional y el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA), conciben la sexualidad como una dimensión humana y una oportunidad pedagógica. Su propósito es contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

2.3 ¿En dónde se encuentran y articulan salud y educación al promover los derechos sexuales y reproductivos?

Son diversos los niveles de articulación de los sectores, específicamente para salud y educación. El mapa de competencias y responsabilidades así nos lo indica. Sin embargo, con el fin de facilitar el encuentro entre los sectores involucrados en la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, que además vienen haciendo grandes esfuerzos conjuntos, es preciso señalar los siguientes niveles, a manera de sugerencia, que servirán de apoyo a la labor ya emprendida o a emprender:

- **En el ámbito nacional:** Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, Red Juntos, Ministerios de Educación Nacional, de Salud y de Comunicaciones, ICBF, SENA.

- **En el ámbito departamental:** Comités de Salud Sexual y Reproductiva, Equipo Técnico Regional, Redes de Apoyo Social, Secretarías, otros comités (maltrato, mesa coordinadora, mesas, violencias, infancia y juventud, prostitución infantil, sustancias psicoactivas, trata de personas).

- **En el ámbito municipal:** Comités de Salud Sexual y Reproductiva, Equipo Técnico Regional, Redes de Apoyo Social, otros comités (maltrato, mesa coordinadora, mesas, violencias, infancia y juventud, prostitución infantil, sustancias psicoactivas, trata de personas), Secretarías, Comos.

- **En el ámbito institucional:** Hospital, Instituciones Educativas (PEI), mesas institucionales, proyectos pedagógicos o programas.

Instancia articuladora en lo municipal

• Consejo municipal de política social – Compos-

La política social, “se define como política que tiene que ver con una gran variedad de necesidades sociales, entendiendo como política la línea o método definitivo de acción elegido para guiar y determinar las decisiones presentes y futuras”,⁶ teniendo como finalidad el bienestar social “entendiendo que este bienestar se desarrolla a partir de los conceptos de calidad de vida y satisfacción de necesidades humanas fundamentales...”

La calidad de vida comprende los bienes y servicios a que tienen acceso los individuos y grupos sociales para la satisfacción de las necesidades humanas, la equidad en su distribución y el esfuerzo requerido para su generación. Además de los bienes materiales cuantificables, la calidad de vida introduce componentes cualitativos como identidad, afecto, patrón de consumo, entre otros, tratando de darle el sentido de integralidad al concepto de bienestar”.⁷

La articulación de instituciones tanto públicas, como privadas y de la sociedad civil en la construcción, implementación y veeduría de la política social municipal es la razón de ser de los Consejos Municipales de Política Social (COMPOS), como ente que posibilita que los esfuerzos y recursos en cuanto al bienestar social se articulen en procesos de intervención que se planteen y ejecuten desde perspectivas integrales y de acuerdo con las problemáticas específicas de cada municipio.

En el Decreto 1137 de 1999 Artículos 11 y 13, el sistema administrativo del ICBF establece la conformación de consejos o comités de política social en los departamentos y municipios como estrategia fundamental para la articulación y consolidación del SNBF, y para mejorar la calidad de vida de la niñez y las familias.

El decreto le asigna a los Consejos o Comités las siguientes responsabilidades:

- Recomendar los planes y programas que deben adoptarse, en materia de política social.
- Propugnar por el fortalecimiento del SNBF en su jurisdicción.
- Realizar evaluaciones periódicas sobre la marcha del SNBF y recomendar acciones que garanticen su adecuado desarrollo.
- Contribuir a las políticas de control de los agentes prestadores del servicio público de bienestar familiar.

El COMPOS se convierte en instancias de concertación, participación, coordinación y asesoría que posibilitan la identificación de procesos dirigidos tanto al diseño, como al desarrollo integral y coherente de la política social. A nivel territorial deben promover mecanismos de coordinación con los Consejos Municipales y las Asambleas Departamentales.

Propende por la articulación entre:

6 Sierra - Mora, Marta Cecilia. Creación del Consejo Municipal de Política Social y marco jurídico. En: memorias del sexto seminario de nuevos paradigmas de las políticas sociales de protección a la infancia y adolescencia. Ciudad don Bosco. Medellín, 2000.

7 Ibíd. P.77

- Gestión planificadora.
- Gestión técnica.
- Asignación de recursos.
- Ejecución de planes, programas y proyectos.
- Seguimiento y evaluación de las acciones que concreten la política social en los territorios.

Se espera que aporte a la gestión y participación de los diferentes agentes en los consejos departamentales y territoriales y, por consiguiente, al desarrollo y fortalecimiento del SNBF, reconociendo plenamente la autonomía, ajustes y formas organizativas propias.

El COMPOS se encuentra conformado por organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias. Las funciones de cada uno de estos agentes sociales son, respectivamente:

Organizaciones gubernamentales:

- Promoción y divulgación de la política social.
- Presentación de planes, programas y proyectos.
- Conocimiento de necesidades y demandas.
- Focalización de la intervención.
- Cumplir a cabalidad los mandatos y fines del Estado.

Organizaciones no gubernamentales:

- Procesos de participación y organización ciudadana.
- Funciones de formación y asesoría para acompañar a la comunidad en la exigencia de sus derechos.
- Apoyar al Estado en la en la promoción, orientación y divulgación de la política social.
- Diseño, administración y evaluación de proyectos.
- Gestión de propuestas de coordinación de acciones, según la demanda de la comunidad.
- Procesos de control social: formación y denuncia.
- Velan por los intereses de sus asociados y los representan ante el Estado y los particulares.

Organizaciones comunitarias:

- Identificación, administración, ejecución y control de los proyectos o servicios que se desarrollen en su territorio.
- Negociación de proyectos, participando en el seguimiento a la ejecución de los mismos.
- Participación en procesos de control social y vigilancia a la gestión pública.

- Velar por las condiciones mínimas que garanticen la dignidad humana y el pleno ejercicio de los derechos.

Estas instancias expresan:

- *Nivel directivo*: análisis, toma de decisiones, incorporación de proyectos en el plan de desarrollo.
- *Nivel operativo*: adecuación, coordinación, proyección de acciones, informes y evaluación.
- *Nivel temático*: intervenciones especializadas de niñez y familia.

Articulación con otros consejos y comités:

Se da por medio de:

- Sistema de información.
- Coordinación interinstitucional e intersectorial.
- Recomendaciones integrales que involucren a todos los actores.

2.4 ¿Qué otros actores sociales e institucionales, además de salud y educación tienen competencias y responsabilidades con el tema de los DSR y de la SSR⁸, que logran articularse?

Los diversos actores institucionales y sociales incluidos en este aparte tienen competencias y responsabilidades en cuanto al tema de los DSR y de la SSR, tal como lo señala el Decreto 2968 de 2010, y es desde ellas como pueden y deben actuar.

La lista no pretende ser exhaustiva ni agotar todas las posibilidades. Se trata, más bien, de caracterizar a los principales actores y señalar la posibilidad de que todos los demás interesados en los DSR y en la SSR, construyan y desarrollen agendas comunes para su abordaje integral, coordinado y articulado.

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 la 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 las ARS y promover la retroalimentación con los resultados encontrados. Igualmente, debe establecer actividades

8 Ibid (PNSSR, 2004)

conjuntas con otras instituciones, sectores y organismos de cooperación internacional para lograr unidad en las líneas de acción prioritarias de la SSR.

- **Comisión de regulación en salud (CRES)**

La comisión de regulación en salud (CRES) es una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social, creada por la Ley 1122 de 2007, con la función de expedir las normas regulatorias del Sistema General de Seguridad Social en Salud, promover un modelo de competencia regulada donde se definan y actualicen el contenido del Plan Obligatorio de Salud (POS), el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), se garanticen los derechos y deberes de los usuarios, se afiance la calidad del aseguramiento y de los servicios, se propenda por una adecuada utilización de los recursos y se vele por la estabilidad financiera, entre otros.

- **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 la 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). Asimismo, deben brindar la asistencia técnica necesaria a los municipios en relación con los temas de la 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 la 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 usuarios y usuarias 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 medicamentos 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. Asimismo, 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.

- **Organizaciones no gubernamentales**

Todas las organizaciones de la sociedad civil que, en diferentes aspectos contribuyen con acciones en el área de la 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 (educación, protección, justicia, instancias de apoyo: programas y proyectos)

- **Ministerio de Educación Nacional**

El Ministerio tiene como misión garantizar el derecho a la educación con criterios de equidad, calidad y efectividad, que forme ciudadanos honestos, competentes, responsables y capaces de construir una sociedad feliz, equitativa, productiva competitiva, solidaria y orgullosa de sí misma.

El Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía concibe la sexualidad como una dimensión humana y una oportunidad pedagógica. Su propósito es contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Además de los compromisos adquiridos por la nación en el marco de las conferencias internacionales y las leyes nacionales vigentes, han sido evidentes las necesidades de las escuelas para desarrollar los Proyectos Pedagógicos de Educación para la Sexualidad, en su mayoría relacionadas con material educativo y con formación de los docentes, lo que otorga prioridad al mejoramiento de las prácticas educativas. Este programa se convierte entonces en la mejor oportunidad para avanzar en la formación para el ejercicio responsable y autónomo de la sexualidad.

Como ente rector de la educación en el país, el MEN coordina acciones con el Ministerio de la Protección Social 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 y educación desarrollan las acciones de acuerdo con las competencias y responsabilidades que les atribuye la Ley 715 de 2001.

Para ello, el Ministerio elabora los lineamientos del programa y presta asistencia técnica a las Secretarías de Educación, para que éstas a su vez acompañen su implementación en los establecimientos educativos del país.

- **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 posgrado de las profesiones de la salud, la generación de competencias que favorezcan el desarrollo de las líneas de la SSR identificadas como prioritarias en el país.

- **Universidades formadoras de recurso humano en salud**

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

- **Ministerio de Nuevas Tecnologías de Información y Comunicaciones**

Este Ministerio debe coordinar acciones con los otros sectores relacionados, para el diseño e implementación de estrategias en medios de comunicación, así como establecer líneas de acción con contenidos acordes con la Política Nacional de SSR y demás acciones impulsadas por otras instancias.

- **Medios de comunicación masiva - Tics**

Los medios de comunicación masiva y las Tics 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 la 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 a 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.

- **Comisarías de Familia**

Son espacios dispuestos para que los miembros de las familias, los niños, las niñas y adolescentes, accedan a la justicia familiar en busca de la garantía y el restablecimiento de sus

derechos y recuperación de los mecanismos de protección frente a la amenaza o violación de dichos derechos. Son atendidas por un equipo interdisciplinario (profesionales del derecho, la psicología y trabajo social), que tramitan competencias preventivas, policivas y jurisdiccionales para la protección contra la violencia intrafamiliar y sexual y buscan la conciliación de los conflictos familiares.

- **Personerías**

Promueven, divulgan y actúan como garantes defensores de los Derechos Humanos y de los intereses de la localidad.

- **Procuradurías**

Su obligación es velar por el correcto ejercicio de las funciones encomendadas en la Constitución y la Ley a servidores públicos y lo hace a través de sus tres funciones misionales principales: preventiva, de intervención y disciplinaria.

- **Consejerías y Programas Presidenciales (Colombia Joven, Programas Especiales, Equidad para las Mujeres)**

Tienen como finalidad apoyar al gobierno nacional en su propósito de consolidar políticas públicas orientadas a la construcción de equidad social. Para tal fin, diseñan e implementan programas y proyectos que contribuyen al fortalecimiento de las instituciones del Estado en lo local, aportando al afianzamiento de la autonomía regional, la descentralización y la consolidación de los gobiernos departamentales como nivel articulador de lo nacional con lo municipal, promoviendo la participación ciudadana.

- **Ministerio de Cultura**

Es la entidad rectora del sector cultural colombiano y tiene como objetivo formular, coordinar, ejecutar y vigilar la política del Estado en materia cultural, deportiva, recreativa y de aprovechamiento del tiempo libre.

CAPÍTULO III

ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA ENTENDER LA GESTIÓN Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

*3.1 ¿En qué se fundamenta el concepto de intersectorialidad?*⁹

La intersectorialidad cobra su mayor protagonismo en la agenda latinoamericana a partir de mediados de la década de los 90, del siglo XX, ante la clara evidencia de un doble fenómeno: por un lado, la imperiosa necesidad de re-equilibrar el poder al interior de los aparatos estatales, en tanto las áreas económicas se habían fortalecido excesivamente en relación con las áreas sociales; por el otro, la tardía comprensión acerca de que muchos programas y proyectos no hacen a una política pública coherente y, en consonancia con esto, lo difícil que resulta generar intervenciones integrales a nivel programático.

Hoy, comienza a quedar claro que resulta sumamente complejo construir sinergias entre diversos actores aprovechando, al mismo tiempo, la especificidad sectorial.¹⁰

La intersectorialidad, señala Cunill Grau (2005), constituye un instrumento de la integralidad resultando, por ende, un componente insustituible de las políticas y programas destinados a enfrentar la pobreza (y también la desigualdad remarca la autora). El gran desafío habría de consistir, entonces, en cómo construir viabilidad política y técnica a la intersectorialidad, lo cual implica que, para lograr la misma, resulta sumamente importante el papel de los órganos centrales de gobierno.

Es evidente que la experiencia comparada de América Latina muestra ciertos avances en la intersectorialidad (y sus estrechos vínculos con la coordinación) más a nivel de programas contra la pobreza que se proponen integrales, que en el plano más general del conjunto de políticas sociales, que comprometen la identidad organizacional y los recursos sustantivos de ministerios tradicionales (como es el caso de los de Salud y Educación).

También es cierto que en el plano local, en la esfera territorial comunitaria/municipal, parece más factible lograr la intersectorialidad que en una estrategia de carácter más amplio, por ejemplo, a escala nacional.

Indicado esto, ¿significa que no es posible promover una efectiva intersectorialidad del conjunto de la política social en el ámbito nacional?

No hay respuestas simples. Sólo cabe indicar que hay obstáculos importantes que enfrentar y a esa tarea deben dedicarse las coaliciones socio-políticas que se propongan avanzar

⁹ Para el desarrollo de la conceptualización siguiente se tuvieron en cuenta diversos autores nacionales e internacionales, cuyos planteamientos frente a los enfoques y modelos de intersectorialidad obedecen a largos años de investigación aplicada al contexto latinoamericano.

¹⁰ Acuña, C. Red para la reducción de la pobreza y la protección social. La institucionalidad de las políticas y los programas de reducción de la pobreza en América Latina. Universidad de San Andrés, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, 2006.

fuertemente en acciones integrales, por ende, con necesidad de intersectorialidad.¹¹

Es más, como lo señala igualmente el autor, en algunos países sobresale una amplia y profusa legislación pro-coordinación, sin que eso resulte en sinergias reales. Nuestro país, sabemos, no es ajeno a ello.

a. Noción de intersectorialidad

La noción de la intersectorialidad remite, en principio, a la integración de diversos sectores con vistas a la solución de problemas sociales. Sin embargo, el término tiene diversas connotaciones según las premisas que se adopten e, incluso, según qué se entienda por “sector”. Con el documento y la revisión conceptual de varias investigaciones se ha propuesto desentrañar cuáles son esos fundamentos, de modo de delimitar la noción y clarificar sus sentidos.¹²

Siguiendo a Cunill (2005), dos premisas se han detectado hasta ahora:

1. La integración entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales. Es decir, le asigna un ***fundamento expresamente político***.

2. La integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemas sociales. Significa que remite a un ***fundamento técnico***.

En este sentido, hay varios elementos que es preciso destacar: a) la ***integración***, presente en todas las definiciones de intersectorialidad; b) la ***inclusividad*** en el sentido de que la intersectorialidad afecta desde el diseño hasta la evaluación de las acciones; c) la ***mancomunidad***, dado que la intersectorialidad supone compartir recursos, responsabilidades y acciones (Mendes y Fernández, 2004: 121); d) la ***predominancia*** de un ethos corporativo profesional convierte a la intersectorialidad también en un problema ***cultural***. Una de las expresiones de esta limitante la reseñan Rufián y Palma (1990: 133): “es necesario «pensar» intersectorialmente para llevar a cabo políticas de ese contenido, y e) la intersectorialidad puede allanar el camino para la interdisciplinariedad y la transectorialidad.

3. 1. 1 Las traducciones prácticas del concepto

Para que la cooperación intersectorial pueda hacerse posible tiene que existir algún tipo de evidencia (o conciencia) acerca de que la solución del problema que ocupa la atención no puede lograrse a través de un solo sector.

Todo lo anterior conduce a suponer que *si se trata de acometer una política integral que vincule, por ejemplo, la salud y la educación, y si respecto de ella se aspira a que la integralidad cubra tanto el diseño, como la ejecución de la política, el espacio local pudiera*

11 Un aspecto propiamente de gestión, financiera en este caso, que deben resolver los intentos de articulación interinstitucional es el referido al pase de recursos entre ministerios para responder a una población-objetivo seleccionada. Esto ha comenzado a resolverse, más allá de la dificultad de acuerdos globales de difícil concreción, a través de acuerdos donde los ministerios sectoriales “priorizan” la atención de esos grupos y reciben recursos específicos al respecto.

12 Cunill- Grau N. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. JX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile; Oct 2005.

ser más apropiado que el central para su desarrollo. Esto, sin embargo, no quiere decir que la intersectorialidad no tenga resolución en el ámbito nacional.

Tras ese tipo de experiencias está la creciente conciencia de que aun cuando la coordinación intersectorial se traduce en una coordinación interinstitucional, tiene un foco diferente, a saber: las políticas o programas integrales y crecientemente, además, las políticas de carácter transversal. Este foco, traducido como resultado posible de medir, no sólo puede restarle conflictividad a los mecanismos de coordinación intersectorial, sino que les plantea requerimientos singulares, según lo sugiere la práctica.

Por otra parte, se da una tendencia a diseñar las instancias de coordinación intersectorial de forma tal que permitan la “**conversación**” no sólo entre los sectores concernidos, sino también con los sectores responsables del manejo de la economía (y, en particular, del presupuesto), así como con la sociedad dando espacio expresamente a la **participación ciudadana**.

3. 1. 2 ¿Cómo crear viabilidad política a la intersectorialidad?

Es necesario minimizar las diferencias de poder percibidas. Además, *hay que considerar que en tanto la intersectorialidad supone compartir recursos, responsabilidades y acciones contiene siempre la posibilidad de resistencias y de luchas de poder*. La praxis sugiere que hay que diseñar dispositivos institucionales que no sólo minimicen esas posibilidades, sino que contribuyan expresamente a la creación de comunidades de sentido.

Aun bajo el supuesto de que no existan restricciones institucionales, es necesario considerar que si bien las diferencias entre los sectores proveen la racionalidad para trabajar juntos, las diferencias de poder percibidas son uno de sus obstáculos. De allí la importancia de promover la influencia mutua en la toma de decisiones de manera de balancear las diferencias de poder. La práctica en este sentido aconseja la creación de estructuras organizacionales o procesos formales que habiliten a todas las partes a influir sobre la definición de los problemas y en la planificación de las soluciones.

Por otra parte, las experiencias sugieren que es clave disponer de variados “mecanismos integradores internos”. Bajo este marco cobran más importancia, por ejemplo, los planes elaborados participativamente entre todos los actores implicados en las acciones intersectoriales, ya que pueden contribuir a generar visiones compartidas.

Finalmente, tal como insinúan todas las experiencias, es también clave la existencia de un “agente catalítico” con la suficiente legitimidad o autoridad para convocar a todos los actores pertinentes. Apreciaremos que además de órganos o figuras políticas de alta relevancia, pueden operar como tales organismos internacionales sobre todo cuando convocan en torno a agendas sociales que requieren de un enfoque intersectorial.

La viabilidad política de la intersectorialidad está asociada a este tipo de factores. Hay otros que están vinculados a su viabilidad técnica, los que resumiremos a continuación.

3.1.3 *¿Cómo aumentar la viabilidad técnica de la intersectorialidad?*

La experiencia sugiere que hay que asegurar el financiamiento de la intersectorialidad. Por otra parte, para crear sinergias (o, al menos, evitar contra-sinergias) dentro de la administración pública es necesario dar miradas integrales, sobre todo cuando se trata de introducir una nueva racionalidad integradora, como la que propicia la intersectorialidad.

No hay viabilidad técnica de la intersectorialidad si es que no se asegura su financiamiento. En este sentido, una de las más importantes conclusiones que se deriva del examen de las experiencias es que no basta con que existan una planificación y una definición de atribuciones conjuntas entre los sectores concernidos en cada situación. Es imprescindible, además, que aquellas sean reafirmadas en los planes y presupuestos de los sectores e instituciones.

Hay que tener en cuenta, además, que, en general, los presupuestos tanto como los sistemas de evaluación orientados hacia los resultados pueden introducir más transversalidad en la gestión pública y, así, construir más viabilidad a la gestión intersectorial. Se ha reconocido que incluso el presupuesto participativo no puede tener un alto impacto en términos de eficiencia si no se introduce una forma presupuestaria basada en los objetivos (Sintomer, 2005).

En este sentido, una de las más fuertes coincidencias es que para adoptar una racionalidad integradora hay que introducirla en el **presupuesto**, ya que rubros por especialidades chocan con la pretensión de intersectorialidad. La preocupación por “llevar la economía” a los foros de deliberación no sólo tiene por objeto comprometer a los agentes responsables de su manejo con las asignaciones presupuestarias necesarias, sino que apunta al cambio de la lógica del presupuesto en esa dirección.

Un cambio similar se demanda en los **sistemas de evaluación**, ya que si estos imponen como criterios de valoración de la gestión pública resultados por sectores, la intersectorialidad encuentra serias dificultades para desplegarse.

Todos estos aspectos hacen parte de la gestión de la intersectorialidad.

3.1.4 *¿En qué consiste la gestión integral intersectorial?*

A partir de las consideraciones que realizan Molina y Licha (2005), hay un elemento fundamental que hace posible la intersectorialidad y éste es la coordinación.¹³ En este sentido, la coordinación de políticas puede entenderse como un proceso político y técnico a la vez, de carácter tanto analítico como instrumental, orientado al logro de coherencia y articulación de las políticas para favorecer el logro de objetivos estratégicos. Una de las definiciones actualmente en boga es aquella que concibe la coordinación como un proceso a través del cual las políticas y programas gubernamentales se caracterizan por un mínimo de redundancia, incoherencia y vacíos.

La coordinación es reconocida como un procedimiento que permite eliminar contradicciones o redundancias y a la vez desarrollar políticas integrales. Por lo antes dicho, la coordinación permitiría alcanzar los siguientes objetivos: i. Evitar o minimizar la duplicación y superposición de políticas; ii. Reducir las inconsistencias de las políticas; iii. Asegurar prioridades de políticas

13 Molina G, Licha I. *Coordinación de la política social: criterios para avanzar*. Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto para el Desarrollo Social. Washington, DC., Julio 2005.

y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas; iv. Atenuar el conflicto político y burocrático, y v. Promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorialista y estrecha de las políticas (Peters, 1998a).

3. 2 *¿En qué consiste la gestión integral intersectorial?*

A partir de las consideraciones que realizan Molina y Licha (2005), hay un elemento fundamental que hace posible la intersectorialidad y éste es la coordinación. En este sentido, la coordinación de políticas puede entenderse como un proceso político y técnico a la vez, de carácter tanto analítico como instrumental, orientado al logro de coherencia y articulación de las políticas para favorecer el logro de objetivos estratégicos. Una de las definiciones actualmente en boga es aquella que concibe la coordinación como un proceso a través del cual las políticas y programas gubernamentales se caracterizan por un mínimo de redundancia, incoherencia y vacíos.

La coordinación es reconocida como un procedimiento que permite eliminar contradicciones o redundancias y a la vez desarrollar políticas integrales. Por lo antes dicho, la coordinación permitiría alcanzar los siguientes objetivos: i. Evitar o minimizar la duplicación y superposición de políticas; ii. Reducir las inconsistencias de las políticas; iii. Asegurar prioridades de políticas y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas; iv. Atenuar el conflicto político y burocrático, y v. Promover una perspectiva holística que supere la mirada sectorialista y estrecha de las políticas (Peters, 1998a).

Ahora bien, la coordinación no es un fin en sí misma. Ella es un instrumento para lograr consistencia e integralidad de las políticas, en ámbitos de intervención intersectorial, recurriendo a mecanismos tanto de “governance” como de cambio organizacional. Por ello la coordinación ocurre a diferentes niveles (vertical y horizontal) y con diferentes grados de complejidad (interdependencia de objetivos, funciones y recursos entre diversos entes).

La falta de coordinación entre departamentos y programas, como uno de los problemas principales que enfrentan los gobiernos contemporáneos, es atribuida en buena parte a la desarticulación entre el diseño y la implementación de las políticas. En dicho contexto, la coordinación como concepto se refiere a “la necesidad de asegurar que las distintas organizaciones, públicas y privadas, responsables de la formación de las políticas públicas, trabajen juntas para no producir redundancia ni brechas en la entrega de los servicios” (Peters, 1998: 5). Además de la acción intersectorial que requieren las políticas sociales, la coordinación puede ser también vista, en el contexto de la descentralización, como un instrumento que permite asumir la necesidad de asegurar una mayor gobernabilidad, que el gobierno central tiene que crear de manera más democrática (Peters, 1998b).

Para ello, se ha de valer de liderazgo y visión para dirigir las políticas desde un conjunto de valores e ideas comunes. Pero también tendrá que recurrir a medios efectivos de coordinación, que dejen de lado las formas de coordinación “negativa” (cada organización evita a las otras y sus interacciones son inexistentes), para avanzar hacia una coordinación “positiva”, en la cual se producen formas de trabajo conjunto para proveer mejores servicios. Peters reconoce un tercer tipo de coordinación, que denomina “integración de políticas”, que va más allá de la mera coordinación en la entrega de servicios hasta generar cooperación en la compatibilización de las misiones organizacionales, y así superar contradicciones. En este tercer tipo de coordinación, el papel del gobierno central es clave para que través de la autoridad se alcance el desarrollo de la misión organizacional de manera más integrada.

La coordinación la entendemos como un componente que mejora el proceso de formación de políticas, pues sin ella las etapas de diseño, implementación y evaluación de la política social pueden verse recortadas en sus alcances. También hemos afirmado que la coordinación tiene una dimensión política y técnica a la vez. En su dimensión política está afectada por las relaciones de poder entre los distintos actores participantes en la política social, lo mismo que por la institucionalidad formal e informal en la que opera dicha política (Repetto, 2005). Por institucionalidad social entendemos, junto con Repetto, la compleja serie de reglas de juego formales e informales, así como prácticas, normas y procedimientos que condicionan el contenido y la dinámica de la política social.

Como resultado de las consideraciones anteriores, nos parece que una definición de coordinación que integra las diferentes perspectivas y dimensiones hasta aquí planteadas es aquella que la define como un proceso de múltiples dimensiones (político y técnico, participativo y concertado, vertical y horizontal), y de diferentes alcances (macro, meso y micro), que involucra a diferentes actores y sectores, con el fin de articular esfuerzos y crear sinergias que favorecen el logro de objetivos estratégicos.

Así, la coordinación como proceso tiene las siguientes características:

1. Es político y técnico a la vez.
2. Es participativo y concertado.
3. Es horizontal y vertical a la vez.
4. Es de diferentes alcances (macro, meso y micro).

• **Capacidad de coordinación**

Las capacidades que están en juego con la coordinación son aquellas que permiten articular esfuerzos y establecer relaciones sinérgicas en espacios intersectoriales e intergubernamentales. Para crear un trabajo integrado exitoso en dicho ámbito, necesitamos fortalecer un conjunto de capacidades relacionadas con el conocimiento y herramientas necesarios para movilizar equipos y redes, desarrollar marcos compartidos para el análisis y comprensión de los hechos y para definir roles, responsabilidades y objetivos, planificar e informar.

Una clave del éxito de la cooperación es la motivación que, por ejemplo, crea la idea de trabajar de manera distinta las políticas y programas, tanto en términos conceptuales como institucionales, organizativos y operativos (Bardach), sugiriendo la “construcción” de una capacidad colaborativa interagencial (CCI), antes referida, y relacionada con un conjunto de condiciones, entre las cuales destacamos las siguientes:

- Voluntad política y burocrática.
- Liderazgo.
- Flexibilidad.
- Confianza y cultura de colaboración.
- Creación de momentum.

Bardach pone mucho énfasis en el concepto de capacidades (de cooperación, colaboración o coordinación) para enfrentar otros enfoques que entienden la coordinación como un proceso por etapas, a saber: juntarse, construir confianza, desarrollar un plan estratégico, tomar acción, aumentar la escala (Melaville, citado en Bardach).

En todo caso, la construcción y sustentación de un trabajo integrado exitoso dependerá de un conjunto de capacidades fundamentales para preparar decisiones y manejar dos dimensiones clave de la coordinación: 1) la movilización de equipos y redes, que implica liderazgo, trabajo en equipo, modelos mentales compartidos y confianza, y 2) el desarrollo de marcos de trabajo compartidos, lo que favorece la comprensión de los hechos, claridad de objetivos, definición de roles y responsabilidades, planificación e información.

Desde un punto de vista gerencial, la coordinación exitosa se basa igualmente en la capacidad de “gestionar la transversalidad”, como la llama Echeberria, que significa promover en la organización la llamada “cultura de coordinación”, que se favorece con inversión en capital social y con la creación de un sentido compartido de la misión y visión de la organización a través de procesos de alineamiento institucional propios de la gestión estratégica.

• Decálogo para guiar la coordinación

De acuerdo con las experiencias analizadas y a las consideraciones analíticas antes expuestas se puede afirmar que la coordinación intersectorial requiere de un conjunto de condiciones y criterios que se exponen en el cuadro que sigue:¹⁴

DECÁLOGO DE LA COORDINACIÓN: CRITERIOS BÁSICOS
1. Voluntad y cohesión política
2. Definición de objetivos estratégicos
3. Estructuras y mecanismos de coordinación (con objetivos y funciones concretas y claramente definidos)
4. Participación de los actores
5. Institucionalidad legítima
6. Capacidad de coordinación y liderazgo
7. Espacios de diálogo y deliberación
8. Sinergias
9. Cultura de cooperación

3.3 *¿Cómo entender la intersectorialidad en la dinámica institucional orientada a los derechos sexuales y reproductivos y a la salud sexual y reproductiva?*¹⁵

Para abordar la mencionada complejidad y multidimensionalidad de los fenómenos relacionados con la SSR se requiere adoptar enfoques sistémicos, holísticos y abordajes epidemiológicos que consideren esos fenómenos en su integridad.

Por ende, las respuestas adecuadas a los problemas complejos de la SSR implican el compromiso de varios actores institucionales ya que, como lo hemos venido señalando, la

¹⁴ Ibíd. 2005

¹⁵ Tomado de: Nirenberg, O. Intersectorialidad y salud sexual y reproductiva: ventajas, dificultades y desafíos. CEADEL - Centro de Apoyo al Desarrollo Local, Buenos Aires, 2005.

intersectorialidad supone *un trabajo coordinado entre actores de diferentes áreas sectoriales, con vistas a objetivos comunes, consensuados entre todos.*

Así, la intersectorialidad para dar respuestas adecuadas e integrales a las necesidades y demandas en SSR más allá de ser un requerimiento teórico y metodológico, es un mandato legislativo.

La mayor dificultad es que los distintos actores señalados se desempeñan en estructuras burocráticas separadas – sin apreciables vasos comunicantes que las conecten – las cuales generan campos de interés, ámbitos de poder y de lucha política que deben ser superados – o al menos “puestos entre paréntesis” – para consensuar objetivos en común y lograr un trabajo cooperativo tendiente a su cumplimiento.

En ese sentido, estudios recientes y lo recogido en las experiencias de campo para documentar el modelo muestran el escepticismo de los profesionales (particularmente de la salud) acerca de la viabilidad de articular entre el sector salud y el de educación, así como la incorporación de contenidos de SSR en los planes de estudio de las instituciones educativas, a pesar de contar con un PESCC. Esos profesionales ven grandes dificultades, no sólo actitudinales, basadas en creencias religiosas, sino también debido a la falta de recursos humanos capacitados para una adecuada implementación de esos procesos de coordinación/articulación. En especial, señalan como dificultades, por un lado, la carencia de sus propias capacidades pedagógicas, así como su falta de tiempo debido a la enorme carga que tienen en la tarea asistencial y, por otro lado, la falta de conocimiento sobre los temas de SSR por parte del personal docente en el sector educativo, como para transmitir adecuadamente los contenidos de la SSR (Cappuccio M, Nirenberg O, Pailles J. 2005).

La intersectorialidad constituye una estrategia que procura superar la fragmentación de las acciones en pro de abordajes más integrales, y sus objetivos específicos consisten en lograr sinergias en los siguientes sentidos:

- Eficacia (en cuanto al cabal cumplimiento de los objetivos consensuados).
- Expansión del espacio de acción, tanto desde el punto de vista de la amplitud del espectro disciplinario, como del alcance geográfico y de la diversidad de las estructuras institucionales.
- Complementariedades positivas entre las diversas acciones desplegadas.
- Eficiencia (evitando superponer recursos).
- Sumar influencias para colocar la temática en la agenda pública e institucional.
- Desarrollar políticas públicas, donde las diversas áreas de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil se involucren no sólo discursivamente, sino en acciones concretas y concertadas.
- Influir positivamente sobre el comportamiento de los individuos.
- Construir una comunidad saludable.

A modo ilustrativo y sin ánimo de exhaustividad, pueden destacarse algunas funciones de la intersectorialidad en derechos sexuales y reproductivos que resultan de relevancia:

- Proveer información a la población, desde diferentes perspectivas y con un enfoque integral, acerca de temas de SSR.
- Aportar recursos (humanos, materiales, de equipamiento, de infraestructura física o

financieros), desde cada área sectorial y para el conjunto, en función de los objetivos consensuados.

- Brindar asistencia técnica “horizontal” entre áreas e instituciones de los diferentes sectores.
- Planificar, programar y evaluar en forma coordinada, en pro de acciones sistemáticas tendientes a los logros acordados.
- Coordinación en acciones conjuntas, complementarias o simultáneas de promoción, prevención o atención en SSR, especialmente en términos de derivaciones.
- Realizar abogacía en torno a temas de SSR

El trabajo intersectorial puede ser visto como un proceso gradual, que conviene desarrollar por etapas para ir ganando mayor profundidad y complejidad a lo largo del tiempo.

El gradualismo alude no sólo a la progresiva inclusión de integrantes en el proceso, sino también a la agregación y profundización de los temas que se afrontan durante el mismo.

Se subraya la necesidad de programar esos procesos los que, lejos de producirse en forma espontánea, requieren de intensas acciones de estimulación, previsión, acompañamiento y evaluación. Es por eso que es recomendable el ejercicio de un liderazgo idóneo para promover la inclusión y el compromiso de los actores.

Una pregunta frecuente sobre la forma de encarar esos procesos graduales es acerca del nivel organizacional por donde conviene comenzar: los niveles centrales, intermedios u operativos o locales.

En ese caso la pregunta es si comenzar por las estructuras centrales del gobierno nacional, verbigracia, áreas o programas de ministerios o secretarías (mínimo deberían involucrarse las de salud, educación y desarrollo social) o bien, por las áreas o programas dependientes de los gobiernos municipales o comunales o bien, por los establecimientos que en un área territorial determinada constituyen el nivel operativo, donde se desarrollan las acciones directas en relación con las poblaciones destinatarias, vale decir, los centros de salud, los servicios hospitalarios, las instituciones educativas, para sólo mencionar los más relevantes.

Pero también es cierto que *sin el apoyo político de las autoridades sectoriales nacionales, para promocionar y facilitar los procesos, difícilmente los mismos puedan tener regularidad y continuidad en el nivel operativo, dado que los actores pertenecientes a los establecimientos se verían desguarnecidos.*

Por ende, las decisiones de los funcionarios jerárquicos en pro de la intersectorialidad, en especial sus resoluciones acerca del armado de equipos o grupos intersectoriales (interministeriales) en el nivel nacional y en los niveles municipales son instancias de fuerte apoyo – sobre todo en lo que se refiere a programación, regulación, monitoreo y evaluación – para quienes actúan en la operación.

De modo que, además de la intersectorialidad, la estrecha articulación y el trabajo coordinado entre los niveles – jerárquicos – de la acción, que antes fueron señalados, también es algo que en paralelo debe promoverse al interior de cada ámbito sectorial. Es lo que en el discurso circulante se ha denominado articulación intrasectorial, desafío que, pese a ser muy usado retóricamente, está aún lejos de concretarse en forma generalizada en los sistemas de salud y, en particular, en lo referente a los servicios de SSR.

Por el contrario, son conocidos los vacíos existentes en tal sentido; es muy frecuente que los actores que se desempeñan en el territorio, en estrecha vinculación con las poblaciones destinatarias, reprochen a quienes se ubican en los niveles centrales por no ser “sensibles” a las necesidades y demandas urgentes de esas poblaciones que ameritan contar con respuestas rápidas y apropiadas(por ejemplo, en el caso de SSR los suministros de insumos para los métodos de anticoncepción – MAC –, adecuados en calidad, cantidad y oportunidad).

Por su parte, los actores de los niveles centrales se quejan de quienes se desempeñan en los establecimientos por los incumplimientos de las normas de atención y porque no remiten en tiempo y forma los registros estipulados y las informaciones solicitadas.

En el sector salud, y no escapa a ello la SSR, se agrega una complicación adicional: la articulación que es necesario establecer entre establecimientos de diferentes capacidades resolutivas (o niveles de complejidad).

Esos procesos vinculatorios intrasectoriales son complementarios y producen sinergias respecto de la intersectorialidad.

Parecería entonces que para encarar los procesos intersectoriales se deben desarrollar acciones “simultáneas” en los diferentes niveles, aunque es posible que los efectos demostrativos de los niveles operativos sean los más estimulantes, por su concreción en resultados más visibles en las poblaciones destinatarias.

Pero vale aclarar que, en definitiva, mucho dependerá de la disposición que tengan los actores específicos, en cada uno de esos niveles, para llevar adelante los procesos intersectoriales. Es posible pensar que dadas las características de los actores, en ocasiones pueda resultar conveniente comenzar los procesos intersectoriales en sentido inverso al mencionado, es decir, implementarlo “desde arriba hacia abajo”.

Una recomendación emergente de las afirmaciones previas es acerca de la conveniencia de llevar a cabo un diagnóstico preliminar sobre las concepciones y predisposiciones hacia el trabajo intersectorial por parte de actores clave en los niveles decisorios nacionales, municipales y de los establecimientos. Sería ese un diagnóstico de la viabilidad política para llevar adelante los procesos requeridos y también para decidir por dónde empezarlos.

Como todo diagnóstico, además de proveer información para un mejor planteamiento y direccionalidad de las acciones, el mismo serviría como herramienta inicial de sensibilización a los actores acerca de los procesos intersectoriales, sus ventajas y dificultades.

Frente a las conocidas fragmentaciones estructurales y de luchas entre las diversas áreas de gobierno y los actores institucionales que deberían trabajar en forma mancomunada, pueden mencionarse, además del ya señalado diagnóstico preliminar de viabilidad política, ciertos procesos o características que facilitan el desarrollo y mantenimiento del trabajo intersectorial:

- Identificar y convocar a personas, instituciones, áreas que son clave en relación con la SSR.
- Poseer capacidades de liderazgo para la convocatoria y el sostenimiento del proceso; debe tratarse de alguien respetado en la temática de SSR y con perfil adecuado para aglutinar actores diversos.
- Desarrollar confianza mutua, reconocerse, superar los temores acerca de posibles “invasiones” a los espacios propios; insistir, por el contrario, en que cada área organizacional debe cuidar de no perder su identidad y especificidad.

- Tener sensibilidad hacia las necesidades territoriales de los demás y reconocimiento de la diversidad de las culturas y lógicas organizacionales de cada sector.
- Mantener una comunicación fluida y continua entre los integrantes.
- Expresar las necesidades durante el proceso de toma de decisiones (no a posteriori).
- Incentivar la cooperación en todos los momentos del proceso.
- Promover una identidad basada en objetivos compartidos y actividades conjuntas.
- Acordar acerca de los objetivos comunes y formularlos con claridad, asegurándose que sea realmente compartido su significado.
- Comprometerse en acciones a mediano o largo plazo, de modo de instaurar “rutinas” que tengan continuidad, superando las articulaciones puntuales o eventuales.
- Establecer acuerdos sobre la asignación de recursos y responsabilidades.
- Establecimiento de un cronograma con fechas límite.
- Monitoreo de las producciones y cumplimiento de lo programado.
- Encarar negociaciones efectivas para el tratamiento de los conflictos.

Otros procesos vinculatorios relacionados con la intersectorialidad

Existen varios temas del campo de la gestión social que tienen estrecha relación con el de intersectorialidad. La lista que sigue no implica que los mismos se discutirán acá en forma exhaustiva, sino que interesa desplegarla al sólo efecto de mostrar la cantidad de aspectos que deben ser tomados en cuenta a la hora de implementar procesos intersectoriales.

- Interdisciplina.
- Gestión asociada.
- Trabajo en red.
- Multiactorialidad.
- Participación.
- Liderazgo.
- Trabajo en equipo.
- Negociación.
- Comunicación.

• **La interdisciplina**

Constituye un concepto más ligado al conocimiento y al ámbito académico; al igual que la intersectorialidad, cuestiona los criterios de causalidad lineal o única y procura evitar la fragmentación de los fenómenos a conocer o abordar.

La literatura distingue entre multidisciplinaria e interdisciplinaria, en el entendimiento de que la primera consiste en juntar a personas de diferentes formaciones disciplinarias para que investiguen, enseñen o trabajen en un mismo ámbito, mientras que la segunda es más que eso: es acordar y compartir una concepción teórica acerca de ciertos hechos para conocerlos mejor y actuar más eficazmente para su transformación.

Como se aclaró, el término interdisciplina se utiliza para la investigación y la docencia, sobre todo en ámbitos académicos y el término multiprofesionalidad se aplica en la práctica o la atención. Ambos conceptos suponen la existencia de un intercambio de saberes (Stolkiner, A., 1999).

La tarea interdisciplinaria supone un alto grado de democratización que se ve dificultada porque los participantes actúan en medio de relaciones jerárquicas que instauran solidaridades en lo interno y oposiciones específicas hacia lo externo. Se requiere entonces:

- Tomar conciencia de los propios prejuicios, ideologías, creencias, sobre todo de los ámbitos de poder adquiridos debido al ejercicio del saber.
- Reconocer que no hay una verdad absoluta, sino que existen verdades provisionales y relativas a las perspectivas culturales y momentos históricos.
- Flexibilizar los límites de cada disciplina y permearlos con los conocimientos provenientes de las demás. Reconocer los cambios continuos en el campo del conocimiento.
- Tener tolerancia por la incertidumbre, la indefinición, la actitud descentrada sobre el problema a tratar y respecto de los propios conceptos y marcos teóricos.
- Respetar las áreas de competencia de cada uno de los participantes en los escenarios de la interdisciplina o intersectorialidad.
- Aceptar que puede haber cooperación aunque existan disidencias.
- No trabajar en compartimentos estancos, sino formando una red y construir entre todos un saber compartido.
- Instrumentar la cooperación entre los integrantes para lograr una mirada ampliada, que permita organizar estrategias más adecuadas para conocer y abordar la realidad.
- Crear espacios que se constituyen en zonas virtuales de negociación, de consensos provisionales y parciales.

El conocimiento permanece fragmentado en áreas en la multidisciplinaria, mientras que existe una integración y producción de nuevos conocimientos en la interdisciplina.

Los saberes construyen realidades, forman parte de la construcción del mundo, son empíricos.

Pero la experiencia también indica que el saber no basta para poder hacer. La integración no se realiza exclusivamente a nivel de las disciplinas, sino de los miembros del equipo.

Se produce entre ellos un intercambio de instrumentos, métodos y técnicas.

El vínculo entre los miembros de un equipo interdisciplinario es de cooperación y requiere continuidad e intencionalidad.

• La gestión asociada

El término hace referencia a la planificación y gestión compartida entre organizaciones estatales y organizaciones de la sociedad civil, con objetivos comunes para solucionar problemas sociales en un espacio territorial o poblacional definido.

Poggiesse denomina gestión asociada a: “...modos específicos de planificación y de gestión realizados en forma compartida entre organizaciones estatales y organizaciones de la sociedad civil en su sentido más amplio. El sistema de trabajo planificado y la relación articulada de los colectivos que se crean para elaborar y gestionar estos proyectos o programas cogestivos que en sí mismos son una red, devienen en una trama social reconfigurada y activa: una red de redes de gestión asociada”.

“Implica fundamentalmente la conformación de escenarios de planificación-gestión mixtos, intersectoriales, interdisciplinarios, pluripartidarios, que se manejan con reglas de juego claras y conocidas por todos (metodología), donde se pretende construir una nueva forma de “saber-hacer”, un nuevo conocimiento a partir de los saberes e ignorancias de todos los que participan, una nueva cultura de lo político, de lo público y de lo social, donde “se preparan las decisiones” que serán adoptadas por los funcionarios responsables, ampliando la base en la toma de decisiones, es decir, colaborando en la profundización del sistema democrático”.

• El trabajo en red

El término hace referencia a una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

La red es la concreción de esa estrategia, que consiste en una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas principales características son:

- Membresía voluntaria.
- Adaptabilidad.
- Flexibilidad.
- Apertura.
- Horizontalidad.
- Fluidez y espontaneidad de las relaciones.

Las redes son heterárquicas, es decir, que existen varios centros de poder o nodos; eso es lo que las diferencian de las tradicionales organizaciones piramidales o jerárquicas. Constituyen la modalidad organizacional de nuestro tiempo: un sistema abierto y auto-organizado, una estructura disipativa que se encuentra continuamente en estado de flujo, en un equilibrio susceptible de reordenación continua, abierta siempre a la transformación. Es una forma de organización social más adaptativa y más eficaz que las tradicionales estructuras jerárquicas.

Por otra parte, el trabajo en red tampoco es un proceso espontáneo. Es necesario programarlo y acompañarlo, generando una cultura de relacionamientos en torno a ideales y proyectos compartidos.

La función de convocatoria a los actores para incorporarse a la red es de vital importancia.

Allí se debe incluir la propuesta de la temática a tratar en forma conjunta, la identificación de los actores estratégicos que participarán del proceso y la comunicación con los mismos, la periodicidad de los encuentros presenciales o virtuales, con el fin de delimitar y orientar las modalidades de interacción.

No resulta aconsejable establecer demasiadas normas pues con ello puede ponerse en peligro la creatividad y la flexibilidad requeridas. Las normas procuran la rutinización organizativa para una mayor eficiencia y productividad. En cambio, en las redes el énfasis está puesto en la creatividad y adaptabilidad, aunque sin perder de vista la efectividad.

Pueden citarse diferentes tipos de redes, a título de ejemplo:

- Redes personales: implican todo el conjunto de relaciones que una persona tiene con su medio: familia, amigos compañeros de trabajo, entre otras.
- Redes profesionales: los conceptos de equipo, interdisciplina y multiprofesión se identifican con el trabajo en red.
- Redes de establecimientos, redes de servicios, redes de prestadores. Red “jerarquizada” de establecimientos de salud (según complejidad).
- Redes internacionales de salud (con énfasis en el soporte informático).

En el caso de la SSR son de relevancia las redes de organizaciones de mujeres que promueven los derechos de las mismas, donde ciertas temáticas como el acceso a la información y a métodos de anticoncepción, la legalización del aborto, entre otros, son cuestiones emblemáticas.

• **La función del liderazgo**

En los ítems previos se ha hecho alusión a que los diversos procesos de articulación entre actores diferentes, lejos de surgir y sostenerse en forma espontánea requieren de estímulo, promoción, programación, monitoreo y evaluación. Por ende, alguien – individuo o grupo – debe hacerse cargo de tales acciones medulares.

En ese sentido se menciona la necesidad de incluir la función de liderazgo. El mismo, lejos de las significaciones tradicionales, adquiere acá un nuevo sentido: el del liderazgo transformador, orientado al cambio. Por lo tanto, el vínculo de quien ejerce la función de liderazgo con los otros actores está basado en un contrato, en un pie de igualdad; ese vínculo es dinámico con base en los requerimientos de las situaciones inciertas y cambiantes y los temas concretos o específicos que dan contenido a las interacciones (Blejmar B, Nirenberg O, Perrone N, 1997).

El estilo de liderazgo transformador resulta más democrático, adecuado y efectivo en las comentadas modalidades organizacionales que incluyen la intersectorialidad, la interdisciplina, la multiactorialidad y el trabajo en red.

Se reitera que se interpreta ese liderazgo como una función: para impulsar, producir y consolidar cambios sociales u organizacionales, enfrentar los problemas y facilitar soluciones que requieren de acciones colectivas.

Los liderados no dejan de ser conscientes de su subjetividad e identidad. Su vínculo con el que ejerce el liderazgo está basado en acuerdos acerca de un ideario y de los modos de concretarlo.

Ese contrato o compromiso puede cesar, sin que por eso cese el proceso, la organización o el proyecto, sino que se producirá un cambio adaptativo, posiblemente mediante la rotación de figuras en el ejercicio de la función.

Por otra parte, no debe obviarse que son los miembros de los grupos quienes adjudican y legitiman la condición de liderazgo y que quienes ejercen ese rol no podrían hacerlo fuera de esos grupos. Por ende, no se trata en estos casos de liderazgos absolutos, sino relativos, que constituyen situaciones o momentos de liderazgo.

El carisma hace falta, pero alojado más en el ideario o la visión compartida, que en las personas. También la racionalidad de la administración o de la gerencia hace falta, pero como soporte instrumental de este enfoque de liderazgo y no como un fin en sí mismo.

Para el ejercicio de ese tipo de liderazgo se requiere un cierto perfil de capacidades, habilidades y experiencias; en la siguiente lista se mencionan algunas que son relevantes:

- Poseer visión de futuro y del escenario social a construir.
- Poder trabajar con otros en la construcción de la organización y de las tareas de un proyecto.
- Reconocer los procesos y tener flexibilidad para adaptarse activamente a ellos.
- Poseer actitudes de servicio y habilidades para la conducción.
- Privilegiar la imaginación.
- Basarse en el conocimiento y en la información.
- Saber escuchar y comunicar.
- Motivar a la gente.
- Asumir la ambigüedad y el conflicto.
- Asumir riesgos.
- Comprometerse con sus funciones.
- Poseer valores éticos.
- Cumplir funciones educativas.
- Clarificar la direccionalidad de la acción.

• **El trabajo en equipo**

El trabajo en equipo implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto. Es más que la simple suma de aportaciones individuales. Las ventajas del trabajo en equipo, en comparación con la suma de trabajos individuales, es que cada miembro ofrece sus habilidades, experiencia y conocimientos y todos los aprovechan; las ideas individuales pueden convertirse en proyectos colectivos, se pueden planificar acciones en común, evitando segmentaciones o solapamientos, se distribuyen tareas entre los miembros, se comparte la responsabilidad por los resultados, se socializa la capacitación recibida en distintas instancias, se transfieren conocimientos y experiencias personales, se piensan colectivamente soluciones a los problemas, desde diferentes perspectivas.

El trabajo en equipo se basa en las “5 C”:

- Complementariedad.
- Coordinación.
- Comunicación.
- Confianza.
- Compromiso.
- La participación

Hace referencia a las formas y metodologías de gestión que procuran incluir protagónicamente a los diversos actores, especialmente a los destinatarios, en las diferentes etapas: desde la identificación de la problemática, la priorización de actividades, las decisiones relativas al destino de los recursos, la realización de las acciones, la sistematización de la experiencia y la evaluación.

Las razones más relevantes para incluir la participación en la formulación y gestión de las políticas de salud, en especial en SSR, son de tres tipos:

1 - Axiológicas: la participación constituye un valor social, un derecho humano, pues todas las personas tienen el derecho (no la obligación) de tomar parte en decisiones que puedan afectar su vida actual y futura. Esa participación debe ser voluntaria no coercitiva; la participación en espacios acotados puede promover relaciones sociales más democráticas e igualitarias en otros niveles de la acción.

2 - Epistemológicas: la participación de todos los que están involucrados en un determinado escenario permite más y mejor conocimiento acerca de esa realidad y del modo como se puede intervenir en la misma para introducir cambios o mejoras; de tal modo es deseable que las diferentes personas involucradas – no sólo los destinatarios de los programas – puedan expresar sus propios conocimientos y sus puntos de vista acerca de la problemática y sobre las estrategias recomendables para la intervención. Es en tal sentido que la participación se solapa con la intersectorialidad y la multiactorialidad, puesto que éstas implican intercambios de saberes, como ya se dijo.

3 - Pragmáticas: es fuerte la hipótesis, basada en experiencias locales, acerca de que la viabilidad y efectividad de las intervenciones sociales y de salud son mayores si las personas forman parte desde el principio y en todas sus etapas: analizando la propia situación dentro de sus contextos particulares, identificando sus fortalezas y debilidades, otorgando prioridad a sus problemas, tomando decisiones acerca de las estrategias a desplegar, llevando a cabo las actividades para resolver o mitigar sus problemas, supervisando y evaluando la ejecución de las actividades programadas y sus efectos.

• **La negociación**

La negociación se puede definir como la relación que establecen dos o más personas en relación con un asunto determinado, con el propósito de acercar posiciones y llegar a un acuerdo que sea beneficioso para todos ellos. El punto de partida es la existencia de diferencias en las posiciones que mantienen las partes. Si las posiciones fueran coincidentes no haría falta negociar.

La negociación busca eliminar esas diferencias, acercando las posiciones gradualmente hasta llegar a un punto aceptable para todos.

Una cuestión fundamental es la predisposición de los actores involucrados en tratar de alcanzar un acuerdo, lo cual no siempre es posible. En los temas de SSR, como ya se dijo, ciertas cuestiones son de carácter profundamente emblemático y relacionado con creencias y concepciones ideológicas o religiosas, de modo tal que se dificultan los procesos de negociación, dado que las partes no muestran interés en ello, sino en que sus respectivas posturas triunfen sobre las otras.

En definitiva, hay que tratar de encontrar una solución equitativa que tenga en cuenta los puntos de vista e intereses de todos los intervinientes. De ese modo todos ellos considerarán el acuerdo como algo propio y no como una solución que ha sido impuesta. Además, todos estarán conformes con la negociación y la probabilidad de cumplir lo pactado es mayor, así como el interés en mantener el vínculo profesional que ha resultado beneficioso.

• La comunicación

La comunicación existe, por un lado, como el sustrato y soporte de todos los procesos vinculatorios entre los actores diversos; pueden darse varias denominaciones a la misma, acorde con sus fines: comunicación interinstitucional, intrasectorial o intersectorial.

En ese sentido, llevar registros y actas de las reuniones e interacciones entre actores, resúmenes de las discusiones mantenidas y de los acuerdos logrados, redactar claras convocatorias y agendas de trabajo, para que circulen y tomen conocimiento los actores involucrados, son importantes requerimientos de los equipo de trabajo conformados en forma intersectorial.

Las redes suelen editar boletines informativos – virtuales o impresos – que mantienen a los miembros informados acerca de eventos, documentos y bibliografía producidos sobre la temática. Los avances de la tecnología informática en los últimos decenios han facilitado esos procesos.

Por otro lado, todas las acciones promocionales en salud, en especial en SSR, cuentan como estrategia clave a la comunicación social, la cual permite colocar y mantener en la agenda pública asuntos relevantes y promover hábitos y estilos de vida saludable (por ejemplo, acerca del uso de condón en las relaciones sexuales para evitar la transmisión de ITS y del VIH/sida). También es importante la informática en la comunicación con las poblaciones objetivo, pero los medios de comunicación masiva (TV, radio, prensa escrita), así como los materiales comunicativos en forma de cartillas, folletos, entre otros, cobran alta relevancia y, por supuesto, los eventos presenciales son de incomparable eficacia comunicativa.

3.4 ¿Cuáles fueron los aprendizajes prácticos y conceptuales alcanzados, a partir del análisis realizado a las experiencias intersectoriales significativas, identificadas?

Lo que viene a continuación es el resultado de la sistematización y análisis de las experiencias intersectoriales identificadas en el país¹⁶, propuestas desde la línea de fortalecimiento de la coordinación intersectorial, durante los meses de abril y mayo.

16 Inventario y evaluación de experiencias intersectoriales y consultoría para el acompañamiento a las experiencias – Abril/mayo de 2010. En coordinación con Luz Marina Echeverría, consultora. Para mayor conocimiento y profundidad de las mismas, se anexan los documentos de apoyo y análisis.

Se incluyen los análisis generales, con base en las evidencias recogidas en los cuatro departamentos visitados, organizados de acuerdo con las categorías que orientaron la indagación acerca del comportamiento intersectorial para la promoción de los DSR, en los ámbitos departamental y local. Igualmente, se señalan las recomendaciones como aportes para la construcción del modelo de gestión integral intersectorial.

3. 4. 1 Influencia en la agenda pública, institucional y organizacional

“Suma de influencias de los diversos actores sociales que forman el conjunto de sectores involucrados, para colocar las temáticas de los DSR y de la SSR en la agenda pública e institucional. Alude a las acciones de “abogacía” que se desarrollan a favor de una causa, para colocarla en forma relevante en la agenda pública y en las políticas gubernamentales.”

Se identifican claramente dos niveles de calidad en la gestión para el posicionamiento del tema de los DSR y de la SSR en las agendas públicas departamentales:

Antioquia en el nivel más alto, en la medida en que logra construir una agenda de trabajo intersectorial, de manera sinérgica con la participación de los representantes de los diferentes sectores, gestión que tiene algunas repercusiones afirmativas en cuanto a posicionamiento del tema en el nivel departamental, al igual que en el nivel local. Sin embargo, a pesar de los logros alcanzados en cuanto a la integración de los sectores en torno a la promoción de los DSR y de la SSR en las comunidades, aún falta una estrategia de gestión ante los órganos decisores del gobierno departamental, para que la Mesa Departamental de Promoción y Articulación de la Sexualidad logre un lugar claro en la estructura política y administrativa del gobierno departamental, con el fin de asegurar la viabilidad política de la intersectorialidad.

En un segundo nivel, los departamentos de Meta, Santander y Bolívar, con una gestión para el posicionamiento del tema de los DSR, que se ubica principalmente en lo local, tanto a nivel de las ciudades capitales, como de otros municipios cercanos, pero sin suficiente solidez en el trabajo de “abogacía” ante el nivel departamental, para colocar estos temas en las agendas públicas. Adicional a esto, en los tres departamentos no se cuenta con una sólida integración entre los sectores, para hacer efectiva la estrategia de coordinación intersectorial.

“La gestión para la intersectorialidad es aún muy incipiente en el departamento de Bolívar. No se ha logrado contar con la voluntad política de los sectores que tienen competencias frente al tema de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y, por tanto, el tema no se ha incluido en las agendas institucionales, más allá del PESCC en la Secretaría de Educación Departamental o del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, en la Dirección de Salud Departamental”. (Visita al Departamento de Bolívar. Abril 19 y 20 de 2010).

Recomendación: Diseñar, desarrollar, implementar y fortalecer estrategias de coordinación intersectorial que propicien sinergias entre salud, educación y otros sectores que tienen que ver con los procesos de desarrollo social, de manera que se facilite la integración de las competencias, rutas de atención y formación del recurso humano necesario, en los niveles nacional, regional y local, para responder a las necesidades y vacíos en salud sexual y reproductiva y en los derechos sexuales y reproductivos.

3.4.2 *Articulación de los niveles (nacional, departamental y municipal) y estructura administrativa*

“Desarrollo de políticas públicas, para el caso los DSR y de la SSR, donde las diversas instancias, áreas y niveles del gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil se involucren no sólo desde el discurso, sino también en acciones concretas y concertadas.”

Las acciones para el fortalecimiento técnico de los equipos regionales, desarrolladas por parte de la cooperación internacional y de los organismos asesores de nivel ministerial, si bien han permitido en algunos departamentos, como es el caso de Antioquia y Meta, avanzar en la unificación de un enfoque conceptual y metodológico para la promoción de los DSR y de la SSR, no han repercutido en la articulación de los niveles nacional, departamental y municipal.

Es claro que para el desarrollo de una política pública que propenda por la intersectorialidad y articulación entre los niveles, nacional, regional y local, no es suficiente con que los sectores tengan competencias y responsabilidades o temas comunes que los convoquen. Es indispensable contar con procesos de movilización social respaldados por los diferentes niveles de gestión política, de manera que se involucren diversas instancias, áreas y niveles del gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil en acciones concretas y concertadas en torno a la promoción de los DSR y de la SSR de las comunidades.

“La Mesa Departamental de Promoción y Articulación de la Sexualidad, desarrolla una agenda que construye con participación de los representantes de los diferentes sectores, pero a pesar de lograr la sensibilización hacia el tema de parte de los funcionarios y funcionarias de cada Institución, la Mesa no tiene un lugar claro en la estructura política y administrativa del gobierno departamental, lo cual repercute en que no existen una coordinación institucionalmente establecida, ni unos recursos financieros para el desarrollo de sus acciones”. (Visita al Departamento de Antioquia”. Abril 15 y 16 de 2010).

Recomendación: resulta urgente fortalecer a los equipos técnicos regionales y municipales en el desarrollo de acciones de Gestión y Abogacía ante las instancias gubernamentales de nivel departamental, para el reconocimiento del tema como prioritario en las agendas públicas de las diferentes instituciones que tienen competencias en relación con la promoción de los DSR, de lo cual se deriva la asignación formal de recursos humanos, técnicos y financieros, para la expansión hacia los municipios de las acciones conjuntas entre sectores. De la misma manera se deben realizar acciones de abogacía ante las instancias municipales decisoras de los programas, para el posicionamiento del tema de los DSR en sus agendas públicas institucionales y para lograr el respaldo a la coordinación intersectorial.

3. 4. 3 *Participación en diagnóstico, planeamiento y evaluación*

“Planificar, programar y evaluar en forma coordinada, en pro de acciones sistemáticas tendientes a alcanzar los logros acordados en relación con la promoción de los DSR”

Antioquia es la experiencia en la cual se encontró un trabajo más sistemático de planeación de acciones de promoción de los DSR, a nivel departamental, a corto y mediano plazo y evaluación de procesos y metas.

Sin embargo, es común a los cuatro departamentos la ausencia de un enfoque de planeación estratégica, que permita diagnosticar las problemáticas, planear las acciones y evaluar el cumplimiento de objetivos, metas e impacto de las acciones, de manera sistemática y con base en indicadores de gestión claramente definidos. Asimismo, proyectar metas a largo plazo, considerando que una de éstas debe ser la de posicionar el tema de los DSR en las agendas gubernamentales, de manera que se cuente con el respaldo al trabajo intersectorial de parte del gobierno departamental, de lo que se derivarían los actos administrativos mediante los cuales se formalicen las acciones programáticas y la correspondiente asignación de recursos humanos y financieros, para expandir y consolidar el trabajo en los municipios.

Recomendación: La planeación debe involucrar de manera participativa a los diferentes actores y sectores sociales e institucionales del nivel departamental y municipal, de manera que los diagnósticos recojan de la realidad las problemáticas en torno a la vulneración de los DSR en los diferentes escenarios sociales, incluyendo el educativo, para que de acuerdo con líneas de base se planeen las acciones de asistencia técnica a los municipios, para la consolidación de los planes locales y de las rutas de atención en SSR y de prevención de las vulneraciones a los derechos.

Además, la planeación debe incluir en sus objetivos los relacionados con investigaciones cualitativas sobre la vulneración de los DSR en las diferentes poblaciones (mujeres, niñas-niños, jóvenes, etnias, población de lesbianas, gays, transexuales e intersexuales (LGBTI), entre otras.), de manera que se puedan identificar las diversas formas de vulneración, los escenarios en los que más ocurren y las principales víctimas, lo cual resulta esencial para la formulación de acciones, objetivos y metas, encaminados a la protección de los derechos de las personas, en especial de las más vulnerables, así como para la promoción de las medidas afirmativas que sean necesarias, de manera que se contribuya al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

3.4.4 Fortalecimiento de habilidades, competencias y capacidades

“Posibilidad de influir e incidir positivamente en el desarrollo de competencias personales y colectivas, acerca de temas de DSR y de SSR desde diferentes perspectivas y con un enfoque integral, así como en el fortalecimiento de las capacidades locales”.

Aunque en algunos departamentos, como son los casos de Antioquia, Santander y Meta, los representantes de las diferentes instituciones y sectores participantes han tenido acceso a procesos de formación en sexualidad, desde un enfoque humanista e integrador, lo cual ha ampliado la perspectiva desde la cual se aborda a la SSR, trascendiendo de una perspectiva biologicista y asistencial, a una visión sistémica y social, y con perspectiva de género, aún se observa debilidad en cuanto al abordaje desde los derechos sexuales y reproductivos, a pesar de que existe interés en funcionarias y funcionarios por acceder a procesos que fortalezcan intervenciones en educación y salud desde la perspectiva de los derechos.

Organismos asesores del Estado, como es el caso de la Consejería Presidencial de Programas Especiales –CPPE-, han apoyado en algunos municipios de estos departamentos los procesos de movilización social en torno a la promoción de los DSR y la consolidación de la intersectorialidad. Esto ha favorecido la constitución de Redes Sociales de Apoyo, que trabajan municipalmente en la promoción de los DSR y en el acceso a servicios diferenciales de SSR, de acuerdo con la edad, el género, la etnia, entre otros. La articulación a estos procesos por

parte de otros sectores, además de educación y salud (Comisarías de Familia, la Procuraduría, el ICBF, la Defensoría, la Policía, la Fiscalía), ha dado lugar a acciones conjuntas, en las que se ponen a disposición sus competencias específicas, así como los recursos institucionales, humanos, físicos y logísticos, para el desarrollo de los programas encaminados a la promoción de los DSR y el mejoramiento de la SSR.

Caso contrario es el del Departamento de Bolívar, en el que la intersectorialidad para la promoción de los DSR aún es incipiente, puesto que los diferentes sectores trabajan el tema de manera aislada y sin un enfoque conceptual y metodológico común, a pesar de que en algunos municipios, entre ellos Arjona (que hizo parte de las experiencias visitadas en esta consultoría) existen instituciones como las Comisarías de Familia, que cuentan con fortalezas en el tema, y con disposición para aportar a la formación de otros actores institucionales. La debilidad de este departamento en los procesos intersectoriales para la promoción de los DSR parece tener dos razones: 1. La coordinación de estas acciones está centralizada en Educación, sin un enfoque claro de intersectorialidad, que integre a las diferentes instituciones que tienen relación con el tema de los DSR. 2. No existe claridad conceptual en el sector educativo en lo referente a la transversalización del enfoque de derechos en el PESCC, lo cual no asegura la promoción de los DSR en las instituciones educativas, puesto que el tema de la educación para la sexualidad se sigue mirando desde una perspectiva humanista, pero sin fundamentarlo en la perspectiva de los derechos.

Recomendación: Se hace necesario el apoyo y acompañamiento a los departamentos por parte del MEN, del MPS y de organismos asesores del Estado (cooperación Internacional, organizaciones no gubernamentales –ONG-, Consejerías Presidenciales, entre otros.) que tengan competencias y responsabilidades relacionadas con el tema de la promoción de los DSR, en las siguientes acciones:

- Formación de los equipos técnicos regionales responsables de la promoción de los DSR, para la consolidación del Enfoque Intersectorial, Diferencial y de Planeación Estratégica, con el fin de asegurar el diseño y ejecución de un Plan de Acción para la Promoción de los DSR en cada departamento, que sea integral, articulado intersectorialmente, y que atienda de manera diferencial a las necesidades de las diferentes poblaciones (mujeres, hombres, jóvenes, etnias, entre otras.), desde la perspectiva de los derechos.

- Formación de los equipos técnicos regionales responsables del PESCC, para el desarrollo de competencias en el acompañamiento, seguimiento y monitoreo a la transversalización del enfoque de los derechos en los procesos organizativos y de planeación estratégica orientados a la promoción de los DSR en las instituciones educativas.

- Formación de los equipos técnicos regionales responsables de la promoción de los DSR, para el fortalecimiento de competencias y habilidades relacionadas con procesos de movilización social, como estrategia que permite promover prácticas intersectoriales para el mejoramiento de la SSR de las poblaciones y la promoción de los DSR, en las que se articulen las instituciones del Estado y de la sociedad civil.

- Formación de los equipos técnicos regionales responsables de la promoción de los DSR, para el fortalecimiento de competencias y habilidades relacionadas con procesos de Gestión y Abogacía Política para el posicionamiento del tema en las agendas públicas gubernamentales, con el consecuente respaldo institucional y asignación de recursos humanos y financieros que favorezcan la expansión de las acciones hacia los municipios.

3. 4. 5 *Coordinación y financiamiento/ gestión de recursos*

“Oportunidad concreta y concertada para aportar, gestionar y manejar recursos humanos, materiales, de equipamiento, de infraestructura física, financieros, desde cada instancia sectorial o institucional y para beneficio del conjunto, en función de los objetivos consensuados alrededor de la promoción de los DSR”.

Es evidente en los cuatro departamentos la ausencia de un enfoque de trabajo intersectorial en el que se contemplen acciones de Abogacía para el posicionamiento del tema de la promoción de los DSR en las agendas públicas departamentales y municipales, lo cual no ha favorecido la asignación de recursos humanos, materiales, de equipamiento, de infraestructura física y financieros, desde cada instancia sectorial o institucional, que beneficien el trabajo regional y local, en función de los objetivos consensuados alrededor de la promoción de los DSR.

Si bien se cuenta en estos departamentos con procesos que han generado sinergia en los equipos de trabajo, éstos no aseguran por sí mismos la intersectorialidad, pues para lograrla se requiere de integralidad conceptual en cuanto al enfoque para abordarla y voluntad política de parte de las instancias gubernamentales decisoras en materia de SSR y DSR, de manera que exista respaldo institucional a las intencionalidades y se viabilice una convergencia programática de los sectores, para el logro de objetivos comunes al tema que los convoca y que anima el trabajo conjunto.

“Cada sector que participa en la Mesa Departamental aporta unos recursos físicos y humanos para el desarrollo de las actividades que se incluyen en el Plan de Acción de la Mesa, sin embargo, la asignación de recursos financieros, no está contemplada de manera formal en un Plan Institucional”. (Visita al Departamento de Antioquia. Abril 15 y 16 de 2010).

Recomendación: Se requiere diseñar y ejecutar una estrategia conjunta de Gestión y Abogacía Política, entre sectores que tienen que ver con la promoción de los DSR y de la SSR, a ser implementada ante las instancias gubernamentales de nivel departamental, en la que participen representantes de las diferentes Mesas Departamentales de Trabajo Intersectorial, con el apoyo del MEN, del MPS, de la cooperación internacional y de organismos asesores ministeriales, para lograr el reconocimiento y compromiso institucional frente a la acción intersectorial para la promoción de los DSR, de lo cual se derivarán las acciones programáticas en las que se integren los diferentes sectores comprometidos con el tema. De esta manera se podrá asegurar el desarrollo de planes, programas y servicios de atención de la SSR que cuenten con los recursos necesarios para su implementación en los distintos municipios.

3. 4. 6 *Oferta y acceso a servicios*

“Coordinación de acciones conjuntas, complementarias o simultáneas de promoción, prevención o atención en DSR y SSR, especialmente en términos de facilitar y propiciar la oferta y el acceso a servicios”.

En los cuatro departamentos evaluados es clara la desarticulación entre los sectores en lo relacionado con la oferta y acceso a los servicios de SSR y promoción de los DSR, tanto en el nivel regional como en el local. Cada uno trabaja por su cuenta para dar cumplimiento a la norma, ubicado en la misión institucional que le corresponde. Por tanto, los servicios que ofrecen las diferentes instituciones (de Salud, de Educación, de Protección y de Justicia) para

la atención de las vulneraciones a los DSR, no siguen rutas planeadas de manera consensuada entre sectores, lo cual no resulta pertinente para la promoción y garantía de los DSR.

Recomendación: Se debe adelantar un proceso de Gestión y Abogacía en los departamentos, con el fin de lograr, en primer lugar, la voluntad política de parte de las instancias gubernamentales, para el posicionamiento del tema de los DSR en las agendas públicas de los diferentes sectores y la creación de planes y programas en los que exista coordinación de acciones conjuntas, complementarias o simultáneas, para la promoción de los DSR y la promoción y atención de la SSR, especialmente en términos de facilitar y propiciar la oferta y el acceso a servicios.

Para ello resulta necesario que el MEN y el MPS, con el apoyo de la cooperación internacional, desarrollen procesos de asistencia técnica a los equipos técnicos regionales para la consolidación de las estrategias de Gestión y Abogacía que se requieren, de manera que se logre una acción conjunta e intersectorial, la cual supone la integración conceptual de objetivos, la integración administrativa de algunos procesos, el reordenamiento de la realidad para actuar sobre ella con un criterio de división técnica del trabajo, esto es, poner a disposición de unos objetivos comunes las competencias, habilidades, recursos técnicos, humanos y financieros de los diferentes sectores, sin incurrir en un trabajo aislado que no redunde en beneficio de una colectividad, ni garantiza que los procesos sean parte de una política pública para el desarrollo social y la promoción y garantía de los derechos.

3. 4. 7 Efectividad de las intervenciones / integralidad de la respuesta

“Reconocimiento del cabal cumplimiento de los objetivos consensuados y a los abordajes sistémicos, holísticos e integrales de las acciones, desarrolladas por los sectores e instituciones involucrados en la promoción de los DSR y de la SSR”.

Si bien, en departamentos como Meta, Santander y Antioquia, los diferentes sectores responsables de la SSR y de la promoción y garantía de los DSR de las distintas poblaciones que acceden a sus programas planean, implementan y evalúan conjunta y consensuadamente las acciones que desarrollan, como parte del abordaje intersectorial que han empezado a tener en cuenta, esta planeación no es todavía muy sistemática, ni corresponde a un abordaje sistémico, holístico e integral, que atienda de manera sólida a la perspectiva de derechos.

La atención y prevención de problemáticas en SSR o de vulneración de los DSR está concebida de manera aislada por parte de las diferentes instituciones y sectores (salud, educación, protección y justicia), sin aprovechar la capacidad instalada por parte de muchas de éstas en el manejo integral del enfoque de derechos (como en el caso de las Comisarías de Familia), las cuales podrían ser las formadoras de aquellas que son débiles en esta materia, de manera que se construyeran conjuntamente y con las mismas habilidades las rutas de atención y prevención, al igual que la oferta de servicios.

Por otra parte, tanto en lo departamental como en lo local, existe una tensión importante en cuanto a que no existen una coordinación intersectorial institucionalmente establecida, ni unos recursos financieros para el desarrollo de las acciones, ni un plan sistemático para su articulación con el nivel local, además de que no se ha logrado posicionar el tema en las agendas públicas de los diferentes sectores comprometidos con los DSR.

“Se requiere de un proceso de gestión y de abogacía política ante la SED Departamental, que respalde el trabajo de la Coordinadora del PESCC, asignando recursos humanos y financieros para el trabajo en otros municipios en donde se extenderá el PESCC y se constituirán las Mesas Intersectoriales”. (Visita al Departamento de Bolívar. Abril 19 y 20 de 2010).

Recomendación: Se requiere que desde el MEN y del MPS se *promuevan encuentros departamentales y locales de experiencias intersectoriales de promoción de los DSR*, con el fin de compartir logros, necesidades, lecciones aprendidas, oportunidades y amenazas, que puedan aportar a la construcción de un modelo ideal de intersectorialidad para el abordaje de este tema. Igualmente, en estos espacios de construcción colectiva en el ámbito nacional, se podría aprovechar la capacidad instalada por parte de algunas instituciones en el manejo integral del enfoque de derechos, de manera que éstas aporten su saber y experiencia, para la construcción conjunta y con las mismas habilidades, de las rutas de atención y prevención, y de la oferta de servicios.

Al igual que para los otros ítems es necesario que el MEN y el MPS, con el apoyo de la cooperación internacional, desarrollen procesos de asistencia técnica a los equipos técnicos regionales para la consolidación de las estrategias de gestión y abogacía para el posicionamiento del tema en las agendas públicas departamentales y municipales.

3. 4. 8 Expansión del espacio de acción

“Capacidad demostrada del impacto y ampliación de cobertura de las acciones conjuntas, tanto desde el punto de vista de la amplitud del espectro disciplinario, como del alcance geográfico y de la diversidad de las estructuras institucionales. Se trasciende lo institucional en función de lo sinérgico”.

Tanto en el nivel regional como en el municipal, las acciones de los Equipos Técnicos Regionales, de los Comités de Salud Sexual y Reproductiva, de las Redes Sociales de Apoyo y de las Mesas Intersectoriales para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos, no se encuentran respaldadas por un acto administrativo emanado de las gobernaciones, a partir del cual los sectores de educación y de salud, concernidos en la dinamización y posicionamiento del tema como acción que trasciende sus competencias específicas, sean respaldados para el logro de objetivos intersectoriales, aunando esfuerzos institucionales de otros sectores que tienen que ver con el tema de la protección, promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las diferentes poblaciones y, por tanto, con lo relacionado con el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, de calidad, que atiendan debidamente a las necesidades diferenciales de todas las personas en edad reproductiva, pero que también desarrollen programas de prevención de las vulneraciones de los derechos que ocurren con alta frecuencia en estos contextos.

“La acción del Equipo Técnico Regional (ETR) no se encuentra respaldada por un acto administrativo suscrito entre educación y salud; por tanto, no se le destinan recursos técnicos, ni financieros para su trabajo, ni se gestionan recursos de otros sectores comprometidos con el tema. Esto repercute en que no exista viabilidad política y técnica para la construcción de la intersectorialidad, para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de la salud sexual y reproductiva, lo cual requiere de un proceso de Gestión y Abogacía Política ante los órganos centrales del gobierno departamental, que respalde el accionar del ETR y le facilite las herramientas para el

trabajo en otros municipios en donde se extenderá el PESCC”. (Visita al Departamento del Meta. Abril 8 de 2010).

Se podría decir, con base en las anteriores evidencias, que el escaso posicionamiento del tema de la intersectorialidad para la promoción de los DSR en las agendas públicas de los diferentes sectores gubernamentales, tanto a nivel departamental, como a nivel municipal, deriva en la no asignación de recursos humanos y financieros para la expansión de las acciones de promoción de los DSR en los municipios. Igualmente, resulta claro que el elemento común en cuanto a la debilidad mencionada lo constituye la ausencia de acciones de “abogacía” que tienen que ver con la búsqueda de reconocimiento del tema por parte de los gobiernos departamentales y la consiguiente viabilidad política y asignación de recursos humanos y financieros para el trabajo en los municipios.

Recomendación: Que el MEN y el MPS lleven a cabo procesos de formación con los equipos técnicos regionales para el desarrollo de competencias y habilidades de Gestión y Abogacía, ante las instancias gubernamentales del orden departamental, decisoras de los programas, para el posicionamiento del tema de los DSR en sus agendas públicas institucionales y la consecuente asignación de recursos humanos y financieros, de manera que se garantice la viabilidad de las coordinaciones intersectoriales para la expansión de las acciones hacia los municipios.

CAPÍTULO IV

EVALUACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS QUE HACEN POSIBLE LA INTERSECTORIALIDAD

Para realizar el inventario de experiencias intersectoriales se estableció contacto con los socios del convenio en el nivel nacional (Ministerio de Educación Nacional – Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía-, Ministerio de la Protección Social – Servicios Amigables en Salud para Adolescentes y Jóvenes-, Consejería Presidencial de Programas Especiales – Programa de Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz-y el Fondo de Población de las Naciones Unidas) y con algunas representaciones locales y regionales, especialmente con los equipos técnicos regionales del sector educativo, las Redes Sociales de Apoyo, las oficinas regionales del UNFPA y las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, con el fin de identificar conjuntamente experiencias referidas a procesos coordinados en los que participarán los sectores de salud y educación, en torno a la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Paralelamente al proceso de identificación de experiencias se realizó una exhaustiva revisión documental (de investigaciones nacionales e internacionales), alrededor del tema intersectorial y de casos concretos reseñados, reflejada en el marco conceptual que sustenta el modelo a proponer.

4.1 ¿Qué experiencias significativas del país se consideraron para la propuesta del modelo, relacionadas intersectorialmente, y qué aspectos metodológicos las sustentan?

Del total de experiencias identificadas y referidas por los socios del convenio, correspondiente a aproximadamente 20 entre departamentales y municipales - incluida la Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud -, fueron seleccionadas como experiencias a ser visitadas para la recolección directa de información, las siguientes:

EXPERIENCIAS REGIONALES O LOCALES
- Santander: Barrancabermeja y Bucaramanga.
- Meta y Villavicencio.
- Departamento de Antioquia y municipio de Santa Bárbara.
- Bolívar y Arjona.

Dichas experiencias fueron consideradas por responder a criterios, tales como:

- Ubicación geográfica.
- Presencia del PESCC o del PPDRCP.

- c. Ubicación de las oficinas regionales del UNFPA.
- d. Representatividad departamental y municipal.
- e. Acciones del MPS.
- f. Reconocimiento de la experiencia como positiva o con dificultades a pesar de los esfuerzos brindados desde lo nacional.

La selección, la visita, la recolección de campo y las entrevistas, así como la preparación de la metodología y la construcción de instrumentos a ser utilizados en la recolección de información, se realizaron durante los meses de febrero y abril de 2010, proceso que fue adelantado en coordinación con la línea de gestión del conocimiento del Convenio 620.

El proceso de recolección de información tuvo como propósito indagar y evidenciar los elementos que hacen posible o dificultan la intersectorialidad (especialmente en salud y educación), a través de las percepciones y experiencias que tienen los y las responsables de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la localidad, con el fin de proponer un modelo de gestión integral intersectorial que sirva como punto de llegada a las entidades territoriales del país.

En este proceso se aplicaron 14 entrevistas individuales y 9 grupales a actores clave, con una participación de 84 personas representantes de diversas entidades, sectores e instituciones, principalmente de aquellos que forman parte de los Equipos Técnicos Regionales del PESCC, del Comité Departamental de SSR, las coordinaciones de las oficinas del UNFPA en dichas regiones, responsables de educación, salud, bienestar, universidades, y comunidad en algunos casos. Entre los actores entrevistados también se incluyeron participantes de la Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud pertenecientes a los socios del Convenio.

A partir de la revisión documental y de la multiplicidad de enfoques y categorías para caracterizar la intersectorialidad, se establecieron finalmente ocho criterios o categorías de análisis definidas conceptualmente:

IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE EXPERIENCIAS INTERSECTORIALES EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	
CRITERIO/CATEGORÍA	DEFINICIÓN
1. INFLUENCIA EN LA AGENDA PÚBLICA E INSTITUCIONAL/ ORGANIZACIONAL	Suma de influencias de los diversos actores sociales que forman el conjunto de sectores involucrados, para colocar las temáticas de DSR y SSR en la agenda pública e institucional. Alude a las acciones de “abogacía” que se desarrollan a favor de una causa, para colocarla en forma relevante en la agenda pública y en las políticas gubernamentales.
2. ARTICULACIÓN DE LOS NIVELES (NACIONAL/ DEPARTAMENTAL/ MUNICIPAL) Y ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS	Desarrollo de políticas públicas, para el caso los DSR y de la SSR, donde las diversas instancias, áreas y niveles del gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil se involucren no sólo desde el discurso, sino también en acciones concretas y concertadas.
3. PARTICIPACIÓN EN DIAGNÓSTICO, PLANEAMIENTO Y EVALUACIÓN	Planificar, programar y evaluar en forma coordinada en pro de acciones sistemáticas tendientes a alcanzar los logros acordados en relación con la promoción de los DSR.

4. FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES, COMPETENCIAS Y CAPACIDADES	Posibilidad de influir e incidir positivamente en el desarrollo de competencias personales y colectivas, acerca de temas de DSR y SSR desde diferentes perspectivas y con un enfoque integral, así como en el fortalecimiento de las capacidades locales.
5. COORDINACIÓN Y FINANCIAMIENTO/ GESTIÓN DE RECURSOS	Oportunidad concreta y concertada para aportar, gestionar y manejar recursos humanos, materiales, de equipamiento, de infraestructura física, financieros, desde cada instancia sectorial o institucional y para beneficio del conjunto, en función de los objetivos consensuados alrededor de la promoción de los DSR.
6. OFERTA Y ACCESO A SERVICIOS	Coordinación de acciones conjuntas, complementarias o simultáneas de promoción, prevención o atención en DSR y SSR, especialmente en términos de facilitar y propiciar la oferta y el acceso a servicios.
7. EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES/ INTEGRALIDAD DE LA RESPUESTA	Reconocimiento del cabal cumplimiento de los objetivos consensuados y a los abordajes sistémicos, holísticos e integrales de las acciones desarrolladas por los sectores e instituciones involucradas en la promoción de los DSR y de la SSR.
8. EXPANSIÓN DEL ESPACIO DE ACCIÓN	Capacidad demostrada del impacto y ampliación de cobertura de las acciones conjuntas, tanto desde el punto de vista de la amplitud del espectro disciplinario, como del alcance geográfico y de la diversidad de las estructuras institucionales. Se trasciende lo institucional en función de lo sinérgico.

Con base en las categorías definidas y en la guía de preguntas, se procede al análisis de las mismas considerando inicialmente una matriz de trabajo que facilitó vaciar allí los hallazgos:

1. ¿Para usted(es) qué es la *intersectorialidad* y cómo se puede *evidenciar* en el/los espacio/s institucionales donde está/n participando (SSM, PPDRCP, UNFPA, SEM, CCC, Personería, entre otros)?

2. ¿Qué *actores* participaron durante el proceso? ¿Cuáles de estos actores o sectores han hecho evidente el accionar intersectorial? ¿Interesa evidenciar principalmente el rol asumido por el Sector Educación y el Sector Salud?

3. ¿En qué momentos del proceso y con qué *acciones* se ha hecho evidente la acción intersectorial? (Pueden ser acciones técnicas, metodológicas, pedagógicas, instrumentales o procedimentales, políticas – actos administrativos o acuerdos políticos-, de movilización de recursos, de movilización social, rutas de acceso a servicios, cumplimiento de los acuerdos concertados al interior de la Red Social de Apoyo, entre otras).

- Durante la planeación.
- Durante la gestión.
- Durante la ejecución e implementación de acciones previstas en la agenda.
- Durante la evaluación.

4. ¿Qué elementos *favorecieron* esta acción intersectorial? (incluye elementos de la relación entre los niveles local, departamental y nacional, aspectos normativos, vínculos o relaciones previas o tradicionales entre las instituciones, relaciones de confianza entre los funcionarios participantes, liderazgos en el proceso, recursos disponibles concretamente para la acción intersectorial, entre otros).

5. ¿Qué elementos han *impedido* u *obstaculizado* el esfuerzo y trabajo intersectorial? (incluye elementos de la relación entre los niveles local, departamental y nacional, aspectos normativos, mapa de competencias, vínculos o relaciones previas o tradicionales entre las instituciones, relaciones de confianza entre los funcionarios participantes, liderazgos en el proceso, recursos disponibles concretamente para la acción intersectorial, limitaciones en el recurso humano participante del proceso, sobrecarga laboral, entre otros).

6. ¿Qué *resultados* o *logros* se pueden evidenciar, producto de la acción intersectorial? (por ejemplo, posicionamiento en la agenda política, acciones operativas conjuntas, unificación de lenguajes y mensajes en medios de comunicación, ampliación en oferta de servicios, rutas de acceso y atención, institucionalización de los acuerdos dados en las redes y llevados o traducidos en servicios en las instituciones educativas, de salud, de cultura, de recreación, entre otros).

7. Identifique las “*ganancias*” para su institución al participar en el marco de la intersectorialidad (habilidades, competencias, capacidades, gestión, efectividad en la intervención, integralidad de respuesta, expansión del espacio de acción, entre otras).

8. Observaciones generales (retos pendientes, sostenibilidad, hechos significativos)

Los resultados del análisis y de la revisión documental nos permitieron concretar una propuesta de modelo intersectorial que posibilite el ajuste a la realidad del país, sobre la base de unos supuestos y de las recomendaciones anotadas.

CAPÍTULO V

¿QUÉ ELEMENTOS CONSIDERAR EN EL AVANCE HACIA UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?

Sobre la base de la revisión conceptual y de lo encontrado en las experiencias evaluadas y sistematizadas, se propone el siguiente modelo de gestión integral intersectorial que abarca una serie de principios orientadores o de enfoque, diversos aportes conceptuales, así como la estructura básica del mismo.

Una vez validado e implementado el modelo en los lugares establecidos para tal fin se espera que sirva de insumo al trabajo de coordinación y articulación intersectorial, especialmente en los ámbitos de salud y educación, en todos los entes territoriales.

5. 1 ¿Qué principios orientan el enfoque del modelo?

1. La intersectorialidad es: “un proceso de múltiples dimensiones (política y técnica, participativo y concertado, vertical y horizontal), y de diferentes alcances (macro, meso y micro), que involucra a diferentes actores y sectores, con el fin de articular esfuerzos y crear sinergias que favorezcan el logro de objetivos estratégicos” (Molina y Licha, 2005).
2. La atención hacia los DSR debe trasladarse desde los “sectores” hacia los “problemas”, para atender las necesidades de la población de una determinada área geográfica.
3. La atención de los problemas/necesidades no puede lograrse a través de un solo sector.
4. La intersectorialidad supone compartir recursos, responsabilidades y acciones.
5. Es un problema cultural, pues es necesario “pensar” intersectorialmente.
6. El municipio es el ámbito “privilegiado” para la intersectorialidad de las políticas públicas y sociales. Las acciones allí son más viables y eficaces.
7. La intersectorialidad tiene que ser incorporada desde la planificación de las políticas fundamentalmente, pero también en los demás procesos de la gestión. Afecta desde el diseño hasta la evaluación.
8. Para aplicar la intersectorialidad en la propia estructura gubernamental debe disponerse de autonomía organizativa.
9. Requiere de la concertación de agendas de desarrollo social y de un marco común de acciones.
10. El presupuesto puede actuar en la práctica como otro importante mecanismo integrador “productor” de intersectorialidad. Esto significa asegurar el financiamiento de la intersectorialidad.

11. Hay que considerar y vencer las resistencias y luchas de poder generadas por las relaciones intersectoriales. Crear comunidades de sentido.
12. La toma de decisiones debe ser mutua: perspectiva común sobre el problema a resolver y construir relaciones de confianza.
13. Es clave la existencia de un “agente catalítico” con suficiente legitimidad o autoridad para convocar a todos los actores pertinentes.
14. La intersectorialidad es un proceso gradual, que conviene ir desarrollando por etapas y por niveles.
15. El establecimiento de una dinámica de trabajo intersectorial puede favorecerse si se usa una metodología participativa.
16. La combinación de una instancia ejecutiva central con órganos técnicos regionales o locales proveen un modelo para la gestión intersectorial de programas de alcance nacional.
17. El uso de instancias sectoriales tiene elevados costos políticos y organizativos, por lo que se requiere de instituciones fuertes.
18. La interlocución directa con la sociedad civil y la participación ciudadana pueden reforzar la intersectorialidad al contribuir también a la integración de perspectivas diversas en la gestión de las políticas integrales.
19. Un factor clave en la eficacia de los entes de coordinación intersectorial es la existencia de un foco claro, significativo y amplio.
20. La voluntad política y el apoyo a instancias técnicas y operativas son propias de la dinámica intersectorial.
21. El ejercicio intersectorial no desconoce las diferencias ni los desarrollos regionales diversos.
22. El desarrollo de capacidades locales y personales debe complementarse con procesos formativos profundos y de largo alcance.
23. La implementación de proyectos puntuales, coyunturales o transitorios, aunque generan trabajo intersectorial no garantizan su sostenibilidad ni su apropiación.
24. Quien desconoce su rol y su competencia difícilmente propiciará condiciones intersectoriales o motivará la articulación.
25. Variables tales como la reciprocidad y la corresponsabilidad garantizan el éxito del trabajo organizado, en equipo e integral. “Todos ponen todos ganan”.

5.2 ¿Cuál es la estructura básica en la que está sustentado el modelo?

El modelo de gestión integral intersectorial, además de contemplar los principios orientadores que dan sentido al enfoque integrador, incluye los aportes conceptuales, los aspectos que lo conforman y la ruta a seguir para su implementación.

5. 2. 1 Aportes conceptuales para la definición del modelo

5. 2. 1. 1 La incidencia política para el posicionamiento del tema de los DSR en las agendas públicas gubernamentales

La abogacía, en tanto tiene que ver con la defensa de una causa, que para este caso la constituye la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de la salud sexual y reproductiva, se relaciona con la movilización de todos los actores sociales e institucionales comprometidos con el tema, con el fin de influir en el posicionamiento de éste en las agendas públicas y en las políticas gubernamentales. Esto implica que las instituciones responsables del tema en los diferentes sectores sean garantes de los derechos, de acuerdo con sus competencias. Por tanto, la abogacía no es un proceso que se pueda dar de manera aislada por parte de una sola institución; por el contrario, tiene que ver con la acción decidida de los actores sociales e institucionales concernidos, para la inclusión del tema en las políticas públicas, de lo cual se derivan los planes y programas con la respectiva asignación de recursos.

La voluntad política expresada de manera clara, a través de un acto administrativo, puede entonces derivar en la real confluencia de los sectores, en una integralidad de propuestas programáticas, trascendiendo el cumplimiento de sus responsabilidades como sector. El tema de los DSR merece una atención especial, en tanto en él convergen aspectos relacionados con los seres humanos, sus relaciones y la calidad de vida de las comunidades. En este sentido, es responsabilidad de los sectores que integran la política social dinamizar de una manera integral las acciones que propendan por la protección, respeto, garantía y exigibilidad de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, cumpliendo así con los compromisos y acuerdos internacionales suscritos por nuestro país.

La III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), señala los cambios y nuevos rumbos en los temas de población, cuando introduce el concepto de Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos de las personas como un Derecho Humano, superando así el paradigma de los asuntos de población centrados exclusivamente en la dimensión demográfica, para introducirlos en el campo del desarrollo y, por tanto, entenderlos como el análisis de las dinámicas, los impactos y las transformaciones logradas desde las acciones realizadas en la salud, la educación y los derechos, especialmente en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

5. 2. 1. 2. La coordinación intersectorial en la promoción de los DSR y de la SSR

La SSR no es un tema de la competencia única del sector de la salud. Por el contrario, involucra a todos los sectores e instituciones que tienen la responsabilidad política, programática, jurídica de velar porque todas las personas, mujeres y hombres, tengan el derecho a la vida, a la salud, al ejercicio autónomo de la sexualidad, a la libertad de elegir el cuándo y el con quién se da un embarazo, las parejas sexuales, los métodos de planificación, así como el derecho a recibir educación para la sexualidad, como algo propio de sus derechos ciudadanos. Todo esto contemplado en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Una premisa que sustenta una parte del discurso en el tema de la intersectorialidad para la promoción de los DSR, y que debe ser tomada en cuenta en el diseño de un modelo, es que la integración entre sectores permite que las diferencias entre ellos puedan ser usadas productivamente para resolver problemáticas sociales a las que deben responder de acuerdo con su competencia. Esta premisa remite a un fundamento técnico de la intersectorialidad, en cuanto a que ésta permite compartir los recursos que son propios de cada sector.

Para que esto sea así, se requiere de la materialización de acciones programáticas, planeadas con el concurso de todos los sectores e instituciones concernidos y de la destinación de recursos técnicos y financieros para su trabajo articulado e intersectorial. También se precisa del fortalecimiento de las dinámicas institucionales para el desarrollo de capacidades y competencias de los sectores y no solamente de las personas encargadas del proceso, para lo cual es necesario desarrollar Gestión y Abogacía Política, que respalden el accionar de los equipos intersectoriales.

Todo esto se concreta en las acciones que componen la coordinación intersectorial, la cual plantea un proceso de múltiples dimensiones (político y técnico, participativo y concertado, vertical y horizontal), y de diferentes alcances (macro, meso y micro), que involucra a diferentes actores y sectores, con el fin de articular esfuerzos y crear sinergias que favorecen el logro de objetivos estratégicos. Es un proceso de carácter político, en tanto se desarrolla con participación intergubernamental y el involucramiento de los actores clave de la política social, y porque apunta al logro de convergencias y acuerdos en los niveles políticos más altos, tanto en torno a las ideas como en el ámbito de la implementación de las políticas. A la vez, es de carácter técnico, porque requiere de competencias para diagnosticar los problemas y elaborar opciones y decisiones.

Es un proceso participativo y concertado, en la medida en que la coordinación responde a la necesidad de articular acciones intersectoriales e intergubernamentales, por una parte, y entre el gobierno con las organizaciones de la sociedad civil, por la otra, lo cual surge como un factor de éxito del proceso, a condición de que la participación se abra genuinamente a los actores relevantes de cada sector y apunte a establecer acuerdos fundamentales entre ellos, que se expresen en políticas concretas.

Desde este planteamiento, la coordinación intersectorial para la promoción de los DSR y la SSR permitirá implementar y fortalecer estrategias de intervención en las que participen de manera sinérgica los diferentes sectores, de manera que se facilite la integración de las competencias, se diseñen conjuntamente rutas de atención y se forme de manera holística el recurso humano, que responda integralmente a las necesidades y vacíos en SSR y en DSR.

5. 2. 1. 3 Desarrollo de habilidades y competencias de los equipos técnicos, regionales y locales, para el trabajo intersectorial de promoción de los DSR

Es necesario que los equipos técnicos regionales y municipales que dinamizan la política de promoción de los DSR y la SSR, se fortalezcan en cuanto a habilidades, competencias y capacidades técnicas y conceptuales, de manera que puedan aportar a los procesos de construcción colectiva de la política, tanto en su formulación, como en su implementación, a nivel departamental y municipal.

Potencializar estas habilidades en los equipos de coordinación intersectorial garantizará la debida expansión de las acciones, coadyuvando al impacto y ampliación de cobertura de las acciones conjuntas, tanto desde el punto de vista de la amplitud del espectro disciplinario, como del alcance geográfico y de la diversidad de las estructuras institucionales. Se trasciende lo institucional en función de lo sinérgico.

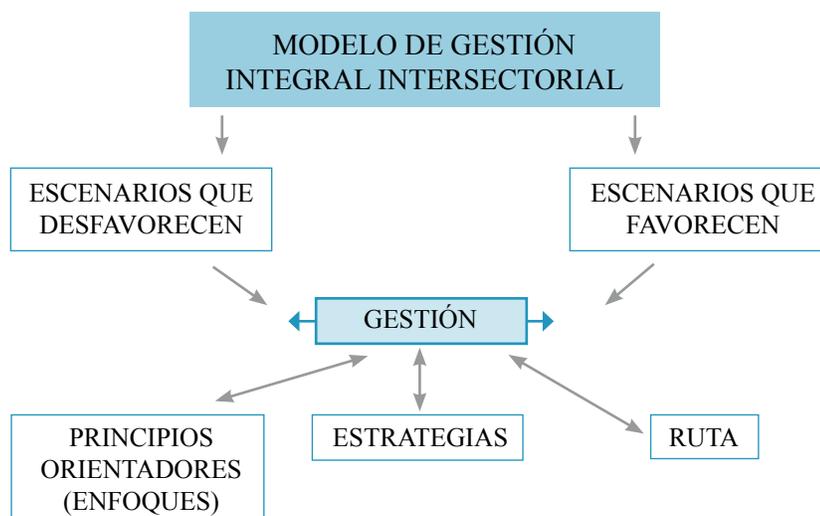
Con este fin, se sugieren las siguientes acciones:

- Procesos de formación en *Enfoque Intersectorial, Diferencial y de Planeación Estratégica*, con el fin de asegurar el diseño y ejecución de un Plan de Acción para la Promoción de los DSR en cada departamento, que sea integral, articulado intersectorialmente, que contemple indicadores para el cumplimiento de metas y objetivos claramente definidos y que atienda de manera diferencial a las necesidades de las diferentes poblaciones (mujeres, hombres, jóvenes, etnias, LGBTI, entre otras), desde la perspectiva de derechos.
- Procesos de formación en el *enfoque de derechos y en su transversalización* en los procesos organizativos y de planeación estratégica orientados a la promoción de los DSR en las instituciones educativas, de salud, de protección y de justicia.
- Procesos de formación en estrategias de *movilización social*, con el fin de promover prácticas intersectoriales para el mejoramiento de la SSR de las poblaciones y la promoción de los DSR, en las que se articulen de manera comprometida las instituciones del Estado y de la sociedad civil, en los ámbitos regional y municipal, aportando de manera sinérgica a la construcción de la política, tanto en su formulación como en su implementación.
- Formación en estrategias de *Gestión y Abogacía Política* para el posicionamiento del tema en las agendas públicas gubernamentales, lo cual redundará en respaldo institucional de parte de los gobiernos departamentales y municipales, y hará efectiva la asignación de recursos humanos y financieros, favoreciendo la expansión de las acciones hacia los municipios.
- Encuentros de socialización de *experiencias intersectoriales* que en el tema de los DSR y de la SSR, ha resultado significativas, a nivel regional y municipal. Esto permitirá compartir y aprender de las lecciones aprendidas en dichas experiencias, los aciertos y maneras de superar las dificultades

Se sugiere que estas acciones sean promovidas en cada uno de los departamentos por parte del MEN, del MPS y de organismos asesores del Estado responsables del tema a nivel nacional, regional y local (agencias de cooperación internacional, ONG, Consejerías Presidenciales, entre otros).

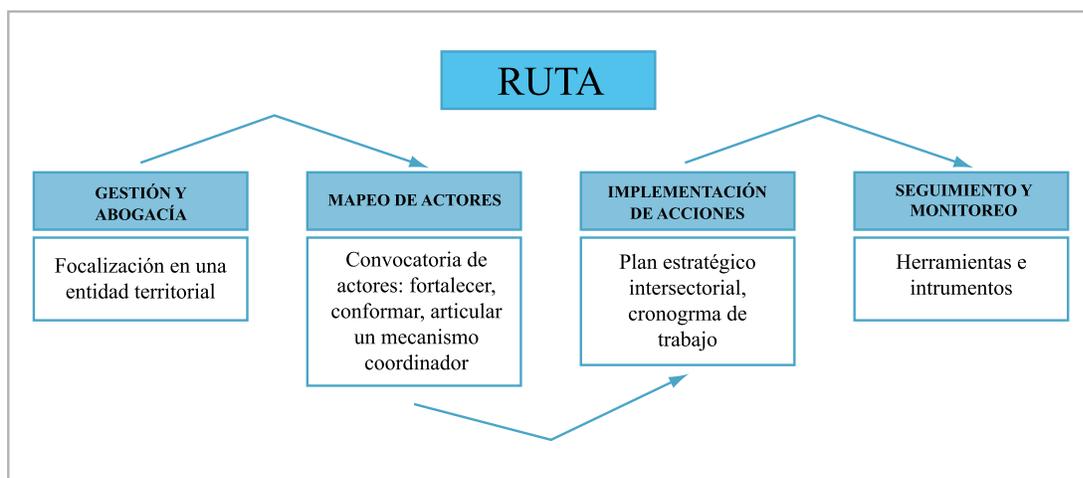
5.3 ¿Qué elementos considerar en el avance hacia un modelo de gestión integral intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos?

Desde dónde se ubica	Escenarios que desfavorecen	Escenarios que favorecen	Estrategia a adelantar
¿El Qué?	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo aislado o paralelo - Celos institucionales, micro-poderes 	<ul style="list-style-type: none"> - Mapa de competencias: roles, competencias, compromisos, expectativas, responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación y cualificación en el mapa de competencias: inducción - Trabajo en equipo, trabajo en red, coordinación, articulación, procesos de participación: formación
¿El Cómo?	<ul style="list-style-type: none"> - Duplicidad de esfuerzos - Fragmentación política, territorial y jurisdiccional - Relación débil entre los niveles nacional, departamental y municipal 	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperación y colaboración: acción mutua y actitud positiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Planeación estratégica de los dos sectores (salud y educación), con participación de los tres niveles: taller/jornada de trabajo conjunto
¿Con Quiénes?	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplicidad de actores (con perspectivas, intereses, expectativas y agendas distintas) - Equipos sobrecargados en lo asistencial, sin tiempo destinado para la coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> - Cualificación del recurso humano - Motivación, participación, intereses y necesidades - Vinculación de diversos actores y comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfoque - Técnicas de trabajo en equipo - Habilidades y destrezas gerenciales (capacidades) - Formación y acompañamiento
¿Con qué Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> - Roles y competencias poco claras - Desconocimiento de lo que otros hacen o ellos mismos hacen 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntad política - Descentralización: autonomía y capacidad local - Acciones reales, concretas y aterrizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión y Abogacía - Plan de trabajo conjunto (programa o proyecto de DSR) - Instancia dinamizadora - Plan de acción
¿Cuáles recursos?	<ul style="list-style-type: none"> - Duplicidad de recursos - Pocos, nulos o ya destinados 	<ul style="list-style-type: none"> - Asignación planeada de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de acción con recursos previamente asignados
Tipo de manejos	<ul style="list-style-type: none"> - Discurso político no aterrizado en lo local - Programas y proyectos contradictorios, redundantes o ambas cosas 	<ul style="list-style-type: none"> - Planeación estratégica conjunta y durante todo el proceso (planeación, gestión, monitoreo y seguimiento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso conjunto - Indicadores de seguimiento y de resultado



5. 4 ¿Cuál ruta se sigue para la implementación del modelo?

1. Focalización en una región o localidad.
2. Elegir un proyecto o acción (a fortalecer o a construir) – Árbol de problemas.
3. Gestión y Abogacía, preparación de condiciones políticas y técnicas.
4. Establecimiento de acuerdos y compromisos por parte de autoridades nacionales, departamentales y municipales.
5. Mapeo de actores sociales clave.
6. Conformación o fortalecimiento del mecanismo intersectorial de los DSR.
7. Plan estratégico construido conjuntamente (sectores salud y educación: nacional / departamental / municipal – Otros sectores involucrados) – Marco lógico.
8. Definición de indicadores de seguimiento – Sistematización y evaluación de la experiencia.
9. Cronograma de trabajo.
10. Implementación del modelo.
11. Sistematización de la experiencia y validación del modelo.



BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, C.H., Repetto F. (2002). Marco de análisis de las políticas sociales. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI), Buenos Aires; mimeo.
- Bardach, E. (1999). Implementing innovation across agency lines. Disponible en: <http://faculty.arts.ubc.ca/campbell/sog-conf/papers/sog2004-bardach.pdf>
- Blejmar, B., Nirenberg, O., Perrone N. (1997). La juventud y el liderazgo transformador. Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional de Salud de los Adolescentes. Washington DC, USA.
- Boltvinik, J. (2000). Métodos de medición de la pobreza. Una evaluación crítica (2da. Parte). En: SOCIALIS. Revista latinoamericana de política social, Nro. 2, Rosario.
- Braun, M., Vélez, C., (2004). Retos institucionales para la equidad y sustentabilidad del desarrollo social en AL. VI Foro de Equidad Social, BID, Washington DC.
- Cappuccio, M, Nirenberg, O, Pailles, J. (2005). Informe final del estudio multicéntrico: conocimiento y actitud de los profesionales frente a ley de salud sexual y procreación responsable y su programa de ejecución. AASSER – CONAPRIS, MSA. Buenos Aires.
- Cardarelli, G, Rosenfeld, M., (2003). La gestión asociada: una utopía realista. Revista Reforma y Democracia Nro. 25. 2044 Pág. 91. Buenos Aires.
- Castell-Florit, P.(2003). Intersectorialidad. Intenciones en el mundo. La realidad cubana. Folleto. Coautor. Ciudad Habana: ENSAP.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2003. Proyecto NET-00-87. Mejoramiento de la institucionalidad de la política social y constitución de una autoridad social. Iniciativa de la CEPAL - Países Bajos.
- Cunill, N. (2005). La intersectorialidad en el gobierno y la gestión de la política social; Diálogo Regional de Política, Red para la Reducción de la Pobreza y la Protección Social, BID, mimeo, Abril.
- Cunill, N. (1991). Participación ciudadana: dilemas y perspectivas para la democratización de los Estados latinoamericanos, CLAD, Caracas.
- Dabas, E. (1993). Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Echebarría, K. (2001). Capital social, cultura organizativa y transversalidad en la gestión pública. VI Congreso Internacional del CLAD. Buenos Aires.
- Engel- Aduan, W. (2004). Políticas integrales de reducción de la pobreza: el desafío de la efectividad, VI Foro de Equidad Social, BID, Washington DC.
- Faría, V. (2003). Reformas institucionales y coordinación gubernamental en la política de protección social de Brasil. Serie Políticas Sociales No. 64. Santiago, Chile: CEPAL.

- Farland, T. (2004). A question of balance: reflections on the public sector management of whole of government issues. *Public Administration Today*.
- Fleury, S. (2002). El desafío de la gestión de las redes de políticas. INDES-BID.
- García, R. (1994). Interdisciplinariedad y sistemas complejos. En: Enrique Leff (Ed.) *Ciencias Sociales y Formación Ambiental*. GEDISA, México.
- González- Bombal, I., Villar R.(comps.). (2003). *Las organizaciones de la sociedad civil e incidencia en las políticas públicas*. Del Zorzal, Buenos Aires.
- González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud en [Versión digitalizada] *Rev Cub Salud Pública*. No. 28 (2).
- Irrázaval, I., (2005). Participación ciudadana en programas de reducción de la pobreza en América Latina, *Diálogo Regional de Política, BID*, mimeo, Julio.
- Lalonde M.A. (1974). *New perspective on the health of Canadians*. Documento de Trabajo. Ministerio Nacional de Salud y Bienestar. Ottawa, Canadá.
- La Rosa-Huertas, L. C. (2004). *Promoción de la salud: reflexiones para una agenda básica en adolescencia y juventud*. SPAJ. Lima, Perú.
- Lechner, N. (1997). Tres formas de coordinación social. *Revista de la CEPAL* 61: 7-17.
- Majone, G., (1997). *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*, Fondo de Cultura Económico, México DF.
- Martínez, R., (2004) *Desafíos estratégicos en la implementación de programas sociales: provisión, participación y coordinación*, Seminario Hacia una visión estratégica de la implementación de programas sociales, INDES, Washington DC.
- Martínez-Calvo, S.(1991). *El enfoque epidemiológico del sistema de salud de Cuba en gerencia en salud*. ENSAP. Ciudad de La Habana: 17-36.
- Minujin, A., (1998). Vulnerabilidad y exclusión en América Latina. En: Bustelo, E, Minujin, A (eds.) *Todos entran*, Santillana, Bogotá.
- Nirenberg, O. (2003). *El rol del Estado para la participación social en la evaluación: el caso del sector salud*. Presentado al VIII Congreso del CLAD, Panamá.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Sexual health and development of adolescents and youth in the Americas: Program and policy implications*, Washington DC.
- Peters, G. (1998a). *Managing horizontal government. The politics of coordination*. Research paper No. 21. Canadá: CCMD.
- Poggiese, H. (1997). *Prácticas de gestión asociada, contrato social y nuevos actores colectivos*. Primer congreso municipal de investigación y políticas sociales, Rosario, Argentina.
- Prigogyne, I. (1997). *El fin de las certidumbres*, Ed. Taurus, Madrid.
- Repetto, F. (2006). *La dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en América Latina*. Mimeo. INDES. BID.

-
- Repetto, F.(2004).Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina, BID-INDES, Washington D.C., Julio.
 - Repetto, F, Sanguinetti J. (2001).Inventario de programas de protección social y de combate a la pobreza en América Latina y el Caribe: una primera aproximación, Diálogo Regional de Política, BID, Junio.
 - Robirosa, M, Cardarelli, G, Lapalma A. (1990). Turbulencia y planificación social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado. UNICEF, Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina.
 - Rojas, F. (2003). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. En [Versión electrónica] Revista Cubana de Salud Pública. 29 (1): 7
 - Serrano, R. (2003). What makes inter-agency coordination work? Insights from the literature and two case studies. Washington, DC: BID - SDS.
 - Sen, A. (2000). Desarrollo y libertad. Ed. Planeta, Buenos Aires.
 - Serrano, C. (2005). La política social de la sociedad global en América Latina. nuevos programas de protección social, mimeo, CEPAL, Santiago de Chile.
 - Serrano, R. (2005).Social funds. Innovations notes, World Bank, Vol. 3, Nro. 1, September, Washington D.C.
 - Sojo, A. (2001). El combate a la pobreza y la diversificación de riesgos: equidad y lógicas del aseguramiento en América Latina. En: SOCIALIS. Nro. 5, Rosario, Argentina.
 - Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Documento de trabajo. Revista Campo Psi-Revista de Información especializada. Abril 1999; Año 3, No. 10. Buenos Aires, Argentina.
 - Suárez, J. (1993). Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud. Educ. Med. Salud. 27 - 61-81.
 - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2004). Coordinación intersectorial de políticas y programas de la primera infancia: Experiencia en América Latina. OREALC/UNESCO. Santiago de Chile.









