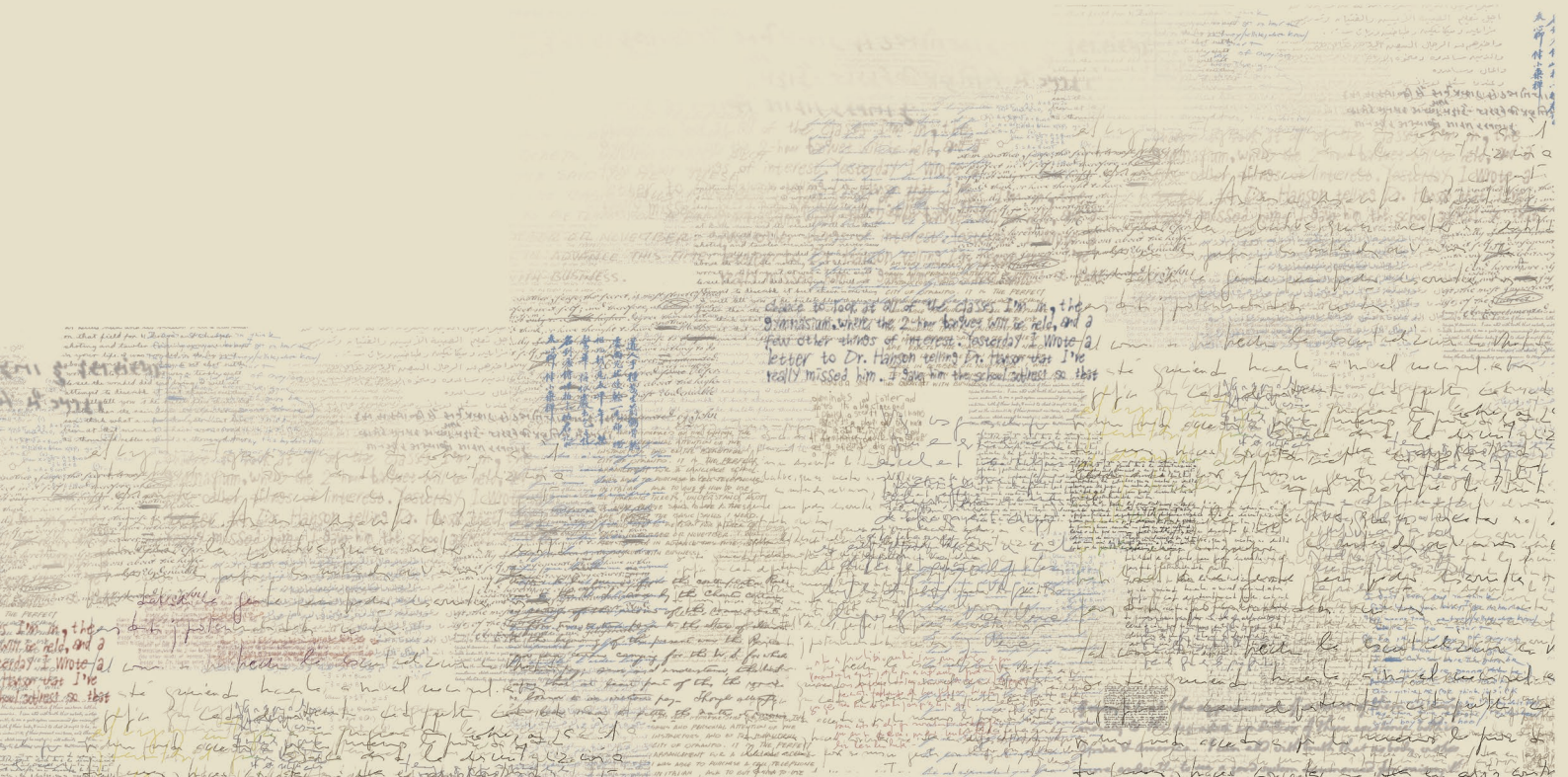
Compilación Analítica de las Normas de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Compilación Analítica de las Normas de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia



Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenido

Prólogo

Capítulo 01. Introducción y aspectos generales

Capítulo 02. Consideraciones metodológicas

2.1. Criterios metodológicos para la búsqueda, sistematización y análisis de normas y vigencias

2.2. Descripción del equipo de trabajo y el equipo de campo

2.3. Metodología para el análisis de las normas

2.4. La recopilación normativa: alcances y limitaciones

Capítulo 03. Recopilación normativa

Introducción

1. Disposiciones generales

2. Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

3. Maternidad segura e interrupción voluntaria del embarazo/IVE

4. Anticoncepción

5. ITS y VIH

6. Violencia Sexual y Basada en Género

Capítulo 04. Debates sobre temas concretos: el análisis de las normas compiladas

4.1. Caracterización del inventario de las normas y polución normativa

4.2. El debate sobre temas concretos

Capítulo 05. Recomendaciones

5.1. Recomendaciones relacionadas con la recopilación normativa: alcances y vigencia

5.2. Recomendaciones relacionadas con el uso de la compilación

5.3. Recomendaciones relacionadas con los contenidos normativos

Anexos.

1. Documentos de referencia: Descripción del SGSSS, Diagnóstico, Marco conceptual,

2. Inventario de normas

3. Equipo de trabajo

Prólogo

La compilación analítica de normas de salud sexual y reproductiva/SSR que a través de este documento entrega el Ministerio de Salud y Protección Social refleja el interés y esfuerzo por avanzar en el desarrollo de herramientas que permitan a los operadores del sector salud, aplicar de forma oportuna las normas vigentes en el país en esta materia. Está integrada por un conjunto de elementos entre los que se destacan la «Recopilación normativa», el análisis, las recomendaciones y los documentos de referencia.

La revisión de las normas sobre SSR en Colombia refleja claramente una inflación en la producción de las mismas, que no redunda necesariamente en claridad para el operador y por tanto deja al sector ante la existencia de polución en este campo –una polución atribuible entre otras cosas a la proliferación de normas, que en ocasiones regulan sobre la misma materia y no siempre de forma coherente–.

Esta importante producción de disposiciones (606 en total) que definen órdenes, prohibiciones u otras, para los actores del sector salud en el país, da cuenta de la coexistencia de múltiples reglas, producidas por diversas instancias reguladoras, y en muchas ocasiones con jerarquías normativas diferentes, que bien pueden generar problemas importantes para quienes deben aplicarlas, bien sea porque las desconocen, no tienen clara su vigencia, o aun sabiéndola encuentran disposiciones contradictorias. Estas disposiciones se refieren a 5 áreas básicas: sexual y reproductiva de los adolescentes; salud materna e interrupción voluntaria del embarazo; anticoncepción; ITS - VIH/sida; Violencia sexual y basada en género[1].

Constatamos así que en el caso colombiano, existe un fenómeno de inflación normativa en materia de salud sexual y reproductiva que parece deberse a la concurrencia de diversos factores. En primer lugar, nuestro actual sistema de seguridad social en salud tiene un proceso complejo de producción normativa en el que intervienen tanto el poder legislativo como el ejecutivo. En segundo lugar, este proceso de producción normativa ha tenido como actor clave al sistema judicial colombiano, y en especial a las altas cortes, como el Consejo de Estado y la Corte Constitucional. Estas últimas, además de definir la vigencia de las normas mediante el control de legalidad y constitucionalidad, respectivamente, han adoptado decisiones en las que se definen el alcance de los derechos sexuales y reproductivos y, por tanto, se convierten en parámetros importantes para determinar la forma como deben aplicarse ciertas normas generales y regulaciones específicas. En tercer lugar, las propias dinámicas del sector salud generan ciclos constantes de producción normativa. En efecto, los avances tecnológicos, los nuevos problemas epidemiológicos (o la transición epidemiológica), el surgimiento de nuevos medicamentos, e incluso la presión de grupos organizados o la participación de diversos actores cuya participación se hace necesaria para responder a los problemas con

1 Entendiendo que la violencia sexual es una de las formas más dramáticas de la violencia de género, la nombramos de manera explícita para relevar las normas que le son específicas, contribuyendo de esta manera a su visibilización.

normas que competen a diversos sectores, entre otros factores, generan la necesidad de crear nuevas regulaciones que permitan responder a las nuevas dinámicas del sector con el fin de garantizar efectivamente los derechos.

En este contexto y dado que en Colombia se combinan todas estas situaciones que explican la proliferación normativa, la presente compilación se convierte en una estrategia para enfrentar las consecuencias negativas de este fenómeno. Así, con el fin de estructurar un ordenamiento jurídico que cumpla con el principio de seguridad jurídica, dos elementos se retoman en esta compilación. Por una parte, se aclara la vigencia de las normas, con el fin de eliminar los supuestos normativos que realmente no deberían regular el comportamiento de los actores del sector salud, cumpliendo el objetivo de entregar un compendio ordenado de normas vigentes en SSR. Por la otra, se promueve el conocimiento efectivo de las normas, por medio de la sistematización de las mismas.

De otro lado, en virtud de los análisis contenidos en el marco conceptual, la recopilación normativa que hace parte de esta compilación incluye los principios de los tratados de derechos humanos que resultan vinculantes para Colombia, no solamente porque corresponden a instrumentos ratificados por el Estado, sino porque hacen parte del bloque de constitucionalidad, en virtud de las cláusulas de remisión presentes en el propio texto constitucional y por ende cuentan con un valor normativo superior en el ordenamiento jurídico nacional. Estas incluyen normas del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario. En consecuencia, son vinculantes y directamente aplicables tanto por el Estado como por los particulares. Se integran también a la recopilación, subreglas derivadas de la jurisprudencia constitucional que deben orientar la creación e interpretación del marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva en Colombia.

Finalmente, es importante señalar que los análisis contenidos en el capítulo denominado debates sobre temas concretos, así como todas las interpretaciones contenidas en esta compilación, reflejan la mirada de un grupo técnico de base y un amplio equipo de expertos reunidos en las mesas técnicas a lo largo del proceso de realización de la misma, y constituyen las orientaciones sugeridas por el Ministerio para la comprensión, interpretación y aplicación de las normas vigentes en Colombia en materia de SSR.

En síntesis, la compilación acá presentada, responde a dos facetas críticas: la certidumbre para el operador (ordena normas vigentes, analiza problemas de aplicación y propone rutas de solución) y la creación de condiciones para garantizar el ejercicio de derechos, en tanto condensa las normas aplicables y crea mecanismos para su difusión.

Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla de contenido

Prólogo

Capítulo 01. Introducción y aspectos generales

Capítulo 02. Consideraciones metodológicas

2.1. Criterios metodológicos para la búsqueda, sistematización y análisis de normas y vigencias

2.2. Descripción del equipo de trabajo y el equipo de campo

2.3. Metodología para el análisis de las normas

2.4. La recopilación normativa: alcances y limitaciones

Capítulo 03. Recopilación normativa

Introducción

1. Disposiciones generales

2. Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

3. Maternidad segura e interrupción voluntaria del embarazo/IVE

4. Anticoncepción

5. ITS y VIH

6. Violencia Sexual y Basada en Género

Capítulo 04. Debates sobre temas concretos: el análisis de las normas compiladas

4.1. Caracterización del inventario de las normas y polución normativa

4.2. El debate sobre temas concretos

Capítulo 05. Recomendaciones

5.1. Recomendaciones relacionadas con la recopilación normativa: alcances y vigencia

5.2. Recomendaciones relacionadas con el uso de la compilación

5.3. Recomendaciones relacionadas con los contenidos normativos

Anexos.

1. Documentos de referencia: Descripción del SGSSS, Diagnóstico, Marco conceptual,

2. Inventario de normas

3. Equipo de trabajo

CAPÍTULO

01.

Introducción y aspectos generales

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

La compilación analítica de normas de salud sexual y reproductiva en Colombia, que se presenta a continuación, es una herramienta de trabajo para personas que se desempeñan en el sector salud, así como para investigadores y estudiantes interesados en el tema de la regulación de los derechos sexuales y reproductivos. Su principal contribución es reunir en un solo cuerpo, normas vigentes en Colombia sobre el tema de la salud sexual y reproductiva, además de un capítulo con el análisis sobre los temas que dentro de la misma, son motivo de debate. En este sentido, es importante entender que la herramienta no resuelve todos los problemas de aplicación e interpretación de las normas y que las soluciones definitivas en casos difíciles deben incorporar los análisis de los funcionarios a quienes corresponde tomar una decisión final sobre la aplicación de las normas en el caso concreto.

Cabe anotar desde el comienzo que se ha denominado acá «Recopilación normativa» al conjunto de disposiciones de diversos cuerpos normativos que se encuentran vigentes y ordenados alrededor de un índice analítico (tabla de contenidos). Por su parte, se denomina compilación al conjunto de documentos, incluido la recopilación, que abarca esta publicación y que se encuentran señalados en la **tabla de contenidos** del libro.

En este sentido vale la pena aclarar, primero, que los textos que incluye la recopilación son, en general, los textos exactos de las normas. En ocasiones, en aras de la brevedad y respetando reglas metodológicas predefinidas, se omitieron palabras del original. El segundo elemento que debe resaltarse es que por encima del valor de los textos según su lugar en la jerarquía normativa, quiso enfatizarse su contenido sustancial en relación con los temas que decidieron incluirse en la recopilación. Al final de cada artículo, eso sí, se explica claramente la fuente de la regla.

El tercer elemento, directamente relacionado con el anterior, es que los cuerpos normativos (leyes, decretos, acuerdos o resoluciones) fueron desmembrados o desarticulados para responder a la lógica sustantiva de los temas escogidos más allá de la lógica del legislador o administrador interesado en la materia. En este sentido los textos se reorganizaron según un índice analítico que favorece la búsqueda para el usuario que trabaja dentro del ámbito de la salud y tiene interés particular por el tema de la salud sexual y reproductiva.[1]

1 Es importante anotar que el ejercicio de recopilar y sistematizar las leyes, decretos, disposiciones, sub reglas, entre otras, culminó en agosto del 2013. Esto significa que la recopilación normativa acá presentada reúne las normas vigentes hasta esa fecha, y no da cuenta de los cambios posteriores que haya podido sufrir la regulación de la salud sexual y reproductiva en los cinco temas acá incluidos. En este sentido, por ejemplo, no toma en cuenta las leyes estatutaria y ordinaria con las que el Gobierno Nacional pretende reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues ninguna de las dos estaba vigente en la fecha señalada. Por su parte, la ley estatutaria había sido aprobada por el Congreso, pero estaba en revisión

El objetivo principal de la presente compilación fue realizar el proceso metodológico para recopilar, sistematizar y analizar el marco normativo vigente en materia de salud sexual y reproductiva/SSR en el país, y producir recomendaciones para las autoridades competentes, en 5 áreas: sexual y reproductiva de adolecentes –en adelante SSR–; salud materna e interrupción voluntaria del embarazo/IVE; anticoncepción; Infecciones de Transmisión Sexual/ITS y VIH; Violencia sexual y basada en género.

Objetivos específicos:

- Establecer el derecho vigente, los vacíos normativos, las inconsistencias, las duplicidades, las dificultades interpretativas u otros conflictos jurídicos que impidan la adecuada implementación de las normas de SSR y su efectivo cumplimiento.
- Describir las **barreras de acceso a los servicios de SSR** –especialmente aquellas relacionadas con la anticoncepción y segundo y tercer embarazo en adolescentes– e identificar barreras provenientes de las propias normas o ausencia de medidas para responder a dichas barreras.[2]
- Elaborar recomendaciones para ajustar el marco normativo de tal forma que sirva como herramienta para disminuir las barreras de acceso.
- Definir los alcances y limitaciones del marco normativo e identificar oportunidades para nueva reglamentación.[3]

Esta compilación se constituye en una contribución a la garantía y goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos toda vez que ordena las regulaciones vigentes de manera que el operador pueda aplicarlas en forma oportuna y en concordancia con el marco internacional de los derechos humanos, al tiempo que señala algunos vacíos, zonas grises o inconsistencias y plantea rutas de solución para interpretarlas y resolverlas. Está orientada de manera principal a los operadores del sistema de salud en distintos niveles: entidades territoriales departamentales y municipales, gestores del riesgo, gerentes de hospitales, prestadores, secretarios de salud, Ministerio de Salud y legisladores, entre otros. Eventualmente podría ser utilizada también por los operadores judiciales cuando su intervención este definida en las normas o los involucre en la práctica.

de constitucionalidad en la Corte Constitucional, por lo cual seguía siendo un proyecto y no una ley., mientras que la ordinaria seguía siendo debatida en el Congreso de la República.

2 Estas barreras están descritas principalmente en el diagnóstico y pueden consultarse **aquí**.

3 Es importante anotar que los objetivos de la compilación fueron «revisados» y ajustados a la luz de las mesas técnicas. En este sentido, se ha sugerido que las limitaciones y alcances de la compilación deben dar lugar a la identificación de oportunidades para la reglamentación de la Ley 1438 pero se ha establecido que estas deben ir más allá de esta Ley.

CAPÍTULO

02.

Consideraciones metodológicas

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenido

2.1. Criterios metodológicos para la búsqueda, sistematización y análisis de normas y vigencias 7

2.1.1. Inventario normativo 8

2.1.2. ¿Cómo se encontraron las normas? 9

2.1.3. Inventario jurisprudencial 10

2.1.4. Estado de vigencia 11

2.1.5. Sistematización de la normatividad - estructura 12

2.2. Descripción del equipo de trabajo y el equipo de campo 13

2.2.1. El equipo de campo 14

2.2.2. Proceso de recolección de información 14

2.3. Metodología para el análisis de las normas 15

2.4. La recopilación normativa: alcances y limitaciones 16

2.4.1. ¿Qué normas se incluyeron? 17

2.4.2. Criterios de interpretación de las normas incluidas en esta Recopilación Normativa 17

El presente capítulo abarca una serie de aspectos relativos a la metodología ordenados de la siguiente manera: (i) criterios metodológicos para la búsqueda, sistematización y análisis de normas y vigencias, (ii) descripción del trabajo de campo, (iii) metodología para el análisis de las normas, (iv) la recopilación: alcances y limitaciones.

2.1. Criterios metodológicos para la búsqueda, sistematización y análisis de normas y vigencias

La recopilación desarrollada en este trabajo no pretende ser una propuesta de norma única sino un cuerpo ordenado de reglas que proporcionen una visión general sobre la normatividad de la SSR en Colombia; en este sentido, se han integrado en él las normas jurídicas vigentes de cualquier rango que resulten pertinentes al estudio, enlazadas en torno a una estructura temática[1]. En otras palabras, las normas compiladas corresponden a las relacionadas con la SSR analizadas como vigentes[2] y también a las reglas jurisprudenciales identificadas[3], en relación con la sexualidad o la reproducción en general o con alguno de los siguientes temas específicos: salud sexual y reproductiva de adolescentes, maternidad segura e IVE, anticoncepción, ITS y VIH, violencia sexual y de género.

1 Para claridad absoluta del lector, la recopilación normativa incorpora exclusivamente normas vigentes. Las derogatorias o modificaciones expresas, y el análisis sobre las derogatorias tácitas se encuentran relacionadas en el inventario normativo. Por su parte, en los **inventarios jurisprudenciales** se podrán identificar cuáles de aquellas normas han sido invalidadas por inconstitucionalidad o ilegalidad.

2 El análisis de vigencias se encuentra en los inventarios de las normas.

3 Existe una norma especial sobre el carácter vinculante de las órdenes de tutela emitidas por la Corte Constitucional. Vale la pena citarla a cabalidad: ***Cumplimiento de sentencias judiciales***. Los actores del sistema desde el ámbito de sus responsabilidades en su condición de aseguradoras, prestadores ó administradores deben dar cabal cumplimiento a las sentencias que profieran las autoridades judiciales y en consecuencia adoptar, en forma inmediata, las gestiones administrativas para que se garantice la prestación de los servicios médico-asistenciales, medicamentos, procedimientos e intervenciones que hayan sido ordenados por los Jueces de la República y las demás referidas al reconocimiento y pago de los mismos. En este sentido, se debe advertir a las entidades destinatarias de la presente circular que las sentencias judiciales, de acuerdo con lo señalado por la Corte Constitucional, son título suficiente para que las autoridades públicas y las instituciones privadas que ejercen funciones públicas adopten las decisiones y adelanten las actuaciones administrativas que permitan el inmediato cumplimiento de las órdenes impartidas en cada una de las providencias, máximo si las mismas establecen la protección al derecho fundamental a la salud y como resultado de las mismas se ordenen los gastos, se autoricen los servicios requeridos; pero que aún sin la necesidad de las mismas los Comités Técnico Científico pueden autorizar la prestación de los servicios, intervenciones, procedimientos, actividades y medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud, en procura de salvaguardar del derecho a la salud de los afiliados. (Super. Salud, Circular 47/2007, Tit. I, Cap. 8)

Es importante anotar que de los 5 temas incluidos en esta compilación, solo el primero, la SSR de los y las adolescentes, es de carácter poblacional. Por tal razón, se incluyeron en el mismo, los asuntos relativos a otros temas de la compilación cuando estos eran específicos para adolescentes. Por ejemplo, anticoncepción, IVE, VIH o violencia.

En cuanto a las normas y guías técnicas, sus contenidos detallados han sido excluidos de la recopilación por considerar que, de una parte, no tiene sentido desmembrarlas, y de otra, representan lineamientos de intervención específicamente médica o técnica de difícil comprensión para los demás operadores del sistema y para los usuarios[4].

En este marco es importante anotar que si bien la atención integral y el acceso pleno a los servicios de SSR puede verse afectada o determinada por normas o disposiciones en otros ámbitos distintos al de la propia SSR, estas no han sido incluidas en la presente compilación por tratarse de campos cuya complejidad supera el alcance de la misma. Es el caso por ejemplo de normas de carácter presupuestal, procedimental, sistemas de información, control de la gestión, talento humano y, en general, sobre el funcionamiento del sistema de salud.

2.1.1. Inventario normativo

La relación de las normas que hacen parte de la recopilación fue construida mediante la conjunción de varios tipos de búsqueda que permitieron identificar el núcleo y los desarrollos jurídicos de cada una de las áreas que se desea abordar alrededor de la SSR en Colombia, así:

- Normas constitucionales y tratados internacionales aprobados por Colombia que establecen preceptos alrededor de la SSR y/o de sujetos especialmente protegidos por su vulnerabilidad en esta materia.
- Leyes que incorporan previsiones generales o regulaciones concretas sobre la SSR.
- Decretos reglamentarios del régimen legal relacionados con la SSR.
- Resoluciones, acuerdos, circulares y cualquier otra norma expedida por las autoridades sanitarias, de regulación, vigilancia o control del Sistema.

4 Las guías técnicas se referenciarán en cada tema y su versión electrónica puede encontrarse en la base de datos.

La construcción del inventario implicó una revisión de todas la normas vigentes sin límite de tiempo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, respecto de las expedidas a partir de 1991, se relaciona la totalidad de normas expedidas, bajo el entendido de que el cambio constitucional de 1991 aparejó una transformación del ordenamiento nacional y de los principios que lo inspiran, lo cual, además, ha dado lugar al impulso de políticas sobre salud sexual y reproductiva; esto sin contar con que los principales documentos internacionales que orientan la materia han sido expedidos también durante este periodo[5]. En cambio, con anterioridad a 1991, no se realizó una investigación histórica ni exhaustiva de las normas expedidas, sino que se identificaron las normas pertinentes, vigentes, con base en el propio análisis de vigencia realizado sobre las normas inventariadas, en trabajos previamente realizados y en el criterio experto del equipo de trabajo.

2.1.2. ¿Cómo se encontraron las normas?

La identificación de todas las normas relacionadas con los temas señalados y que tuviesen las características previstas se hizo a través de información experta, buscadores electrónicos y visitas a las entidades del sector salud que producen normas del tipo elegido (INVIMA, Ministerio de Salud, CRES, Instituto Nacional de Salud y Superintendencia de Salud). El trabajo inició con un ejercicio preliminar de compilación normativa realizado por un grupo de investigadores de la Universidad Nacional (Serrano Amaya, Pinilla Alfonso, Martínez Moreno, & Ruiz Caicedo, 2010) y la revisión de los listados de normas de documentos temáticos incluidos dentro de la serie **«Estructura para la Organización y 'Re-lanzamiento' de los Programas de Salud Pública»** que fueron suministrados por los funcionarios del Ministerio de Salud competentes. Los listados preliminares fueron completados con búsquedas usando LEX BASE y GOOGLE. La búsqueda electrónica se completó acudiendo a las páginas web de las entidades del sector salud anteriormente mencionadas. Finalmente, se hicieron visitas a las entidades del sector salud para conseguir de primera mano normas de rango inferior que no estuvieran depositadas en ninguna base de datos electrónica. Se encontró en general que, las normas están disponibles en bases de datos electrónicas y están disponibles en las páginas web de las entidades. No obstante, los expertos y expertas entrevistados fueron claves para completar y triangular información obtenida de otras fuentes. Así, para el rastreo normativo se triangularon las siguientes fuentes: documentos de expertos y expertos, Google y bases de datos especializadas[6]. Finalmente, una vez identificadas las normas pertinentes

5 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995); Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994).
6 Por ejemplo, Lexbase que entrega información completa a partir del año 2000.

se acudió al Diario Oficial y otras fuentes confiables para obtener el texto oficial empleado dentro de la Recopilación.

2.1.3. Inventario jurisprudencial

El inventario jurisprudencial elaborado tiene dos fines; (i) de una parte sirve para identificar los pronunciamientos que hayan invalidado alguna norma y (ii) de otra, para identificar subreglas jurisprudenciales que se incluyen en la compilación a manera de normas.

En relación con la jurisprudencia de constitucionalidad o legalidad, se identifican la totalidad de sentencias que se pronuncian sobre las normas inventariadas, en tanto pueden interpretar su aplicación así como negar o condicionar su vigencia; sin embargo, esta no se incluye en la recopilación puesto que solo serán tenidas en cuenta a efecto de realizar el análisis de vigencia. Los conceptos generales desarrollados en este tipo de jurisprudencia, si bien importantes y esclarecedores, se consideran de menor fuerza normativa que las demás reglas incluidas y serán tenidos en cuenta dentro del marco conceptual cuando fuere necesario.

No ocurre lo mismo con sentencias de carácter particular que se pronuncian sobre las materias en estudio, que en cambio se escogieron con base en criterios de antigüedad, número de citaciones, unificación de jurisprudencia e interés, con el fin de identificar las reglas jurisprudenciales relevantes. En este sentido, con el convencimiento de que la jurisprudencia aclara y completa el sistema de normas producido por el legislador y la rama ejecutiva, se incluyen subreglas de jurisprudencia de elaboración de las Altas Cortes Colombianas, según su especialidad: sentencias de tutela de la Corte Constitucional, sentencias de responsabilidad civil de la Corte Suprema de Justicia y sentencias de responsabilidad del estado del Consejo de Estado.

Se entiende que la labor de sistematizar la jurisprudencia es extensa y compleja. Para los efectos de esta compilación, sin embargo, pareció suficiente, y así se procedió, contar con las sub reglas más recientes —vigentes— y reiteradas[7]. Para identificar estas sub reglas se siguieron dos caminos diferentes. En el caso de la jurisprudencia de tutela, se elaboraron líneas jurisprudenciales por tema y

7 Sobre este punto en particular, debe tenerse en cuenta que la finalidad del ejercicio no es hacer líneas jurisprudenciales complejas o completas, sino identificar las subreglas relevantes par integrar el campo normativo. En este sentido, se emplearon las sentencias más recientes o las sentencias «hito» y se tomaron como fuente de las subreglas las sentencias de integración o reiteración de los últimos 3 años, salvo que en algún tema fuera necesario ir más atrás en el tiempo. Para la búsqueda de los textos de las sentencias se acude a las relatorías de las Altas Cortes.

luego se usaron las sentencias más recientes para identificar las sub reglas y su sentencia de origen. En el caso de la responsabilidad civil y del Estado (en casos de responsabilidad médica), por otra parte, se acudió a los libros de doctrina para establecer las sentencias más importantes y las sub reglas que se establecen con carácter vinculante para casos similares.

Las sub reglas de tutelas decididas por la Corte Constitucional se construyeron siguiendo la estructura lógica de un condicional deóntico: inicia con un supuesto de hecho y sigue con una consecuencia jurídica. No siempre fue posible establecer claramente la sub regla vinculada a los temas y a los casos. Este trabajo podría desarrollarse con más detalle en una versión posterior de la compilación[8]. Las subreglas en materia de responsabilidad civil y responsabilidad del Estado fueron tomadas de su formulación doctrinal.

2.1.4. Estado de vigencia

Para determinar el estado de vigencia de las normas sobre SSR se partió de una valoración fáctica sobre el mismo, esto es, de la confrontación de cada uno de los artículos, por una parte, con el ordenamiento jurídico mismo y, por otra, con la jurisprudencia, para identificar la existencia de derogaciones o modificaciones expresas, así como la declaratoria de inexequibilidades o nulidades, que determinen la no vigencia de cualquiera de ellos[9]. Posteriormente, las normas se sometieron a un juicio de valor mediante el cual el equipo consultor identificó contradicciones o incompatibilidades entre normas del mismo sistema jurídico para la determinación de la existencia de derogatorias tácitas. En otras palabras, después de construir el inventario de normas, se determinó la vigencia de las mismas por dos vías. En primer lugar, por derogatoria expresa realizada por una norma posterior a una norma anterior[10]. En segundo lugar, por inexequibilidad o por nulidad. En este caso, se indicó la sentencia pertinente y el sentido de la decisión. La derogatorias tácitas, por razón de contradicciones internas en el cuerpo normativo o por contradicciones entre normas de dos cuerpos distintos, se estudiaron y resolvieron indicando las observaciones en el inventario de normas. No se encontró ningún caso oscuro o difícil, salvo el de la Resolución 4905 de 2006, que es tratado en una Nota Editorial.

8 Las sentencias de constitucionalidad de la Corte Constitucional fueron incluidas en el inventario de reglas pero no en la recopilación. Entendemos que los argumentos de estas sentencias son también vinculantes pero no dan origen a sub reglas por no estar vinculados a hechos concretos.

9 También son tenidas en cuenta las exequibilidades condicionadas, si las hubiera, en el entendido de que bajo ciertos supuestos la norma no puede regir.

10 Esta derogatoria expresa se incluyó como observación en el cuadro de inventario de normas.

Finalmente, las normas que tras este proceso fueron consideradas como vigentes, se ubicaron temáticamente en la estructura empleada en la recopilación normativa según se plantea en el siguiente acápite.

2.1.5. Sistematización de la normatividad - estructura

Para realizar la tarea de sistematización de las normas sobre SSR, se construyó un índice analítico (tabla de contenidos) alrededor del cual se organizaron temáticamente las previsiones normativas expedidas sobre cada materia, el cual no sigue el orden y lógica interna de cada cuerpo normativo. Esta estructura de la recopilación ha sido elaborada como un esquema decimal de apartados que permite la organización lógica de la información y dentro de los cuales se asegura que la totalidad de las normas expedidas para regular cualquiera de dichas materias está compaginada y sistematizada obedeciendo a una organización cierta y temática por oposición a la manera desagregada, aleatoria y coyuntural como se han expedido las normas hasta hoy.

En otras palabras, hacia la construcción de una recopilación sistemática de la normatividad sobre SSR, cada una de las normas vigentes es clasificada en alguno de los capítulos que se plantean a continuación.

> *Nota: Las normas vigentes se registraron en un archivo de excel que funge de inventario. Cada norma se identificó conforme a su tipo: ley, decreto con fuerza de ley, decreto, resolución, acuerdo, circular. A continuación se incluyó el nombre y número del cuerpo normativo y se marcó como relevante para uno o más temas de los que se incluyeron en la compilación.*

Además del índice temático o analítico, se construyó un índice descriptivo que indica el número, nombre y página de cada una de las disposiciones que integran la **recopilación normativa**.[11]

11 Para mayor información, consultar el índice descriptivo.

2.2. Descripción del equipo de trabajo y el equipo de campo

En cuanto a la metodología de trabajo utilizada para realizar esta compilación, es importante destacar que se trabajó con un equipo conformado por tres círculos. El primero, el grupo de trabajo ***base***, a cargo de la compilación analítica normativa en su totalidad, integrado por profesionales del derecho y de la salud sexual y reproductiva; El segundo, un equipo de campo, articulado a través de una coordinación, bajo cuya responsabilidad primaria estuvo la construcción de los inventarios normativos y la sistematización de la información para la recopilación. Contar con un equipo a este nivel brindó solidez y homogeneidad al desarrollo del trabajo. El tercero, el equipo de expertos en derecho y en SSR[12]. Este equipo se reunió a través de las mesas técnicas en tres momentos específicos; el inicio (para discutir la metodología y analizar los criterios para sistematización recopilación y análisis de la información), el segundo (para discutir el borrador de la compilación y ahondar en los criterios para el análisis), y el tercero, para los debates sobre temas concretos y las recomendaciones. La tarea principal de este grupo de expertos, fue la de mantener una mirada crítica experta desde fuera. Además de estas mesas de expertos se realizó una reunión con actores del SGSSS para discutir las recomendaciones a partir del análisis y compilación de las normas. Las mesas fueron espacios de discusión técnica con expertos acerca de los contenidos y alcances de la compilación y sirvieron para precisar y afinar, los objetivos de la compilación como un todo, de la recopilación, del análisis y las recomendaciones. En función de estas recomendaciones distintos aspectos del proyecto fueron precisados y afinados. Adicionalmente, participó del proceso de construcción de la metodología, análisis y recomendaciones un «par» regional (CEDES, Argentina), con el fin de ajustar la metodología a un texto con el potencial de ser utilizado en otros países de América Latina o en otros ámbitos de la salud.

Por otro lado, y como se explicó antes, esta compilación abarca no solo la recopilación de normas sino un conjunto de documentos de referencia que fueron construidos con el apoyo del equipo de trabajo base: un documento sobre el sistema general de seguridad social en salud (contexto de la compilación), un diagnóstico de situación y barreras sobre SSR (para el análisis) y un marco conceptual (para la elaboración de estándares internacionales, subreglas, y análisis). Además, se avanzó en la construcción de una propuesta metodológica general que puede servir para la realización de compilaciones similares en otros temas

12 Para mayor información, revisar **equipo de trabajo**.

o en el mismo tema en otros países. Paralelamente a todo el proceso se sostuvieron reuniones de discusión con el equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social y el UNFPA.

2.2.1. El equipo de campo

La recolección de información fue realizada por un equipo de cinco asistentes de investigación, bajo la dirección de una investigadora experta en temas de derechos sexuales y reproductivos y con la orientación de la coordinadora técnica general de la compilación. Los asistentes de investigación se reclutaron por su entrenamiento jurídico, habilidad para encontrar información dispersa, capacidad para interpretar grandes volúmenes de información y por el cuidado en el manejo de fuentes. Todos los asistentes contaban con una experiencia en investigación al menos de dos años y referencias personales que atestiguaban sobre su honestidad y diligencia. La investigadora experta contaba con un título de doctorado en derecho y más de 15 años de experiencia investigativa y docente.

La recolección de información estuvo precedida por la construcción de unos criterios para el archivo e inventario de normas, a cargo de una experta en compilaciones normativas, y por el entrenamiento de los asistentes de investigación en el manejo de dichos criterios y en la construcción de subreglas. El entrenamiento de los asistentes de investigación se hizo a partir de la discusión de casos concretos y la homologación de interpretaciones.

2.2.2. Proceso de recolección de información

La recolección de información se hizo dividiendo al equipo según la entidad fuente de normas relevantes para el sector salud y asignando a una sola persona ubicar leyes, decretos legislativos y sentencias de la Corte Constitucional. El inventario inicial se sometió a varias consultas con expertos. La construcción del inventario inicial se tomó 4 semanas. Una vez consolidado el inventario, el equipo se dividió según ejes temáticos: una persona para cada tema. La persona encargada de cada tema empezó por proponer un índice para las normas en su tema a partir de la propuesta de índice temático o analítico producido desdela coordinación. Los índices fueron discutidos y sometidos a consulta. La construcción de los índices preliminares por tema, intentando conciliar el ideal de homogeneidad organizativa y las categorías propias de cada área de la salud sexual y reproductiva, fue una tarea crítica para la recopilación normativa.

Una vez depurados los índices analíticos, se procedió a ubicar bajo cada tema las normas correspondientes (disposiciones) y a atribuirle números consecutivos que le dieran integridad a la compilación y permitieran citar los artículos según su lugar en el texto.

2.3. Metodología para el análisis de las normas

El análisis realizado en esta compilación, utiliza dos herramientas: las notas editoriales y el debate sobre temas concretos. En relación a las notas, estas se presentan a lo largo del texto de la recopilación normativa para señalar o puntualizar asuntos específicos tales como: los estándares internacionales y constitucionales que sustentan principios, el desarrollo de funciones de ciertos comités, las aclaraciones sobre ubicación de las normas, las interrelaciones entre temas de la recopilación, y en general distintos tipos de orientaciones para el lector. En algunos casos se utilizan para explicar asuntos relacionados con las vigencias o algunos problemas de aplicación sobre los que fuera imprescindible orientar al lector. No obstante, la recopilación normativa pretende ser una herramienta «limpia» que se restringe a presentar los artículos de las normas relevantes (disposiciones) para las 5 áreas de la SSR aquí referidas, a fin de favorecer al usuario final, una mejor comprensión del panorama normativo en un tema determinado.

En cuanto al debate sobre temas concretos, este se orienta, en primer lugar, a una caracterización de las normas recopiladas, en segundo lugar a identificar y analizar el asunto de la polución normativa en SSR como hipótesis principal de este trabajo, y en tercer lugar a discutir problemas relacionados con la aplicación de las normas. Con respecto a estos últimos, se incluyeron análisis o debates sobre inconsistencias, duplicidades, vacíos u otros conflictos jurídicos. Este análisis se realiza con base en tres insumos: el diagnóstico (una mirada de las normas versus la situación de salud y barreras en cada una de las áreas de la compilación), el marco conceptual (el deber ser del contenido de las normas según el marco internacional de los derechos humanos y las teorías sobre la polución normativa) y el marco general del sistema de salud. En general el análisis busca determinar barreras originadas en las normas y sirve para reflejar que la recopilación, si bien ofrece una solución al ordenar las normas, no contiene soluciones absolutas ni definitivas en los casos difíciles, sino más bien orientaciones de interpretación acordes con el marco internacional de derechos humanos.

Finalmente, a partir de los distintos tipos de análisis sobre el estado de la normatividad se hacen recomendaciones de tres tipos: sobre los alcances de la com-

pilación, sobre el uso de la compilación o sobre la producción normativa ante el hallazgo de normas obsoletas o en desuso, de vacíos legales, de traslapes, duplicidades o incongruencias y/o de reglamentaciones pendientes.

2.4. La recopilación normativa: alcances y limitaciones

En esta compilación se incluyeron 5 temas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, y no todo el universo de las normas en este campo, en razón de la priorización realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en aquellos temas que representan las mayores preocupaciones de salud pública en este ámbito. Estos temas, como ya se ha mencionado, son: salud sexual y reproductiva de adolescentes, maternidad segura e IVE, anticoncepción, ITS/ VIH y violencia sexual y de género. La priorización se hizo también a la luz de los objetivos planteados por el gobierno nacional en el Plan Decenal de Salud.[13] Al interior de la recopilación normativa, las relaciones entre temas se señalan mediante vínculos cuando resulta pertinente.

La ausencia de algunas temáticas como la infertilidad, los cánceres del aparato reproductivo, la salud sexual y reproductiva de poblaciones LGBTI, por ejemplo, la intersexualidad y otros asuntos relativos a la identidad de género escapan así a esta compilación. De tal manera, quedaron excluidos de esta versión temas muy importantes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, como todos los atinentes a la discriminación por razones de sexo, identidad sexual, identidad de género y orientación sexual (este último priorizado también por el gobierno en el Plan Decenal de Salud), así como los relativos a la fecundidad, fertilidad, filiación, adopción, maternidad subrogada, inseminación artificial, trabajo sexual y enfermedades del aparato reproductivo no contagiosas.

Por otro lado, tampoco se incluyeron las normas de carácter general del sistema (financiamiento, responsabilidades) más allá de la descripción que sobre el

13 El Plan Decenal de Salud fue adoptado por la Resolución 1841 de 2013, Ministerio de Salud. En la «Dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos» se establece la importancia de generar «Políticas públicas sectoriales, transectoriales y con participación comunitaria que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, desde los enfoques de género y diferencial; afectando positivamente los determinantes sociales relacionados con las violencias de género y violencias sexuales, la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS -VIH -Sida,la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, y la garantía de la salud materna.» (numeral 7.5.3.1.4)

mismo se encuentra en el capítulo sobre el sistema general de seguridad social en salud, ni otras normas como las de habilitación, calidad, recursos humanos, sanciones, entre otras, que pueden sin duda determinar las prestaciones en SSR, cuando por ejemplo, las normas sobre habilitación supongan barreras para la inclusión de servicios de SSR en los niveles primarios de atención.

2.4.1. ¿Qué normas se incluyeron?

La recopilación se construyó a partir de un inventario de normas vigentes[14]. Se consideraron como «normas» todas aquellas decisiones de autoridades públicas que tuviesen carácter general y establecieran o regularan derechos y obligaciones. En este sentido, se incluyeron textos no solamente de leyes y decretos legislativos, sino también de decretos reglamentarios, resoluciones, acuerdos, circulares y sub-reglas derivadas de decisiones judiciales de la Corte Constitucional, el Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia.

Bajo este criterio, se excluyeron: a) normas que resolvían casos particulares y constituían principalmente aplicaciones de otras normas (básicamente resoluciones de la Superintendencia de Salud imponiendo multas); b) normas presupuestales; c) normas de modificaciones institucionales; d) documentos CONPES.

2.4.2. Criterios de interpretación de las normas incluidas en esta Recopilación Normativa

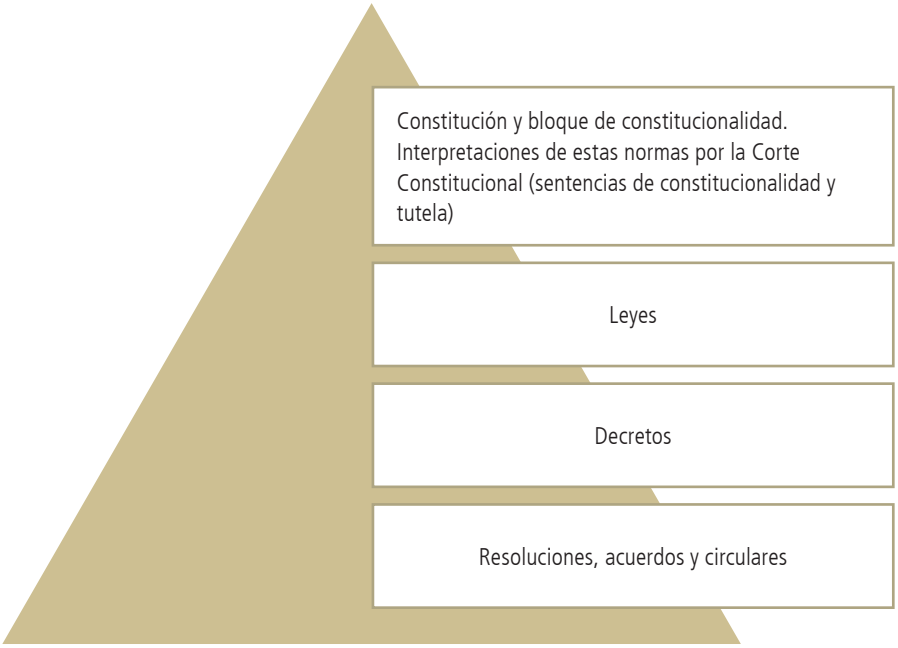
Es crucial que los lectores que no son abogados, tengan en mente que el ordenamiento jurídico colombiano está jerárquicamente ordenado y, en ese sentido, que no todas las normas tienen el mismo valor. La norma de mayor valor normativo, por ser la de más alto nivel jerárquico, es la Constitución, a la cual se integra la jurisprudencia de la Corte Constitucional y las normas de derecho internacional que hacen parte del bloque de constitucionalidad. En un segundo nivel se encuentran las leyes expedidas por el Congreso de la República y los decretos con fuerza de ley expedidos por el Presidente de la República. La Corte Constitucional es la encargada de revisar su constitucionalidad. En un tercer nivel se ubican los decretos, resoluciones y acuerdos expedidos por autoridades públicas de la rama ejecutiva. Estos cuerpos normativos desarrollan y regulan el contenido de las leyes y son especializadas en los campos de competencia de

14 Para ampliar explicación sobre **contenidos del inventario** y la **base de datos**, ir a los capítulos respectivos.

los funcionarios que las emiten. El control de legalidad y constitucionalidad de estos cuerpos normativos lo realiza el Consejo de Estado[15].

También debe subrayarse que las autoridades públicas están obligadas a cumplir todas las disposiciones vigentes mientras ellas no sean declaradas inconstitucionales o nulas por la Corte Constitucional o el Consejo de Estado, pero también están facultadas para inaplicar las disposiciones que consideren inconstitucionales acudiendo a la excepción de inconstitucionalidad.

Pirámide normativa colombiana en materia de salud sexual y reproductiva a nivel nacional



15 Para ampliar esta discusión consultar el **marco conceptual** de esta compilación.

Las normas que se pueden encontrar en la recopilación normativa son:[3]	
Constitución	La Constitución es la norma más importante. Además de las disposiciones contenidas en su texto, tienen rango constitucional normas del derecho internacional a las que la propia constitución hace remisión (bloque de constitucionalidad), como los tratados de derechos humanos. Así mismo, se integran a esta las interpretaciones que hace la Corte Constitucional sobre el alcance sus disposiciones, especialmente las subreglas que constituyen las razones de la decisión.
Leyes	Son expedidas por el Congreso de la República y son jerárquicamente más importantes que las restantes, salvo por las normas que tienen rango constitucional. Son de carácter general y suelen aplicar para todo el territorio nacional y todos los ciudadanos, salvo que explícitamente establezca que se trata de una ley especial que sólo rige para ciertos territorios o personas.
Decretos	Son expedidos por el Gobierno Nacional, que es el poder ejecutivo. En el caso de la salud sexual y reproductiva la institución clave es el Ministerio de Salud. Suelen ser de carácter general. Teniendo en cuenta su posición normativa, deben respetar la Constitución y la Ley, pero están por encima de las Resoluciones y otros actos administrativos.
Resoluciones, acuerdos y circulares	Son expedidos también por órganos del poder ejecutivo. Están jerárquicamente por debajo de la Constitución, Leyes y Decretos, por lo cual deben ajustar a ellos.

Por otra parte debe subrayarse que las interpretaciones de estas disposiciones deben hacerse, en todos los casos, con una mirada garantista y sistemática. La interpretación garantista implica que siempre se opte por la interpretación que mejor favorezca la realización o garantía efectiva de los derechos humanos, orientada por el principio pro persona. En términos prácticos supondría por lo menos, que: (i) no se incluyan calificativos que la norma no prevea y que contradigan los estándares internacionales, (ii) no se exijan requisitos que la norma no contemple, (iii) cuando no pueda interpretarse literalmente un término (por ejemplo porque es vago o demasiado amplio) o cuando existen varias acepciones aceptadas del mismo se debe adoptar el significado o la interpretación más acorde con los derechos humanos; es decir, la más favorable a los derechos sexuales y reproductivos. La interpretación sistemática supone que la lectura de cada regla se haga a la luz de los principios que emanan del marco internacional de los derechos humanos y la jurisprudencia correspondiente de la Corte Constitucional.[16]

16 Sobre estas ideas de interpretación garantista y sistemática puede verse Ana Cristina González Vélez (coord.), *Causal Salud, Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos*, Montevideo, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres- Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2008. Disponible en: **http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/Causal-Salud**

CAPÍTULO

03.

Recopilación normativa

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenidos

Introducción 7

1. Disposiciones generales 14

1.1. Definiciones 17

1.2. Derechos y deberes médicos 20

1.2.1. Consentimiento informado 20

1.2.2. Secreto profesional 23

1.2.3. Objeción de conciencia 25

1.2.4. Responsabilidad Médica 25

1.3. Derechos y deberes del personal de enfermería 26

1.4. Sobre las EPS e IPS 28

1.4.1. Sistema de referencia y contrarreferencia 29

1.5. Autoridades especializadas 30

1.6. Financiamiento 30

2. Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes 33

2.1. Normas generales 33

2.1.1. Definiciones y principios generales 33

2.1.2. Derechos de los Adolescentes y deberes del Estado 35

2.2. Educación sexual 37

2.3. Consentimiento 41

2.4. Prevención y promoción 45

2.4.1. General 45

2.4.2. Embarazo Adolescente 48

2.4.3. Interrupción voluntaria del embarazo IVE 50

2.4.4. Explotación, violencia y tráfico sexual de menores 50

2.4.5. Enfermedades de Trasmisión sexual 53

2.4.6. Anticoncepción 54

2.5. Atención Médica-POS ... 54
2.5.1. General ... 54
2.5.2. Embarazo Adolescente ... 55
2.5.3. Explotación, violencia y tráfico sexual de menores ... 57
2.5.4. Enfermedades de Trasmisión sexual ... 59
2.5.5. Anticoncepción ... 60
2.6. Control y seguimiento ... 60
2.6.1. Explotación, violencia y tráfico sexual de menores ... 60
2.7. Financiamiento ... 62
2.7.1. General ... 62
2.7.2. Explotación, violencia y tráfico sexual de menores ... 62
2.7.3. Anticoncepción ... 63
3. Maternidad segura e interrupción voluntaria del embarazo/IVE ... 65
3.1. Normas generales ... 66
3.1.1. Definiciones y principios generales ... 66
3.1.2. Derechos y deberes ... 67
3.2. Prevención y promoción ... 71
3.3. Atención médica y prestaciones POS ... 73
3.4. Licencias de maternidad ... 75
3.5. Control y Seguimiento ... 78
3.6. Interrupción Voluntaria del Embarazo/IVE ... 79
3.6.1. Normas generales ... 79
3.6.2. Confidencialidad ... 82
3.6.3. Consentimiento Informado ... 82
3.6.4. Objeción de Conciencia ... 83
3.6.5. Prohibiciones ... 85
3.6.6. Requisitos ... 88
3.6.7. Oportunidad ... 90
3.6.8. Gestión ... 92

3.6.9. Recurso Humano 93
3.6.10. Referencia y Contrarreferencia 94
3.6.11. Promoción y Prevención 95
3.6.12. Atención Médica 95
3.6.13. POS 96

4. Anticoncepción 98
4.1. Normas Generales 98
4.1.1. Definiciones y principios generales 98
4.1.2. Derechos 99
4.1.3. Prohibiciones 101
4.2. Prevención y promoción 102
4.3. POS 102
4.3.1. Métodos anticonceptivos 105
4.4. Control y Seguimiento 109

5. ITS y VIH 111
5.1. Normas Generales 111
5.1.1. Definiciones 111
5.1.2. Derechos, deberes y prohibiciones 115
5.2. Promoción, prevención y detección 124
5.3. Atención y tratamiento 129
5.3.1. Atención médica 129
5.3.2. Procedimientos e intervenciones POS 132
5.4. Medicamentos, pruebas y diagnóstico 136
5.5. Financiamiento 140
5.6. Vigilancia epidemiológica 143
5.7. Control y seguimiento 144
5.7.1. Mecanismos de organización, coordinación y control 146
5.7.2. Distribución de pacientes con VIH-SIDA 149

5.7.3. Donación de órganos 150
5.7.4. Investigación 153
5.8. Cáncer de Cuello Uterino 154
5.8.1. Definición 154
5.8.2. Promoción, Prevención y Detección 154
5.8.3. Atención y tratamiento 155
6. Violencia Sexual y Basada en Género 157
6.1. Normas generales 157
6.1.1. Definiciones 157
6.1.2. Principios 162
6.2. Derechos de las Víctimas 163
6.3. Deberes de las Autoridades Públicas 167
6.3.1. Deberes de diseño de política 167
6.3.2. Deberes operativos 175
6.4. Medidas de prevención 177
6.4.1. Prevención de la violencia contra la mujer 177
6.4.2. Prevención de la violencia intrafamiliar 179
6.4.3. Prevención de la violencia sexual contra los niños y la trata de personas 179
6.5. Información a las víctimas 181
6.6. Atención 182
6.6.1. Deberes de atención 182
6.6.2. Atención en Salud 186
6.6.3. Atención Psicológica 192
6.6.4. Atención psicosocial 196
6.6.5. Atención de Otros Sectores 202
6.7. POS 204
6.8. Financiación 208
6.9. Medidas de Protección 213
6.9.1. Autoridades y Órganos Especializados 216
6.9.2. Sistemas de Información 218
Indice 222

Introducción

Esta Recopilación Normativa es una herramienta de trabajo para personas que se desempeñan en el sector salud, y para investigadores y estudiantes interesados en el tema de la regulación de los derechos sexuales y reproductivos. Su principal contribución es reunir en un solo cuerpo normas vigentes en Colombia sobre el tema de la salud sexual y reproductiva.

En este sentido vale la pena aclarar, primero, que los textos que incluye la compilación son, en general, los textos exactos de las normas aunque no lleven comillas. Cuando se trata de las subreglas de la Corte Constitucional las comillas indican que se trata de una texto literal y la cursiva indica que es una subregla construida por el equipo.[1] En ocasiones, en aras de la brevedad y respetando reglas metodológicas predefinidas, se omitieron palabras del original. En estos casos, se indicó dónde se recortó la norma usando corchetes para señalar el vacío así: [..]. En otros casos, se precedieron los artículos transcritos por un título más ilustrativo que el original dado el contexto en el que el artículo se insertaría. En estos casos los títulos de los artículos se pusieron en letra cursiva y negrita.

El segundo elemento que debe resaltarse es que por encima del valor de los textos dado su lugar en la jerarquía normativa, quiso enfatizarse su contenido sustancial en relación con los temas que decidieron incluirse en esta compilación. Al final de cada artículo, eso sí, se explica claramente la fuente de la regla.

El tercer elemento, directamente relacionado con el anterior, es que los cuerpos normativos (leyes, decretos o resoluciones) fueron desmembrados o desarticulados para responder a la lógica sustantiva de los temas escogidos más allá de la lógica del legislador o administrador interesado en la materia. Esto es, en lugar de respetar la intención de regular varios temas de manera conjunta, se buscó reorganizar los textos para que pudiesen ser encontrados fácilmente por el usuario que trabaja dentro del ámbito de la salud y tiene interés particular por el tema de salud sexual y reproductiva. Esta organización se hizo con base en un índice temático o analítico que se encuentra detallado en la tabla de contenidos.

1 NOTA EDITORIAL (NE): Las explicaciones detalladas sobre la metodología se encuentran en el capítulo **consideraciones metodológicas**.

Criterios utilizados para identificar las normas relevantes

Esta Recopilación Normativa se construyó a partir de un inventario de normas vigentes. Se consideraron como «normas» todas aquellas decisiones de autoridades públicas que tuviesen carácter general y establecieran o regularan derechos y obligaciones. En este sentido, se incluyeron textos no solamente de leyes y decretos legislativos, sino también de decretos reglamentarios, resoluciones, acuerdos, circulares y sub-reglas derivadas de decisiones judiciales de la Corte Constitucional, el Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia.

Sustancialmente, se priorizaron 5 temas de salud sexual y reproductiva: salud sexual y reproductiva de adolescentes, maternidad segura e Interrupción Voluntaria del Embarazo/IVE, anticoncepción, ITS y VIH, y violencia sexual y de género.

La vigencia de las normas que se identificaron usando estas dos restricciones, formal y sustancial, se determinó por dos vías. En primer lugar, por derogatoria expresa realizada por una norma posterior a una norma anterior. Esta derogatoria expresa se incluyó como observación en el cuadro de inventario de normas. En segundo lugar, por inexequibilidad o por nulidad. En este caso, se indicó la sentencia pertinente y el sentido de la decisión. También se registraron las sentencias de exequibilidad parcial, con su sentido específico, y las sentencias de exequibilidad, por considerar que el respaldo de la Corte Constitucional es parte integral de la vigencia. El único caso difícil de derogatorias tácitas, fue el de la Resolución 4905 de 2006, que es tratado en una Nota Editorial.[2]

¿Cuáles sentencias se incluyeron?

Convencidos de que la jurisprudencia aclara y completa el sistema de normas producido por el legislador y la rama ejecutiva, incluimos aquí subreglas de jurisprudencia de elaboración de las Altas Cortes Colombianas, según su especialidad: sentencias de tutela de la Corte Constitucional, sentencias de responsabilidad civil de la Corte Suprema de Justicia y sentencias de responsabilidad del estado del Consejo de Estado.

Entendemos que la labor de sistematizar la jurisprudencia es extensa y compleja. Para los efectos de esta compilación, sin embargo, nos parece suficiente, y así procedimos, contar con las sub reglas más recientes –vigentes– y reiteradas. Para identificar estas sub reglas se siguieron dos caminos diferentes. En el caso

2 NOTA EDITORIAL: Los análisis sobre vigencias están contenidos en **los inventarios** que hacen parte integral de esta compilación.

de la jurisprudencia de tutela, se elaboraron líneas jurisprudenciales por tema y luego se usaron las sentencias más recientes para identificar las sub reglas y su sentencia de origen. En el caso de la responsabilidad civil y del estado (en casos de responsabilidad médica), por otra parte, se acudió a los libros de doctrina para establecer las sentencias más importantes y las sub reglas que establecen con carácter vinculante para casos similares.

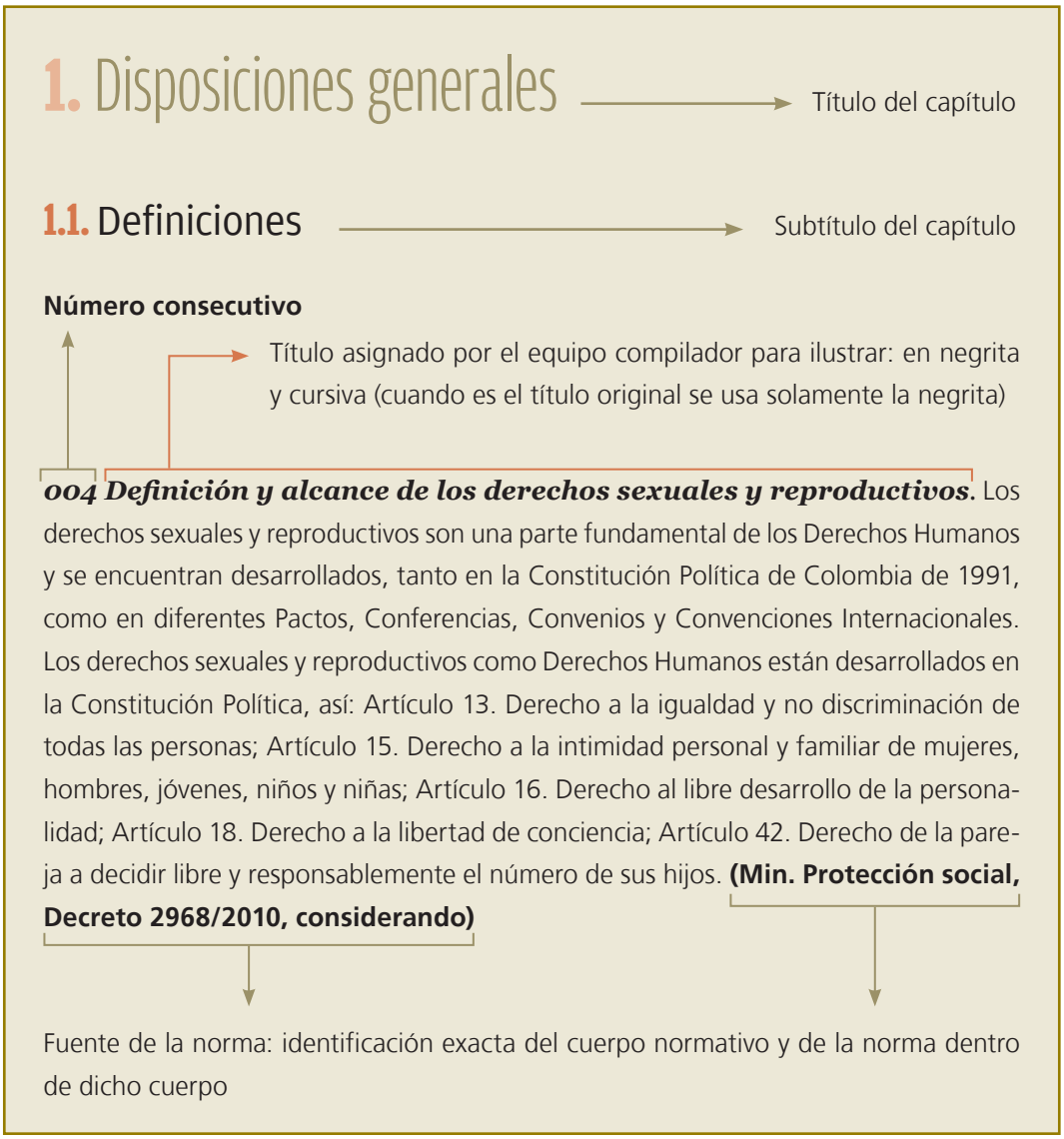
Las sentencias de constitucionalidad de la Corte Constitucional fueron incluidas en el inventario de reglas pero no en la compilación. Entendemos que los argumentos de estas sentencias son también vinculantes pero no dan origen a sub reglas por no estar vinculados a hechos concretos.

Las sub reglas de tutelas decididas por la Corte Constitucional se construyeron siguiendo la estructura lógica de un condicional deóntico: inicia con un supuesto de hecho y sigue con una consecuencia jurídica. No siempre fue posible establecer claramente la sub regla vinculada a los temas y a los casos. Este trabajo podría desarrollarse con más cuidado en una versión posterior de la compilación. Las subreglas en materia de responsabilidad civil y responsabilidad del estado fueron tomadas de su formulación doctrinal.

Criterios de organización de las normas relevantes

Con el fin de proporcionar una herramienta diferente a las ya disponibles, las normas se organizan temáticamente, y no siguiendo el orden y lógica interna de cada cuerpo normativo, ni tampoco la jerarquía entre normas de distinta naturaleza. Para darle mayor unidad a la compilación se dieron nombres ilustrativos a los artículos, en la mayoría de los casos diferentes a los nombres originales. Estos nombres se encuentran en negrilla y letra cursiva si son creación propia del equipo y en negrilla pero sin cursiva si corresponden al texto original del cuerpo del que fueron tomadas. En cada caso se identifica por completo la regla al final del apartado citado entre paréntesis. Dentro de cada tema y subtema, se intentó organizar las normas de acuerdo con la jerarquía y antigüedad.

Hay dos numeraciones paralelas. La numeración de los títulos y subtítulos de la compilación y la numeración, consecutiva, de los artículos. Estas numeraciones buscan facilitarle al lector ubicar normas específicas de su interés. Así:



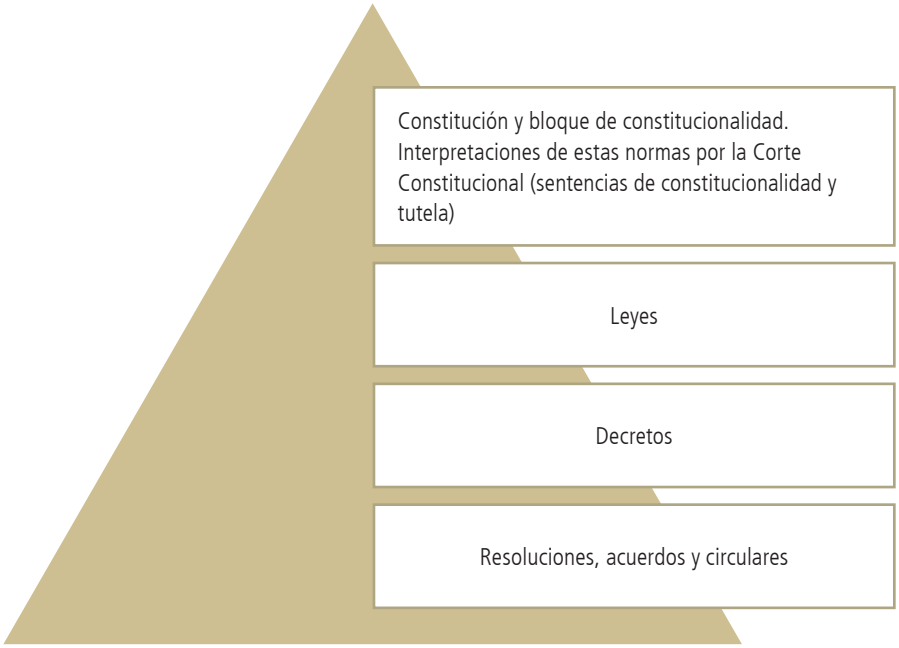
Criterios de interpretación de las normas incluidas en esta Recopilación Normativa

Es crucial que los lectores que no son abogados, tengan en mente que el ordenamiento jurídico colombiano está jerárquicamente ordenado y, en ese sentido, que no todas las normas tienen el mismo valor. La norma de mayor valor normativo, por ser la de más alto nivel jerárquico, es la Constitución, a la cual se integra la jurisprudencia de la Corte Constitucional y las normas de derecho internacional que hacen parte del bloque de constitucionalidad. En un segundo nivel se encuentran las leyes expedidas por el Congreso de la República y los

decretos con fuerza de ley expedidos por el Presidente de la República. La Corte Constitucional es la encargada de revisar su constitucionalidad. En un tercer nivel se ubican los decretos, resoluciones y acuerdos expedidos por autoridades públicas de la rama ejecutiva. Estos cuerpos normativos desarrollan y regulan el contenido de las leyes y son especializadas en los campos de competencia de los funcionarios que las emiten. El control de legalidad y constitucionalidad de estos cuerpos normativos lo realiza el Consejo de Estado.

También debe subrayarse que las autoridades públicas están obligadas a cumplir todas las disposiciones vigentes mientras ellas no sean declaradas inconstitucionales o nulas por la Corte Constitucional o el Consejo de Estado, pero también están facultadas para inaplicar las disposiciones que consideren inconstitucionales acudiendo a la excepción de inconstitucionalidad.

Pirámide normativa colombiana en materia de salud sexual y reproductiva a nivel nacional



Las normas que se pueden encontrar en la recopilación normativa son:[3]	
Constitución	La Constitución es la norma más importante. Además de las disposiciones contenidas en su texto, tienen rango constitucional normas del derecho internacional a las que la propia constitución hace remisión (bloque de constitucionalidad), como los tratados de derechos humanos. Así mismo, se integran a esta las interpretaciones que hace la Corte Constitucional sobre el alcance sus disposiciones, especialmente las subreglas que constituyen las razones de la decisión.
Leyes	Son expedidas por el Congreso de la República y son jerárquicamente más importantes que las restantes, salvo por las normas que tienen rango constitucional. Son de carácter general y suelen aplicar para todo el territorio nacional y todos los ciudadanos, salvo que explícitamente establezca que se trata de una ley especial que sólo rige para ciertos territorios o personas.
Decretos	Son expedidos por el Gobierno Nacional, que es el poder ejecutivo. En el caso de la salud sexual y reproductiva la institución clave es el Ministerio de Salud. Suelen ser de carácter general. Teniendo en cuenta su posición normativa, deben respetar la Constitución y la Ley, pero están por encima de las Resoluciones y otros actos administrativos.
Resoluciones, acuerdos y circulares	Son expedidos también por órganos del poder ejecutivo. Están jerárquicamente por debajo de la Constitución, Leyes y Decretos, por lo cual deben ajustar a ellos.

Por otra parte debe subrayarse que las interpretaciones de estas disposiciones deben hacerse, en todos los casos, con una mirada garantista y sistemática La interpretación garantista implica que siempre se opte por la interpretación que mejor favorezca la realización o garantía efectiva de los derechos humanos, orientada por el principio pro persona. En términos prácticos supondría por lo menos, que: (i) no se incluyan calificativos que la norma no prevea, (ii) no se exijan requisitos que la norma no contemple, (iii) cuando no pueda interpretarse literalmente un término (por ejemplo porque es vago o demasiado amplio) o cuando existen varias acepciones aceptadas del mismo se debe adoptar el significado o la interpretación más acorde con los derechos humanos; es decir, la más favorable a los derechos sexuales y reproductivos.La interpretación sistemática supone que la lectura de cada regla se haga a la luz de los principios que emanan del marco internacional de los derechos humanos y la jurisprudencia correspondiente de la Corte Constitucional.[4]

3 NOTA EDITORIAL: Para ampliar esta discusión, consultar **el marco conceptual**.

4 NOTA EDITORIAL: Sobre estas ideas de interpretación garantista y sistemática puede verse Ana Cristina González Vélez (coord.), *Causal Salud, Interrupción Legal del Embarazo, Ètica y Derechos Humanos*, Montevideo, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres - Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, 2008. Disponible en: **http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/Causal-Salud**

Las notas editoriales como herramienta para el usuario de esta Recopilación

A lo largo del texto de la Recopilación Normativa se encontrarán notas editoriales que se utilizan para señalar o puntualizar asuntos específicos tales como: las normas en las que se basan los estándares internacionales que se incluyen al inicio de cada capítulo, aclaraciones sobre ubicación de las normas, orientaciones concretas para el lector, el detalle de algunas disposiciones como las de funciones de ciertos comités y las guías y normas técnicas relevantes, entre otras. En algunos casos se utilizan para explicar asuntos relacionados con las vigencias o para indicar problemas de aplicación sobre los que fuera imprescindible orientar al lector. No obstante, la Recopilación Normativa pretende ser una herramienta «limpia» que se restringe a presentar los artículos de las normas relevantes (disposiciones) para las 5 áreas de la SSR aquí referidas, a fin de favorecer al usuario final, una mejor comprensión del panorama normativo.[5]

5 NOTA EDITORIAL: Es importante anotar que de los 5 temas incluidos en esta compilación, solo el primero, la SSR de los y las adolescentes, es de carácter poblacional. Por tal razón, se incluyeron en el mismo, los asuntos relativos a otros temas cuando estos eran específicos para adolescentes. Tal es el caso de las normas sobre anticoncepción, IVE, VIH y violencia que cuando son específicas para adolescentes fueron incluidas en ese capítulo.

1. Disposiciones generales[6]

Definición de Salud Sexual y Reproductiva[7]

«La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, menta 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 una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de 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».

6 NOTA EDITORIAL: en este capítulo se incluyeron normas que se consideraron particularmente relevantes para la salud sexual y reproductiva, por la historia legislativa y el contexto de aplicación, pero no necesariamente se refieren exclusivamente a ella.

7 NOTA EDITORIAL: La legislación colombiana actualmente vigente no contiene una definición de salud sexual y reproductiva suficientemente completa. Usamos aquí la que se incluyó en el párrafo 7.2 del Programa de Acción de la Conferencia del Cairo, publicada por las Naciones Unidas como A/ CONF. 171/ 13 (1994).

Principios que integran el bloque de constitucionalidad: sobre el contenido y alcance de los Derechos Sexuales y Reproductivos[8]

1. Los DSR son derechos fundamentales de los cuales son titulares todas las personas.[9]
2. Los derechos sexuales se refieren a la autonomía sexual e incluyen, entre otros, el derecho a gozar de una sexualidad responsable y libre de toda forma de injerencia, coacción y violencia.[10]
3. Los derechos reproductivos incluyen tanto i) la autodeterminación reproductiva; como ii) el acceso a servicios de salud reproductiva.[11]
4. Los DSR generan obligaciones de respeto y garantía en cabeza del Estado. Estas obligaciones incluyen:
   - El deber de adoptar medidas legislativas, administrativas y de toda índole, que resulten necesarias para reconocer, proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos.[12]
   - La obligación de desarrollar y asegurar la prestación de los servicios de salud que resulten necesarios para garantizar integralmente los DSR.[13]

8 NOTA EDITORIAL: Los principios incluidos en los cuadros introductorios a cada capítulo de la compilación normativa reúnen aquellos que hacen parte del bloque de constitucionalidad y que tienen relación directa con los temas de cada apartado. Estos cuadros han sido construidos por el equipo de trabajo a partir de la revisión sistematica de las normas constitucionales, las normas del derecho internacional de los derechos humanos vinculantes para Colombia que tienen rango constitucional en virtud de la figura del bloque de constitucionalidad, y del alcance de dichas disposiciones que ha sido definido mediante la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Para un mayor desarrollo y explicación de los mismos, puede remitirse al documento conceptual que hace parte integral de la presente compilación. Como principios de rango constitucional, estos cumplen con una doble función. Por una parte, son directamente aplicables y jurídicamente vinculantes. Por la otra, sirven para interpretar y completar el marco normativo existente.

9 NOTA EDITORIAL: Este estandar se deriva, entre otros, de Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. M.P Clara Inés Vargas y Jaime Araujo.

10 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, de Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. M.P Clara Inés Vargas y Jaime Araujo.

11 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, de Corte Constitucional, sentencia T-310 de 2010. M.P María Victoria Calle; sentencia T-732 de 2009 y T-585 de 2010.

12 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, del artículo 2.2. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el artículo 2.c y 12 de la Cedaw; y la Observación General No. 24 del Comité de la Cedaw.

13 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, de Corte Constitucional, sentencia T-732 de 2009. M.P Humberto Sierra Porto.

5. Hombres y mujeres son titulares de estos derechos. Sin embargo, los Estados están obligados a garantizar una protección especial y diferenciada a favor de las mujeres, en especial cuando se encuentran en condiciones de vulnerabilidad particulares, como las mujeres indígenas, afrocolombianas, y quienes han sido víctimas de la violencia.[14]

6. La salud es un derecho humano fundamental que se define como el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este incluye la salud sexual y reproductiva.[15]

7. El derecho a la salud abarca también los factores determinantes básicos de la salud, que son factores socioeconómicos que promueven las condiciones que se requieren para tener una vida sana, como la alimentación, nutrición, vivienda y agua potable.[16]

8. El derecho a la salud tiene cuatro componentes, cuya realización permite medir el cumplimiento de las obligaciones que tienen los Estados en relación con la salud.[17] Dichos componentes son:

   - Disponibilidad
   - Accesibilidad
   - Aceptabilidad
   - Calidad

9. La garantía del derecho a la salud implica la realización de los DSR. Por ello, el Estado Colombiano tiene obligaciones concretas en relación con la salud sexual y reproductiva de todas las personas.[18] Estas incluyen, entre otras:

   - Llevar a cabo todas las medidas necesarias para reducir la mortalidad materna e infantil,

14 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, de Corte Constitucional, sentencia T-732 de 2009. M.P Humberto Sierra Porto.
15 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, el artículo 12 de la CEDAW y la Observación General 14 del Comité DESC.
16 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, el artículo 12 de la CEDAW y la Observación General 14 del Comité DESC.
17 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, de Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14, 11 de agosto de 2000, Numeral 12.
18 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, del artículo 12 del PIDCP.

- Prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole, como las de origen sexual,

10. El Estado debe adoptar medidas específicas y diferenciadas para garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y de los niños, niñas y adolescentes, entre otros grupos poblacionales, pues enfrentan condiciones materiales que exigen de medidas particulares para que puedan gozar efectivamente, y en condiciones de igualdad, de su derecho a la salud.[19]

1.1. Definiciones

001 Sexualidad y roles de género. «[…] Desde el punto de vista social, la sexualidad hace referencia a los diversos papeles que los patrones socio-culturales existentes asignan a los diferentes sexos. Es lo que algunos autores denominan los roles de género. Sicológicamente, la sexualidad alude no sólo a la identidad que al respecto se forman los seres humanos, sino que tiene además aspectos comportamentales, ligados a la orientación afectiva que tienen los individuos por personas de determinado sexo.» **(Corte Constitucional, T-143/2005)**

002 Sexualidad y relación sexual. «Una de las facetas en las que se ve plasmado el derecho al libre desarrollo de la personalidad es la sexualidad del ser humano el cual debe verse de una manera integral teniendo en cuenta, por tanto, el aspecto corporal o físico. La relación sexual es una de las principales manifestaciones de la sexualidad.» **(Corte Constitucional, T-269/2002)**

003 Afectación a la vida sexual y vulneración de otros derechos fundamentales. «Cuando la persona comienza a presentar limitaciones en su salud para mantener su vida sexual activa, no se tomará como una afección meramente en salud sino que se entenderá que esta limitación afecta otros derechos fundamentales como la intimidad, el derecho a la familia e incluso a la vida misma, por esta razón se tendrá en cuenta el tratamiento integral y prioritario que deberá brindarse para que cese la afectación a sus derechos fundamentales. […] Así, en estos casos, aun cuando el derecho a la salud respecto del cual se reclama su protección no tiene conexidad con derechos fundamentales como

19 NOTA EDITORIAL: Esto se deriva, entre otros, de la Observación General 4 del Comité de los Derechos del niño y la Observación General 14 del Comité DESC.

la vida e integridad física, si presenta una conexidad directa con otros derechos fundamentales, como la dignidad, la intimidad, y el derecho a la familia.» **(Corte Constitucional, T-143/2005)**

004 Definición y alcance de los derechos sexuales y reproductivos. Los derechos sexuales y reproductivos son una parte fundamental de los Derechos Humanos y se encuentran desarrollados, tanto en la Constitución Política de Colombia de 1991, como en diferentes Pactos, Conferencias, Convenios y Convenciones Internacionales. Los derechos sexuales y reproductivos como Derechos Humanos están desarrollados en la Constitución Política, así: 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 sus hijos. **(Min. Protección social, Decreto 2968/2010, considerando)**

005 Los derechos sexuales y reproductivos según la Corte Constitucional. «Los derechos sexuales y reproductivos reconocen y protegen la facultad de las personas, hombres y mujeres, de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción y otorgan los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación. […] Tanto hombres como mujeres son titulares de estos derechos, sin embargo, es innegable la particular importancia que tiene para las mujeres la vigencia de los mismos ya que la determinación de procrear o abstenerse de hacerlo incide directamente sobre su proyecto de vida pues es en sus cuerpos en donde tiene lugar la gestación y, aunque no debería ser así, son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos e hijas, a lo que se añade el hecho de que han sido históricamente despojadas del control sobre su cuerpo y de la libertad sobre sus decisiones reproductivas por la familia, la sociedad y el Estado». **(Corte Constitucional, T-732/2009)**

006 Derecho a la información para la promoción de la salud. Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar, particularmente, sobre […] educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar […]. **(Ley 9/1979, art.599)**

007 Función de la educación en materia de derechos sexuales y reproductivos. Es objetivo primordial de todos y cada uno de los niveles educativos el desarrollo integral de los educandos mediante acciones estructuradas encaminadas a: [..] 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. **(Ley 115/1994, art.33, num. D)**

008 Especial protección para las mujeres. El Gobierno Nacional establecerá mecanismos eficaces para dar protección especial a la mujer cabeza de familia, […]promoviendo la equidad y la participación social con el propósito de ampliar la cobertura de atención en salud y salud sexual y reproductiva […] **(Ley 1232/2008, art.2)**

009 Acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva. El Gobierno ejecutará acciones orientadas a mejorar e incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud integral, inclusive de salud sexual y reproductiva y salud mental, durante todo el ciclo vital, en especial de las niñas y adolescentes. En desarrollo de los artículos 13 y 43 de la Constitución, el Gobierno estimulará la afiliación al régimen subsidiado de seguridad social en salud de las mujeres cabeza de familia, de las que pertenezcan a grupos discriminados o marginados de las circunstancias de debilidad manifiesta.

Así mismo, el Gobierno diseñará y ejecutará programas:

a) Para dar información responsable de la capacidad reproductiva de la mujer, y

b) Para preventivamente reducir las tasas de morbilidad y mortalidad femenina relacionadas con la salud sexual y reproductiva, salud mental y discapacidad. **(Ley 823/2003, art.6)**

010 Derechos sexuales y reproductivos para las personas con discapacidad. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud, en concordancia con el artículo 25 de la Ley 1346 de 2009. Para esto se adoptarán las siguientes medidas: 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, deberá: […] b) Asegurar que los programas de salud pública establezcan acciones de promoción de los derechos de las personas con discapacidad desde la gestación, así como el desarrollo de estrategias de prevención de factores de riesgo asociados a la discapacidad que no afecten la imagen y la dignidad de las personas que ya se encuentran en dicha situación; c) Asegurar que los programas de salud sexual y reproductiva sean accesibles a las personas con discapacidad. **(Ley 1618/2013, art. 10.1b, art. 10.1c)**

1.2. Derechos y deberes médicos

1.2.1. Consentimiento informado[20]

011 Actitud del médico hacia el paciente. La actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas. **(Ley 23/1981, art.11)**

012 Autorización del tratamiento. El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas. PARÁGRAFO. – Si en circunstancias excepcionales graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, éste podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible, por acuerdo en junta médica. **(Ley 23/1981, art.12)**

013 Justificaciones para no atender un paciente. Con excepción de los casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios por las siguientes causas:

a. Si se comprueba que el caso no corresponde a su especialidad previo examen general.

b. Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya, sin su previo consentimiento.

c. Que el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas, entendiéndose por éstas, no solo la formulación de tratamientos sino también los exámenes, juntas médicas, interconsultas y otras indicaciones generales que por su no realización afecten la salud del paciente. **(Decreto 3380/1981, art. 4)**

014 Solicitud del consentimiento a los pacientes. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente. **(Ley 23/1981, art. 15)**

015 Deber de información del médico. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del trata-

20 NOTA EDITORIAL. Las reglas especiales sobre **adolescentes** e **IVE** están en los capítulos correspondientes a estos dos temas.

miento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados. **(Ley 23/1981, art. 16)**

016 Deber del médico de advertir los posibles riesgos. El médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso segundo del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente, haga a su paciente o a sus familiares o allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse consecuencia del tratamiento o procedimiento médico. **(Decreto 3380/1981, art. 10)**

017 Excepciones al deber de información. El médico quedará exonerado de hacer la advertencia del riesgo previsto en los siguientes casos: a. Cuando el estado mental del paciente y la ausencia de parientes o allegados se lo impidan. b. Cuando exista urgencias o emergencias para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento médico. **(Decreto 3380/1981, art. 11)**

018 Constancia de la información en la historia clínica. El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla. **(Decreto 3380/1981, art. 12)**

019 Efectos del consentimiento informado. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico. **(Decreto 3380/1981, art. 13)**

020 Derecho de los pacientes a ser informados. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación: Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones sicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riegos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedi-

mientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión. **(Min. Salud, Resolución 13437/1991, art.1, num.2)**

021 Requisitos para el consentimiento informado. *El consentimiento del paciente debe cumplir los siguientes requisitos:*

1. *Debe tratarse de una información detallada, esta información implica una explicación depurada sobre el tratamiento así como sobre las opciones que existen para su recuperación.*
2. *Se deben cumplir unas formalidades especiales, como la firma del paciente al final del escrito del consentimiento.*
3. *Debe preverse una autorización por etapas, cuando se trate de un tratamiento largo, riesgoso e invasivo, a fin de que la autorización no sea dada por un estado de ánimo momentáneo sino que sea la expresión de una decisión un consentimiento cualificado y persistente.* **(Corte Constitucional, T-551/1999)**

022 Características del consentimiento informado. «No cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimar una intervención médica: es necesario que el consentimiento del paciente reúna ciertas características como la información detallada sobre el tratamiento al cual va a someterse, el conocimiento de las demás opciones que existen para su recuperación, y en especial que sea libre e informado.» **(Corte Constitucional, T-1021/2003)**

023 Consentimiento informado como exoneración de la responsabilidad médica. «El consentimiento que exonera de la responsabilidad al médico, no es el consentimiento otorgado en general para cualquier tipo de intervención o atención médica que deba recibir sino aquel consentimiento que dan los pacientes sobres los riesgos en concreto que se puedan derivar de un procedimiento específico. Para que esto sea una causal de exoneración de la responsabilidad médica no basta con la explicación en términos científicos del procedimiento o terapia a la cual se va a someter sino que deberá tratarse de una explicación inteligible de modo que el paciente pueda entender y de esta forma pueda manifestar libremente su voluntad de someterse.» **(Consejo de Estado, 12706 del 24 de enero de 2002)**

024 El consentimiento informado debe ser libre. *Que el consentimiento sea libre, significa que* «la persona debe tomar su determinación sin coacciones ni engaños. Por esta razón no será válido el consentimiento otorgado por el paciente como fruto de una exageración por parte del médico acerca de los riesgos de la dolencia y una minimización de los peligros del tratamiento». **(Corte Constitucional, T-560/2007)**

025 Consentimiento sustituto. «[Además] de que el consentimiento sea informado, quien autorice para intervenir sobre su propio cuerpo, [debe tener] la capacidad para reconocer la importancia y seriedad de su decisión, así como también tenga claridad sobre el racionamiento que debió hacer para dar su aceptación. En aquellos casos en que dichas facultades mentales, físicas o síquicas, impidan que dicho consentimiento sea razonado, libre y espontáneo, surge la posibilidad que otro dé su consentimiento a cambio de aquél.» **(Corte Constitucional, T-560/2007)**

026 Consentimiento futuro. «[…] ante la duda sobre la capacidad de otorgar un consentimiento futuro, debe asumirse que tal posibilidad existe. Se trata de una suerte de *in dubio pro paciente*, que se explica por la necesaria protección a la autonomía individual.» **(Corte Constitucional, T-850/2002)**

027 Primacía de la razón médica. Faltando las personas que deben dar su consentimiento a un tratamiento médico, «[…] impera la razón médica, dirigida a salvaguardar la vida, integridad física o salud del paciente.» **(Corte Constitucional, T-850/2002)**

1.2.2. Secreto profesional[21]

028 Secreto profesional médico**.** Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales. **(Ley 23/1981, art. 37)**

029 Revelación del secreto profesional. Teniendo en cuenta los consejos que dicten prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer: a. Al enfermo en aquello que estrictamente le concierne y convenga: b. A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento. c. A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces. d. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley. e. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia. **(Ley 23/1981, art. 38)**

21 NOTA EDITORIAL: Las disposiciones específicas relativas a los distintos temas de la recopilación normativa que son relativas al secreto profesional se pueden consultar en los respectivos capítulos (adolescentes, IVE, VIH, violencia).

029 A Limitación constitucional de los casos en los que puede revelarse el secreto médico. «Ahora bien, al estudiar el contenido y alcance del sigilo que deben guardar los profesionales de la medicina sobre los aspectos que conocen por razón de su relación profesional con los enfermos, la Corte ha considerado que el médico únicamente puede ser relevado de mantener en secreto lo que conoció, oyó, vio y entendió, por razón de su relación profesional con el paciente, cuando tal revelación comporte beneficios comprobados para el enfermo, y ante la necesidad extrema de preservar los derechos a la vida, y a la salud de las personas directamente vinculadas con él.» (se omiten las notas de pie de página del original) **(Corte Constitucional, T-526/2002)**

030 Responsabilidad del médico por sus auxiliares. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no será responsable por la revelación que ellos hagan. **(Decreto 3380/1981, art. 24)**

031 La historia clínica debe ser reservada. «El carácter reservado de la historia clínica […] se funda en la necesidad de proteger el derecho a la intimidad del individuo sobre una información que, en principio, únicamente le concierne a él y que, por tanto, debe ser excluida del ámbito de conocimiento público.» **(Corte Constitucional, T- 158A/2008)**

032 Carácter reservado de la historia clínica a pesar de la muerte. «[…] por regla general, el carácter reservado de la historia clínica de una persona fallecida se mantiene. De esta manera, la muerte del paciente no implica que los datos médicos, tanto los contenidos en dicho documento como aquellos de los que tenga conocimiento el equipo médico por razón de su actividad, puedan ser conocidos de manera indiscriminada por toda la comunidad o divulgados por las autoridades que tienen a su cargo la custodia de los mismos. Ello, fundamentalmente, por cuanto, además de proteger la memoria y el honor de la persona fallecida, es necesario garantizar el derecho a la intimidad de su núcleo familiar, ya que eventualmente la divulgación de la información respecto del estado de salud de una persona podría constituir una violación de los derechos fundamentales de sus parientes más próximos.» **(Corte Constitucional, T- 158A/2008)**

033 Excepciones al carácter reservado de la historia clínica. «La reserva de la historia clínica no puede predicarse de manera absoluta en caso de que el paciente titular de la misma fallezca, por esta razón solo los miembros de su núcleo familiar podrán acceder a la información que contenga dicha historia clínica, de igual forma, cuando el paciente se encuentre vivo, pero no esté en condiciones de autorizar a sus familiares para que conozcan la información médica de su historia clínica, por su estado de salud mental o físico, los miembros de su núcleo familiar tienen derecho a acceder al contenido de dicho documento

en aras de salvaguardar los derechos a la vida, a la salud y a la integridad personal del paciente.» **(Corte Constitucional, T-834/2006)**

1.2.3. Objeción de conciencia[22]

034 Del derecho a la objeción de conciencia. El personal de salud puede presentar objeción de conciencia ante todo lo que la pueda violentar. **(Ley 1164/2007, art.37)**

035 La objeción de conciencia del médico. El médico rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral, y cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión. **(Ley 23/1981, art.6)**

036 La objeción de conciencia del profesional de enfermería. Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte.

[…] **Parágrafo.** En los casos en que la ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos, el profesional de enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones. **(Ley 911/2004, art.9)**

037 La objeción de conciencia no es un derecho absoluto. «La objeción de conciencia no es un derecho absoluto y su ejercicio tiene como límite la propia Constitución en cuanto consagra los derechos fundamentales, cuya titularidad también ostentan las mujeres, y por tanto no pueden ser desconocidos; por esta razón no puede constituirse en un mecanismo de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres.» **(Corte Constitucional, T-209/2008)**

1.2.4. Responsabilidad Médica

038 Responsabilidad en el ejercicio médico. El ejercicio de la profesión de médico, abogado, ingeniero y sus semejantes, constituye una función social.

22 NOTA EDITORIAL: Las normas concretas sobre objeción, que son temáticas, se pueden consultar en el capítulo respectivo.

Los profesionales serán responsables civil y penalmente, no solo por sus actos sino también por sus omisiones en el ejercicio profesional. **(Ley 67/1935, art. 1)**

039 Exoneración de responsabilidad del médico. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico. **(Decreto 3380/1981, art. 13)**

040 No se presume la culpa médica. «Si bien el acto médico y quirúrgico muchas veces comporta un riesgo, este riesgo se justifica en las acciones necesarias para el bienestar del paciente, por esta razón no puede tratarse bajo el régimen del presunción de culpa que está regulado para las actividades peligrosas establecidas jurisprudencialmente sino que será valorará bajo el régimen de la carga dinámica de la prueba la cual será analizada en la situación en particular.» **(Corte Suprema de Justicia, 5507 del 30 de enero de 2001)**

041 Carga dinámica de la prueba en la responsabilidad médica. «[…] en aquellas situaciones donde al paciente le resulte imposible aportar la prueba del nexo causal entre el daño y la actuación del operador, podrá invertirse la carga de la prueba y será el operador de salud quien debe demostrar que actuó con diligencia según la lex artis y los protocolos médicos para exonerarse de responsabilidad.» **(Consejo de Estado, 15772 del 31 de agosto de 2006)**

1.3. Derechos y deberes del personal de enfermería

042 Condiciones para el ejercicio de la enfermería. Entiéndase por condiciones para el ejercicio de la enfermería, los requisitos básicos indispensables de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, registros para el sistema de información, transporte, comunicaciones, auditoría de servicios y medidas de seguridad, que le permitan al profesional de enfermería actuar con autonomía profesional, calidad e independencia y sin los cuales no podrá dar garantía del acto de cuidado de enfermería.

Parágrafo. Del déficit de las condiciones para el ejercicio de la enfermería, el profesional deberá informar por escrito a las instancias de enfermería y de control de la Institución y exigirá el cambio de ellas, para evitar que esta situación se convierta en condición permanente que deteriore la calidad técnica y humana de los servicios de enfermería. **(Ley 911/2004, art.5)**

043 El profesional de enfermería y el consentimiento informado. El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería. **(Ley 911/2004, art.6)**

044 Responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica. Es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica. La violación de este artículo constituye falta grave.

Parágrafo. En los casos en que la ley o las normas de las instituciones permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y derechos de los seres humanos, el profesional de enfermería podrá hacer uso de la objeción de conciencia, sin que por esto se le pueda menoscabar sus derechos o imponérsele sanciones. **(Ley 911/2004, art.9)**

045 Suministro de medicamentos por profesionales de enfermería. En lo relacionado con la administración de medicamentos, el profesional de enfermería exigirá la correspondiente prescripción médica escrita, legible, correcta y actualizada. Podrá administrar aquellos para los cuales está autorizado mediante protocolos establecidos por autoridad competente. **(Ley 911/2004, art.13)**

046 Secreto profesional en la enfermería. El profesional de enfermería guardará el secreto profesional en todos los momentos del cuidado de enfermería y aún después de la muerte de la persona, salvo en las situaciones previstas en la ley.

Parágrafo. Entiéndase por secreto o sigilo profesional, la reserva que debe guardar el profesional de enfermería para garantizar el derecho a la intimidad del sujeto de cuidado. De él forma parte todo cuanto se haya visto, oído, deducido y escrito por motivo del ejercicio de la profesión. **(Ley 911/2004, art.18)**

047 Deber de cuidado en la enfermería. Cuando el profesional de enfermería considere que como consecuencia de una prescripción se puede llegar a causar daño, someter a riesgos o tratamientos injustificados al sujeto de cuidado, contactará a quien emitió la prescripción, a fin de discutir las dudas y los fundamentos de su preocupación. Si el profesional tratante mantiene su posición

invariable, el profesional de enfermería actuará de acuerdo con su criterio: bien sea de conformidad con el profesional o haciendo uso de la objeción de conciencia, dejando siempre constancia escrita de su actuación. **(Ley 911/2004, art.22)**

1.4. Sobre las EPS e IPS

048 Obligaciones de las EPS. En cumplimiento de las obligaciones que como aseguradoras les han sido asignadas a las Entidades Promotoras de Salud, los representantes legales de estas entidades deberán:

1. Establecer las medidas necesarias con las instituciones prestadoras de servicios de salud que componen su red de prestadores para garantizar la prestación de los servicios de salud en forma oportuna, eficiente y con calidad, observando el principio de integralidad, de acuerdo con los lineamientos de la Corte Constitucional.

2. Conformar, los Comité Técnico Científico que le corresponde para cada caso, de acuerdo con lo dispuesto en la sentencia T-760 de 2008, las resoluciones No. 3099 y 3754 de 2008 y demás normas que las adicionen o modifiquen, debiendo remitir en el mismo tiempo la composición de éstos acorde con lo dispuesto en el numeral 4 del capítulo primero del Título II de la Circular Externa No. 047 de 2007 (Circular Única).

   […] Así mismo. las entidades obligadas a compensar (EOC) también tendrán la obligación de conformar los Comités Técnico Científicos como órganos encargados de analizar las solicitudes presentadas por los médicos tratantes para el suministro de medicamentos, actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentran por fuera del Plan Obligatorio de Salud, justificar técnicamente las decisiones adoptadas en tal sentido.

3. Someter al Comité Técnico Científico, a través del médico tratante o del procedimiento que defina la CRES o el CNSSS, la autorización de los servicios de salud que no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (medicamentos, actividades, insumos y procedimientos, entre otros) efectuando los trámites administrativos que le corresponden sin que haya lugar a imponer cargas adicionales a los usuarios de salud, en tal sentido.

[…] 5. Las Entidades Promotoras de Salud que operan en el régimen subsidiado (EPS-S) deberán adicionar al carné de afiliación, la leyenda de identificación «EXENTO DE PAGO», a la población que se encuentra excluida de cancelar valor alguno por cuota moderadora o copago, la cual debe ser visible para que los usuarios puedan acceder a los servicios de salud sin barreras de acceso.

[…] 13. Generar estrategias que permitan el acceso inmediato a los servicios de salud de los sujetos de especial protección como lo son las niños, niñas, adolescentes, tercera edad, mujeres embarazadas, discapacitados, enfermos mentales, de alto costo y demás que sean determinadas en la Constitución o la Ley, para tal fin y divulgarlos por lo menos por dos medios de comunicación masiva, antes del 31 de diciembre de 2008. **(Super. Salud, Circular 47/2007, tit. I, cap. 8)**

049 Obligaciones de las IPS. 1. Generar espacios que permitan el conocimiento de las determinaciones adoptadas por la corte a sus empleados administrativos y a los profesionales de la Salud. 2. Adoptar las medidas administrativas internas dirigidas a evitar las dilaciones o barreras de acceso para la prestación de servicios de salud a los usuarios y/o afiliados de las diferentes Entidades Promotoras de Salud. […] 4. Prestar en forma obligatoria la atención inicial de urgencias que requiera los usuarios de la salud. **(Super. Salud, Circular 47/2007, tit. I, cap. 8)**

1.4.1. Sistema de referencia y contrarreferencia

050 La referencia. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. **(Decreto 4747/2007, art.3)**

051 La contrarreferencia. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. **(Decreto 4747/2007, art.3)**

052 Obligación de crear el proceso de referencia y contrarreferencia. […] Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la aten-

ción durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago. **(Decreto 4747/2007, art.17)**

1.5. Autoridades especializadas

053 Creación de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.[23] El presente decreto tiene por objeto crear la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos con el fin de armonizar las políticas orientadas a la formulación e implementación de planes programas y acciones necesarias para la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. **(Decreto 2968/2010, art. 1)**

1.6. Financiamiento

054 Recursos financieros para inversión en programas de salud sexual y reproductiva. En el tema de salud pública, tiene especial importancia la reducción de la mortalidad infantil y materna; la ampliación de la cobertura de vacunación al 95%, el desarrollo de acciones de educación y salud sexual y reproductiva, acompañada del incremento de la prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa, así como la creación y/o fortalecimiento de servicios diferenciados en salud sexual y reproductiva para adolescentes; de servicios la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino; el mantenimiento de la cobertura de atención institucional del parto; el aumento de la cobertura de terapia antirretroviral; la detención del crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo; […] el mantenimiento de la prevalencia general de infección por VIH por debajo del 1,2% […]Con el compromiso de avanzar en la reducción de las brechas regionales y poblacionales existentes se promoverá, conforme a los lineamientos de focalización definidos en el Conpes Social 100, la priorización de las acciones en salud pública a la población más pobre. **(Ley 1146/2007, art. 5)**

23 NOTA EDITORIAL. Esta comisión se crea mediante el Decreto 2968 de 2010 que en su parte considerativa expone lo siguiente: «… Es necesario generar espacios institucionales orientados a la coordinación de acciones encaminadas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y, su abordaje requiere la participación decidida e integral de diferentes sectores, instituciones y organizaciones, dentro de los cuales se encuentra el sector salud y educación».

055 Recursos para el fortalecimiento de programas de salud sexual y reproductiva. Los recursos de que trata el artículo 1º del presente acuerdo se destinarán al desarrollo de las siguientes componentes de promoción y prevención en Salud Sexual y Reproductiva.

- Fortalecimiento y ampliación de la estrategia integral de movilización social de apoyo a la Promoción y Prevención de SSR, Derechos Convertidos en Hechos, de tal manera que logre un mayor impacto sobre las franjas de población a riesgo y se involucren otros sectores de la sociedad civil, así como otras instituciones y entidades territoriales seleccionadas por su interés y vulnerabilidad. Esta estrategia incluye tanto la campaña en medios masivos como las acciones de capacitación en la oferta y el empoderamiento de la demanda.
- Estímulo a la oferta de métodos efectivos de planificación familiar para los municipios de mayor vulnerabilidad, cofinanciado proyectos interinstitucionales de intervención que canalicen recursos de los diferentes actores del sistema que garanticen:
  - Actividades de educación y consejería sobre los diferentes métodos de planificación familiar, desde la perspectiva de género y respetando los derechos sexuales y reproductivos, dirigidas a hombres, mujeres y parejas en edad fértil, que contribuyan a tomar una decisión informada sobre la regulación de su fecundidad.
  - Servicios clínicos y quirúrgicos (métodos temporales y definitivos) de planificación familiar según riesgo y características de los usuarios (edad, expectativa obstétrica, vulnerabilidad).
  - Respeto al derecho del(a) usuario(a) a otorgar el consentimiento individual informado escrito, para la realización de procedimientos (DIU, Implante Subdérmico, Ligadura de Trompas y Vasectomía).
  - Campañas de tamizaje para detectar de manera temprana el cáncer de seno, cervicouterino, testículo y próstata, a través de acciones oportunas de diagnóstico como es el examen de mama, la citología vaginal.
  - Orientar a mujeres y hombres afectada(o)s hacia servicios de diagnóstico definitivo y definir la manera adecuada y oportuna del tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y mayor expectativa de vida.

Parágrafo. Para la selección de las entidades territoriales objeto de la intervención, se tendrán en consideración criterios de riesgo tales como, mayores índices de necesidades básicas insatisfechas, alta fecundidad, débil capacidad resolutiva en salud sexual y reproductiva y compromiso político territorial. **(CNSSS, Acuerdo 293/2005, art. 2)**

056 Asignación de recursos para programas de salud sexual y reproductiva. La asignación de los recursos para los programas objeto del presente acuerdo se realizará de acuerdo con los siguientes criterios; […] c) Ampliación de Cobertura de las acciones de carácter integral, colectivas e individuales de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención y control de la fecundidad no deseada en grupos de mayor vulnerabilidad y difusión de derechos y deberes de los actores del SGGGS en Salud Sexual y Reproductiva. Los recursos para este programa se asignarán para ampliar la cobertura del Programa aprobado mediante Acuerdo 293 de 2005, el cual se encuentra en ejecución, y fortalecer las acciones de información, educación y movilización social en salud sexual y reproductiva, de conformidad con lo señalado en el documento técnico soporte del presente Acuerdo. **(CNSS, Acuerdo 335/2006, art.1c)**

2. Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes[24]

Principios que integran el bloque de constitucionalidad en relación con los DSR de los adolescentes

- Los Estados tiene la obligación de garantizar el acceso de los adolescentes a la información sobre salud sexual y reproductiva.[25]
- Asimismo, de generar programas de prevención que hagan especial énfasis en las condiciones y particularidades de los adolescentes.[26]
- Además, deben garantizar acceso oportuno y efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.[27]
- Y prevenir la ocurrencia de toda forma de violencia, y atender de manera diferenciada a los adolescentes que hayan sido víctimas de ella.[28]

2.1. Normas generales

2.1.1. Definiciones y principios generales

057 Adolescentes. Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo estableci-

24 NOTA EDITORIAL: Como se mencionó en la introducción, dado que una buena parte de las orientaciones para el sector salud se encuentran en las guías y normas técnicas, se recomienda altamente que los operadores y usuarios de esta compilación, revisen sus contenidos aprovechando que los textos completos están disponibles en la base de datos. En este mismo sentido se recomienda revisar el Plan Decenal de Salud Pública a fin de poder usar esta compilación en perspectiva con las metas definidas en dicho plan. En este y los siguientes capítulos ed orden sustantivo, las guías y normas técnicas se referencian en las notas editoriales.

25 NOTA EDITORIAL: Óp. Cit. Observaciones finales 2010 Párr. 26; Óp. Cit. Observaciones finales. 2007 Párr. 23 NOTA EDITORIAL: Óp. Cit. Recomendación general 24. Párr 31; Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009.

26 NOTA EDITORIAL: Óp. Cit Observación General 4. Párr. 30 y 31.

27 NOTA EDITORIAL: Veáse Óp. Cit Observación General 4. Párr. 30; Convención de los derechos del niño, art. 16; Óp. Cit. Observación General 4. Párr. 39.

28 NOTA EDITORIAL: Óp. Cit. Observación general 4 Párr. 17.

do en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad. **(Ley 1098/2006, art 3)**[29]

058 Protección Integral. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos. **(Ley 1098/2006, art 7)**

059 Interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes. **(Ley 1098/2006, art 8)**

060 Atención Preferente. El Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal a menores de seis (6) años, de seis (6) a menores de catorce (14) años y de catorce (14) a menores de dieciocho (18) años.

La Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces definirá y actualizará esta parte especial y diferenciada cada dos años, que contemple prestaciones de servicios de salud para los niños, niñas y adolescentes, garantice la promoción, la efectiva prevención, detección temprana y tratamientos adecuados de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y sicológico de derechos vulnerados y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad, teniendo en cuenta sus ciclos vitales, el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad. **(Ley 1438/2011, art 17)**

061 Trato digno a los usuarios. En el trato al usuario, se aplica prioritariamente la valoración al individuo, el respeto, la cordialidad, la orientación y co-

29 NOTA EDITORIAL: La Organización Mundial de la Salud/OMS entiende que son adolescentes todas las personas entre los 10 y los 19 años.

municación permanente y el trato humanizado en general. Es necesario advertir que por mandato constitucional y legal, se debe brindar atención preferencial a los niños, niñas y adolescentes y al adulto mayor. **(Super. Salud Circular 049/2008, art 1.3, Titulo VII, Capítulo I)**

062 Prioridad de los niños, niñas y adolescentes en la atención de urgencias. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado deberán establecer y exigir en su red prestadora de servicios un protocolo para la atención de urgencias médicas, encaminado a fijar prioridades así como a exigir efectividad, calidad y rapidez en la atención de sus usuarios en especial a los niños, niñas y adolescentes. Para estos efectos deberán instruir a todo su personal administrativo y médico **(Super. Salud Circular 052/2008, art 3, Título IV, Capítulo I)**

063. Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes. [Para efectos de la presente ley] se entiende por violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor. **(Ley 1146/2007, art 2)**

2.1.2. Derechos de los Adolescentes y deberes del Estado

064 Derechos de protección de los niños, niñas y adolescentes. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:

[…]

4. La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad.

[…]

14. El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, o la exposición durante la gestación a alcohol o cualquier tipo de sustancia psicoactiva que pueda afectar su desarrollo físico, mental o su expectativa de vida. […]

18. La transmisión del VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual.

19. Cualquier otro acto que amenace o vulnere sus derechos. **(Ley 1098/2006, art 20)**

065 Obligación del Estado de afiliar a los niños, niñas y adolescentes al Sistema de Seguridad Social en Salud. Garantizar que los niños, las niñas y los adolescentes tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna. Este derecho se hará efectivo mediante afiliación inmediata del recién nacido a uno de los regímenes de ley. **(Ley 1098/2006, art 41, numeral 3)**

066. Obligación de atender de manera gratuita a niños, niñas y adolescentes no afiliados. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores. **(Ley 1098/2006, art 27)**

067 Obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud frente a los niños, niñas y adolescentes.[30] Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:

[…]

3. Diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre-hijo.

4. Disponer lo necesario para garantizar tanto la prueba VIH/SIDA como el seguimiento y tratamiento requeridos para el recién nacido.

[…]

30 NOTA EDITORIAL: la potestad de denunciar la violencia causada a los adultos está consignada en el artículo 218 del Codigo de Procedimiento Penal (ley 906 de 2004). Leída esta norma junto con el artículo 417 del Código Penal (ley 599 de 2000), que establece el delito de omisión de denuncia, puede concluirse que los profesionales de la salud deben denunciar los actos de violencia cometidos contra personas adultas

5. Garantizar la actuación inmediata del personal médico y administrativo cuando un niño, niña o adolescente se encuentre hospitalizado o requiera tratamiento o intervención quirúrgica y exista peligro inminente para su vida; carezca de representante legal o este se encuentre en situación que le impida dar su consentimiento de manera oportuna o no autorice por razones personales, culturales, de credo o sea negligente; en atención al interés superior del niño, niña o adolescente o a la prevalencia de sus derechos.

6. Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva.

7. Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes.

[…]

9. Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima.

10. Diseñar y ofrecer programas encaminados a educar a los niños, las niñas y los adolescentes, a los miembros de la familia y a la comunidad en general en prácticas de higiene y sanidad; en el manejo de residuos sólidos, el reciclaje de basuras y la protección del ambiente. […] **(Ley 1098/2006, art 46)**

2.2. Educación sexual

068 Objetivos comunes de todos los niveles de educación. Es objetivo primordial de todos y cada uno de los niveles educativos el desarrollo integral de los educandos mediante acciones estructuradas encaminadas a:

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 **(Ley 115/1994 art 13, literal d)**

069 Enseñanza obligatoria de educación sexual. En todos los establecimientos oficiales o privados que ofrezcan educación formal es obligatoria en los niveles de la educación preescolar, básica y media cumplir con:

e) La educación sexual, impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad. **(Ley 1029/2006, art1, literal e)**

070 Cátedra de educación para la sexualidad. Los establecimientos de educación media y superior deberán incluir en sus programas de estudio, con el propósito de coadyuvar a la prevención de las conductas de que trata la presente ley, una cátedra de educación para la sexualidad, donde se hará especial énfasis en el respeto a la dignidad y a los derechos del menor. **(Ley 1146/2007, art 14)**

071 Acreditación de docentes para la cátedra de salud sexual y reproductiva. Los docentes que tengan a su cargo el programa en educación para la sexualidad y salud sexual y reproductiva en los establecimientos oficiales y privados, deberán ser profesionales idóneos, capacitados en ese campo de manera que posibiliten la detección y manejo de cualquier caso de abuso sexual de sus estudiantes.

Tales docentes deberán acreditar su perfil de conformidad con las disposiciones y directivas emanadas del Ministerio de Educación Nacional. **(Ley 1146/2007, art 13)**

072 Educación para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Es aquella orientada a formar personas capaces de reconocerse como sujetos activos titulares de derechos humanos, sexuales y reproductivos con la cual desarrollarán competencias para relacionarse consigo mismo y con los demás, con criterios de respeto por sí mismo, por el otro y por el entorno, con el fin de poder alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social que les posibilite tomar decisiones asertivas, informadas y autónomas para ejercer una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana en torno a la construcción de su proyecto de vida y a la transformación de las dinámicas sociales, hacia el establecimiento de relaciones más justas, democráticas y responsables. **(Ley 1620/2013, art 2)**

073 Fortalecimiento educación sexual para prevenir el embarazo adolescente. El Ministerio de la Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y el Ministerio de Educación, diseñarán nuevos programas y fortalecerán las estrategias existentes en los colegios, referentes a educación sexual, a fin de prevenir la progenitura prematura, y el consumo de alcohol en los menores de edad. **(Ley 1385/2010, art 6)**

074 Evaluación de los programas de educación sexual por el Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual. El Comité tendrá las siguientes funciones

Evaluar los programas de educación en salud sexual y reproductiva dirigida a niños, niñas y adolescentes para lo cual solicitará al Ministerio de Educación Nacional sean tomados en cuenta sus conceptos, estudios y propuestas, a fin de garantizar la prevención de la violencia sexual a niños, niñas y adolescentes. **(Ley 1146/2007, art 5, numeral 5)**

075 Identificación del abuso sexual. Los establecimientos educativos oficiales y privados, que ofrezcan educación formal en los niveles de básica y media, deberán incluir elementos que contribuyan a la identificación temprana, prevención, autoprotección, detección y denuncia del abuso sexual de que puedan ser víctima, los educandos, dentro y fuera de los establecimientos educativos. **(Ley 1146/2007, art 11)**

076 Obligación del docente de denunciar la violencia o abuso sexual. El docente está obligado a denunciar ante las autoridades administrativas y judiciales competentes, toda conducta o indicio de violencia o abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes del que tenga conocimiento. **(Ley 1146/2007, art 12)**

077 Explicación inadecuada en materia de educación sexual. *Cuando el docente imparte una explicación inadecuada a sus estudiantes en materia de educación sexual vulnera los derechos a la educación, la intimidad, la identidad y dignidad humana. En tales circunstancias las autoridades competentes (Ministerio de educación, defensoría del pueblo, los padres y el personal docente y administrativo del colegio) deberán intervenir para aminorar los efectos producidos por la explicación inapropiada a través de una labor pedagógica.* **(Corte Constitucional, T-293/2008)**

078 Violación del derecho a la dignidad por señalamientos en relación con la sexualidad. *Cuando una institución educativa realice señalamientos y censura pública sobre la exploración individual de la sexualidad por parte de un niño, niña o adolescente, hay violación del derecho a la dignidad. En las mencionadas circunstancias:*

1. *El representante legal de la institución debe advertir a las directivas y profesores para que se abstengan de hacer señalamientos públicos en relación con hechos censurables o inapropiados en que estén involucrados los estudiantes*

2. *Se debe poner en conocimiento de las autoridades administrativas encargadas de la inspección y vigilancia de la prestación del servicio público de educación, con el fin de que supervise y oriente el proceso educativo que la institución adelanta, y de otro lado, para que, si dicha autoridad lo encuentra procedente, se inicien las investigaciones de rigor y*

se impongan los correctivos que sean del caso **(Corte Constitucional, T-220/2004)**

079 Violación del derecho a la intimidad por divulgar información relativa a la sexualidad de un niño, niña o adolescente. *Cuando una institución educativa divulgue circunstancias que pertenecen exclusivamente al ámbito privado de la sexualidad del menor, hay violación del derecho a la intimidad. En las mencionadas circunstancias:*

1. *El representante legal de la institución debe advertir a las directivas y profesores para que se abstengan de hacer señalamientos públicos en relación con hechos censurables o inapropiados en que estén involucrados los estudiantes.*

2. *Se debe poner en conocimiento de las autoridades administrativas encargadas de la inspección y vigilancia de la prestación del servicio público de educación, con el fin de que supervise y oriente el proceso educativo que la institución adelanta, y de otro lado, para que, si dicha autoridad lo encuentra procedente, se inicien las investigaciones de rigor y se impongan los correctivos que sean del caso.* **(Corte Constitucional, T-220/2004)**

080 Violación del derecho al buen nombre por intervenciones relacionadas con la sexualidad de un niño, niña o adolescente*. Cuando una institución educativa realice comentarios o intervenciones que permitan que se active un control social informal sobre la personalidad y sexualidad de un niño, niña o adolescente, hay violación del derecho al buen nombre**.** En las mencionadas circunstancias:*

1. *El representante legal de la institución debe advertir a las directivas y profesores para que se abstengan de hacer señalamientos públicos en relación con hechos censurables o inapropiados en que estén involucrados los estudiantes*

2. *Se debe poner en conocimiento de las autoridades administrativas encargadas de la inspección y vigilancia de la prestación del servicio público de educación, con el fin de que supervise y oriente el proceso educativo que la institución adelanta, y de otro lado, para que, si dicha autoridad lo encuentra procedente, se inicien las investigaciones de rigor y se impongan los correctivos que sean del caso* **(Corte Constitucional, T-220/2004)**

081 Violación del derecho a la educación por no implementar programas de educación sexual. *Cuando la institución educativa no implementa una respuesta pedagógica en materia de educación sexual en la*

resolución de las faltas disciplinarias en perjuicio de la autonomía del menor, hay violación del derecho a la educación y a recibir una educación sexual de conformidad con los lineamientos de la política pública actual en la materia. En las mencionadas circunstancias:

1. *El representante legal de la institución debe advertir a las directivas y profesores para que se abstengan de hacer señalamientos públicos en relación con hechos censurables o inapropiados en que estén involucrados los estudiantes*

2. *Se debe poner en conocimiento de las autoridades administrativas encargadas de la inspección y vigilancia de la prestación del servicio público de educación, con el fin de que supervise y oriente el proceso educativo que la institución adelanta, y de otro lado, para que, si dicha autoridad lo encuentra procedente, se inicien las investigaciones de rigor y se impongan los correctivos que sean del caso.* **(Corte Constitucional, T-220/2004)**

2.3. Consentimiento[31]

082 Presunción de capacidad. Toda persona es legalmente capaz, excepto aquéllas que la ley declara incapaces. **(Código Civil, art 1503)**

083 Incapacidad relativa de los menores adultos. […] Son también incapaces los menores adultos […]. Pero la incapacidad de estas personas no es absoluta y sus actos pueden tener valor en ciertas circunstancias y bajo ciertos respectos determinados por las leyes. **(Código Civil, art 1504)**

084 Evolución de las facultades del niño, niña y adolescente. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño **(Convención de los derechos del niño, art 12, núm. 1, adoptada por medio de la Ley 12/1991)**

085 Patria Potestad. La patria potestad es el conjunto de derechos que la ley reconoce a los padres sobre sus hijos no emancipados, para facilitar a aquéllos el cumplimiento de los deberes que su calidad les impone. **(Código Civil, art 288)**

31 NOTA EDITORIAL: en el tema del consentimiento de adolescentes existen diversas normas de distinta jerarquía que no regulan la materia en el mismo sentido *Véase: Manuel José Cepeda Espinosa y Juanita Durán Vélez «Consentimiento informado en menores de edad en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva», Programa de políticas públicas, derecho constitucional y regulación. Facultad de Derecho. Universidad de los Andes. (Manuscrito).*

086 Capacidad para contraer matrimonio. El matrimonio es nulo y sin efecto en los casos siguientes: […]

2) Cuando se ha contraído entre un varón menor de catorce años, y una mujer menor de catorce, o cuando cualquiera de los dos sea respectivamente menor de aquella edad. **(Código Civil, art 140)**

087 Derechos y deberes de los padres. Los Estados Partes respetarán los derechos y deberes de los padres y, en su caso, de los representantes legales, de guiar al niño en el ejercicio de su derecho de modo conforme a la evolución de sus facultades **(Convención de los derechos del niño, art 14, núm. 2, adoptada por medio de la Ley 12/1991)**

088 Intervención quirúrgica en niños, niñas y adolescentes. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata. **(Ley 23/1981, art 14)**

089 Casos de garantía de actuación inmediata a niños, niñas y adolecentes. Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:

6. Garantizar la actuación inmediata del personal médico y administrativo cuando un niño, niña o adolescente se encuentre hospitalizado o requiera tratamiento o intervención quirúrgica y exista peligro inminente para su vida; carezca de representante legal o este se encuentre en situación que le impida dar su consentimiento de manera oportuna o no autorice por razones personales, culturales, de credo o sea negligente; en atención al interés superior del niño, niña o adolescente o a la prevalencia de sus derechos. **(Ley 1098/2006, art 46, numeral 6)**

090 Participación en la toma de decisiones. Se deben establecer mecanismos para que los adolescentes participen activamente en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades destinadas a promover y mantener su salud. **(Min. Salud, Resolución 412/2000, art. 9, Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven, numeral 4)**[32]

091 Manejo Ético y Confidencial de la Información. La atención del adolescente debe garantizar el manejo confidencial de la información y el libre

32 NOTA EDITORIAL: La norma técnica fue adoptada a través de la resolución 412/2000 y hace parte integral de la misma.

acceso a los servicios de salud sin condicionamientos o conocimiento expreso de los padres o acudientes **(Min. Salud, Resolución 412/2000, art. 9, Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven, numeral 4)**[33]

092 Revelación del secreto profesional. Por razones de carácter sanitario, el médico tratante, teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia podrá hacer la revelación del secreto profesional a:

c. Los responsables de la persona infectada cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces. **(Decreto 1543/1997, art 34, literal c)**

093 Capacidad del menor adulto para otorgar consentimiento para el acceso a métodos temporales de planificación familiar Conociendo las implicaciones que para la salud de la mujer menor adolescente (14 a 18 años), tendría un embarazo no deseado y que existen los métodos para prevenirlo, la mujer en el ejercicio de su autonomía en desarrollo, podrá tomar decisiones sobre métodos de planificación familiar no definitivos. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008 Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, numeral 5.6.3)**[34]

094 Elementos del consentimiento del paciente niño, niña o adolescente. *Los límites a la facultad de los padres de decidir los tratamientos médicos a los que serán sometidos sus hijos menores de edad resultan de la ponderación de tres elementos centrales:*

- «De un lado, la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor».
- De otro lado, la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño. Así la doctrina ha establecido una distinción, que esta Corporación ha aceptado, entre intervenciones médicas ordinarias, que no afectan el curso cotidiano de la vida del paciente, e intervenciones extraordinarias, que se caracterizan porque es «notorio el carácter invasivo y agobiante del tratamiento médico en el ámbito de la autonomía personal», de suerte que se afecta «de manera sustancial el principio de autodeterminación personal».Esto incluye obviamente una ponderación de los posibles efectos irreversibles de ciertas inter-

33 NOTA EDITORIAL: La norma técnica fue adoptada a través de la resolución 412/2000 y hace parte integral de la misma.
34 NOTA EDITORIAL: La norma técnica fue adoptada a través de la resolución 769/2008 y hace parte integral de la misma.

venciones médicas, por cuanto los tratamientos que tienen tal carácter predeterminan, en muchos aspectos, la vida futura del menor.

- Y, finalmente, la edad misma del menor, puesto que no es igual la situación de un recién nacido y la de un adolescente que está a punto de llegar a la mayoría de edad.» (Se omitieron las notas de pie de página del original) **(Corte Constitucional, T- 477/1995)**

095 Límite a la capacidad de los padres de decidir por sus hijos. Las decisiones de los padres sobre los hijos en materia de salud, cuando estos carecen de condiciones para decidir, no pueden llevar a su muerte. **(Corte Constitucional, T-411/1994)**

096 Consentimiento de niños, niñas y adolescentes en casos de trasfusiones sanguíneas. *Si bien una trasfusión de sangre es una intervención sobre la cual una persona que se acerca a los 18 años puede tomar una decisión, si dicha trasfusión hace la diferencia entre la supervivencia o la muerte de la persona, debe prevalecer la opinión del padre que favorece la supervivencia de la persona.* **(Corte Constitucional, T-474/1996)**

097 Consentimiento de los padres en casos de tratamientos de remodelación genital. «Para que el consentimiento de los padres sea constitucionalmente legítimo debe ser informado, formal, actual (persistente) y cualificado, así mismo concluye que es válido el consentimiento paterno para autorizar procedimientos de remodelación genital en menores de 5 años, siempre que se cumplan los anteriores requisitos.»

Consentimiento calificado implica que «los padres solo pueden tomar la decisión después de haber comprendido las posibilidades, límites y riesgos de los actuales tratamientos, lo cual implica el correspondiente deber médico de procurarles una información depurada sobre el actual debate suscitado por esas intervenciones»

Que sea persistente significa que se da por etapas, pues no basta que la autorización sea dada en una sola ocasión, sino que se requiere que el permiso sea reiterado para que la decisión tomada sea meditada y sólida.» **(Corte Constitucional, T-551/1999)**

098 Consentimiento para la IVE en caso de niñas y adolescentes. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la Sentencia C-355 de 2006 para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, por tal razón deben:

Tomar las medidas conducentes a evitar que el personal médico, asistencial y/o administrativo, exija documentos o requisitos adicionales a los establecidos en la Sentencia C-355 de 2006 para la práctica del procedimiento de IVE. Entre las actuaciones prohibidas, se pueden enunciar las siguientes**:**

Exigir a las adolescentes menores de 14 años en estado de gravidez, el consentimiento de sus representantes legales para acceder a los servicios de IVE. **(Super. Salud Circular 003/2013)**

099 Prohibición de obstáculos para práctica de la IVE en caso de niñas y adolescentes. «Está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C-355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos. Entre las barreras inadmisibles se encuentran, entre otras:

[…] · Impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción.» **(Corte Constitucional, T-388/2009)**

2.4. Prevención y promoción

2.4.1. General

100 Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Créase el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, cuyos objetivos serán cumplidos a través de la promoción, orientación y coordinación de estrategias, programas y actividades, en el marco de la corresponsabilidad de los individuos, las instituciones educativas, la familia, la sociedad y el Estado.

Este Sistema reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, y a la comunidad educativa en los niveles de preescolar, básica y media como la responsable de formar para el ejercicio de los mismos, conforme a lo dispuesto en la Constitución Política Nacional, las Leyes **115** de 1994 y **1098** de 2006, las disposiciones del Consejo Nacional de Política Social y demás normas asociadas a violencia escolar, que plantean demandas específicas al sistema escolar. **(Ley 1620/2013, art3)**

101 Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar. La Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar define los procesos y los protocolos que deberán seguir las entidades e instituciones que conforman el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, en todos los casos en que se vea afectada la convivencia escolar y los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los estudiantes de las instituciones educativas, articulando una oferta de servicio ágil, integral y complementario.

En cumplimiento de las funciones señaladas en cada uno de los niveles, las instituciones y entidades que conforman el Sistema deben garantizar la atención inmediata y pertinente de los casos de violencia escolar, acoso o vulneración de derechos sexuales y reproductivos que se presenten en los establecimientos educativos o en sus alrededores y que involucren a niños, niñas y adolescentes de los niveles de educación preescolar, básica y media, así como de casos de embarazo en adolescentes.**(Ley 1620/2013, art 29)**

102 Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar. Se crea el Sistema de información unificado de Convivencia Escolar en el marco del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, para la identificación, registro y seguimiento de los casos de acoso, violencia escolar y de vulneración de derechos sexuales y reproductivos que afecten a los niños, niñas y adolescentes de los establecimientos educativos. Este sistema garantizará el derecho a la intimidad y la confidencialidad de las personas involucradas, de acuerdo con los parámetros de protección fijados en la Ley Estatutaria 1266 de 2008.

Las estadísticas e informes que reporte el Sistema de Información junto con los datos de encuestas e investigaciones de otras fuentes servirán de base para la toma de decisiones y para la reorientación de estrategias y programas que fomenten la convivencia escolar y la formación para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes.

La estructura del Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar deberá permitir al Comité Nacional de Convivencia Escolar y a los comités municipales, distritales y departamentales de convivencia escolar, contar con información e indicadores de los casos de acoso escolar, violencia escolar y de vulneración de derechos sexuales y reproductivos que afecten a los niños, niñas y adolescentes de los establecimientos educativos, como insumo para la orientación de sus políticas y estrategias.

El Sistema de información unificado de convivencia escolar actuará de manera articulada con el Sistema de Información Misional –SIM– del Instituto Colombiano

de Bienestar Familiar, con los sistemas de información del Sector Salud que sean pertinentes y Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el objetivo de consolidar información que permita identificar las acciones conjuntas y las específicas adelantadas por parte de cada una de las entidades del Sistema frente a cada caso reportado en el mismo, a favor de la protección de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes. **(Ley 1620/2013, art 28)**

103 Obligaciones del Ministerio de Salud y la Protección social en el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la Prevención y mitigación de la Violencia Escolar. En el marco del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, el Ministerio, en su carácter de coordinador del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será el encargado de:

1. Garantizar que las entidades prestadoras de salud, en el marco de la ruta de atención integral, sean el enlace con el personal especializado de los establecimientos educativos, de que trata el artículo **31** de la presente ley. Estos equipos conformados por la EPS y el establecimiento educativo acompañarán aquellos estudiantes que han sido víctimas así como a sus victimarios y harán trabajo social con sus respectivas familias. El acompañamiento se prestará de conformidad con la reglamentación que para tal fin expidan los Ministerios de Salud y de Educación Nacional.

2. Ejecutar, en coordinación con las secretarías de educación certificadas, las acciones de promoción de salud sexual y reproductiva y de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual, a través de los proyectos que adelanten los establecimientos educativos.

3. Reportar, a través de las instituciones prestadoras de salud y las entidades promotoras de salud, al Sistema Unificado de Información de que trata el artículo **28** de esta ley, aquellos casos de maltrato, violencia escolar o vulneración de derechos sexuales y reproductivos, que sean atendidos por cualquiera de estas y bajo cualquier forma o circunstancia.

   Para estos efectos el Ministerio de Salud reglamentará con el apoyo del Comité Nacional de Convivencia Escolar y del Ministerio de Educación Nacional la tipificación de estos eventos, los protocolos respectivos, la información a reportar y los tiempos para dicho reporte. Las IPS, EPS y las IE garantizarán el derecho a la intimidad y la confidencialidad de las personas involucradas.

4. Establecer en conjunto con el MEN la reglamentación necesaria para que las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen

subsidiado y las instituciones prestadoras de servicios de salud, diseñen e implementen estrategias que puedan ser verificables de manera cuantitativa y cualitativa, para el desarrollo de los servicios de atención integral a los niños, niñas y adolescentes desde el primer control médico periódico y a lo largo de todo el ciclo educativo, así como la atención prioritaria y el inicio del control prenatal para la estudiante embarazada, de conformidad con los parámetros establecidos en la presente ley. **(Ley 1620/2013, art 23)**

104 Capacitación de funcionarios como medida de prevención. El Estado en coordinación con la sociedad civil, implementará gradual y progresivamente las siguientes medidas de prevención, protección, promoción y sanción, tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país:

Medidas de prevención:

1. Capacitar a funcionarios en general y especialmente a aquellos con funciones de atención al público en trato no discriminatorio y reconocimiento de las y los jóvenes como personas sujetos de derechos y deberes. **(Ley 1622/2013, art 8, numeral 1)**

105 Políticas para el pleno disfrute de la Salud Sexual y Reproductiva. El Estado en coordinación con la sociedad civil, implementará gradual y progresivamente las siguientes medidas de prevención, protección, promoción y sanción, tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país:

Medidas de prevención:

4. Los y las jóvenes tiene derecho al pleno disfrute de su salud sexual y reproductiva, por lo que el Estado creará políticas de prevención, formación e información con enfoque diferencial y de responsabilidad. **(Ley 1622/2013, art 8, numeral 4)**

2.4.2. Embarazo Adolescente

106 Permanencia en el sistema educativo. El Estado en coordinación con la sociedad civil, implementará gradual y progresivamente las siguientes medidas de prevención, protección, promoción y sanción, tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes

realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país:

Medidas de protección**.**

1. Garantizar la permanencia en el sistema educativo de jóvenes en estado de embarazo, jóvenes portadores de VIH SIDA. **(Ley 1622/2013, art 8, medidas de protección, numeral 1)**

107 Desarrollo de programas para la prevención del embarazo adolescente. Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:

8. Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes **(Ley 1098/2006, art 46, numeral 8)**

108 Prevención del embarazo adolescente. Declárase como «Día Nacional de la Prevención del Embarazo en Adolescentes» el 26 de septiembre de cada año. **(Decreto 3705/2007, art 1)**

109 Separación del hijo de la madre adolescente. *En los casos de madres adolescentes, se aplica la regla general sobre separación de los hijos de su núcleo familiar: esta medida solamente puede adoptarse cuando existan razones imperiosas y determinantes en función del interés superior de estos hijos cuando son menores. La madre adolescente, sin embargo, se distingue de la que no lo es, en cuanto a que ella misma puede ser sujeto de medidas de protección para garantizar su interés superior.* **(Corte Constitucional T-068/2011)**

110 Presunción de inconstitucionalidad de las medidas adoptadas por los colegios que den un trato diferenciado a las adolescentes embarazadas. «Las medidas adoptadas por los colegios frente a las estudiantes en estado de gravidez se consideran, en principio, inconstitucionales y deben ser inaplicadas, salvo que se logre demostrar que tales medidas obedecen a la necesidad de hacer efectivo un fin constitucional imperioso de mayor peso que los derechos a la igualdad, intimidad, libre desarrollo y educación de la alumna a quien se imponen». **(Corte Constitucional, T-656/1998)**

111 Discriminación de las adolescentes embarazadas. *Constituyen hechos discriminatorios todos aquellos que tengan por finalidad someter a una alumna embarazada a un tratamiento educativo distinto al de sus compañeros, limitarle la asistencia a las aulas o excluirla del plantel educativo, sin una justificación constitucional legítima. La adopción de cualquiera de tales medidas por*

parte de colegios, universidades o instituciones similares, implica la vulneración de los derechos fundamentales a la educación, a la igualdad, al libre desarrollo de la personalidad y, en general, a la dignidad humana. Frente a tales circunstancias debe reintegrarse a la estudiante. **(Corte Constitucional, T-393/2009)**

2.4.3. Interrupción voluntaria del embarazo IVE

112 Presunción de violencia sexual en el caso de menores de 14 años. «Las menores de catorce (14) años que se encuentren en estado de embarazo no necesitan presentar la denuncia de abuso sexual para tener derecho a solicitar la práctica de una IVE, pues en su caso, la exhibición de la denuncia se torna en una mera formalidad y la falta de la misma no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo, si la mujer solicita que se le practique el aborto.» **(Corte Constitucional, T-209/2008)**

113 Protección de identidad de niños, niñas y adolescentes que solicitan amparo de derecho fundamental a la IVE. *Los jueces de tutela deberán en todo caso reservar en sus sentencias la identidad de las mujeres –incluidas las niñas– que solicitan el amparo su derecho fundamental a la IVE, sin importar si el amparo es finalmente concedido o negado.* **(Corte Constitucional, T-841/2011)**

2.4.4. Explotación, violencia y tráfico sexual de menores

114 Funciones del Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual. El Comité tendrá las siguientes funciones:

1. Actuar como órgano consultor y asesor, encargado de formular políticas y programas de las entidades responsables y relacionadas con la prevención de la violencia sexual y la atención integral del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes.

2. Evaluar semestralmente la situación del abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, en el territorio nacional, a fin de realizar un diagnóstico claro del problema.

3. Recomendar la adopción de medidas que permitan la coordinación interinstitucional e intersectorial, con el fin de garantizar la detección, la prevención de la violencia sexual en todos los niveles y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

4. Proponer acciones conjuntas para la sensibilización y capacitación de las entidades y de la sociedad respecto de la prevención y denuncia de los casos de abuso sexual de niños, niñas y adolescentes.

5. Evaluar los programas de educación en salud sexual y reproductiva dirigida a niños, niñas y adolescentes para lo cual solicitará al Ministerio de Educación Nacional sean tomados en cuenta sus conceptos, estudios y propuestas, a fin de garantizar la prevención de la violencia sexual a niños, niñas y adolescentes.

6. Proponer y gestionar con el Ministerio de la Protección Social, lo relativo a la vigilancia epidemiológica del abuso sexual.

7. Hacer recomendaciones sobre el contenido del material de apoyo empleado por los programas en salud sexual y reproductiva dirigida a niños, niñas y adolescentes.

8. Hacer recomendaciones sobre el contenido de la Cátedra de Educación para la Sexualidad que se impartirá en las facultades de ciencias sociales, de la salud y de la educación, que oriente hacia el cuidado, la prevención y la detección del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes.

9. Presentar semestralmente ante las Comisiones Séptimas del Senado de la República y la Cámara de Representantes, un informe acerca de las acciones adelantadas en torno al objeto de la presente ley y los resultados de las mismas.

10. El Comité se dará su propia organización y agenda de trabajo anual. Como mínimo constituirá subcomités de atención, prevención y comunicación.

Los conceptos requeridos al Comité por el Gobierno Nacional, deberán ser rendidos dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de su solicitud, so pena de constituirse en causal de mala conducta para el funcionario que omita rendir los informes en los términos establecidos en el presente artículo. (Ley 1146/2007, art 5)

Los Consejos de Política Social y los Subcomités de Infancia y Familia, sin perjuicio de sus competencias, implementarán las directrices y recomendaciones impartidas por el Comité, en sus respectivos territorios. **(Ley 1146/2007, art 5, parágrafo)**

115 Visibilidad de Violencia Sexual. El Gobierno Nacional de manera conjunta con el Instituto Nacional de Radio y Televisión, promoverá la adopción de sistemas de autorregulación eficaces tendientes a motivar a los proveedores y usuarios de los servicios de comunicación en cuanto a la visibilidad de la violencia sexual, la promoción de derechos y relaciones equitativas entre los suje-

tos y la prevención del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes mediante el diseño de estrategias tendientes a:

1. Sensibilizar, orientar y concienciar acerca de la existencia del abuso sexual a niños, niñas y adolescentes y sus consecuencias.
2. Aportar herramientas a los niños, niñas y adolescentes que les faciliten su protección, defensa, detección tendientes a evitar el abuso sexual.
3. Dar a conocer de manera eficaz y pedagógica a los niños, niñas, adolescentes y adultos, las autoridades e instituciones a las cuales dirigirse en procura de ayuda.
4. Enseñar a los niños, niñas y adolescentes y a la ciudadanía en general su derecho a la atención gratuita en salud en los casos de ser objetos de abuso sexual. **(Ley 1146/2007, art 8)**

116 Capacitación a funcionarios para la detección de la violencia sexual. Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes

10. Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima**. (Ley 1098/2006, art 46, numeral 10)**

117 Comisarios de Familia. Corresponde al comisario de familia:

1. Garantizar, proteger, restablecer y reparar los derechos de los miembros de la familia conculcados por situaciones de violencia intrafamiliar.
2. Atender y orientar a los niños, las niñas y los adolescentes y demás miembros del grupo familiar en el ejercicio y restablecimiento de sus derechos.
3. Recibir denuncias y adoptar las medidas de emergencia y de protección necesarias en casos de delitos contra los niños, las niñas y los adolescentes.
4. Recibir denuncias y tomar las medidas de protección en casos de violencia intrafamiliar.
5. Definir provisionalmente sobre la custodia y cuidado personal, la cuota de alimentos y la reglamentación de visitas, la suspensión de la vida en común de los cónyuges o compañeros permanentes y fijar las cau-

ciones de comportamiento conyugal, en las situaciones de violencia intrafamiliar.

6. Practicar rescates para conjurar las situaciones de peligro en que pueda encontrarse un niño, niña o adolescente, cuando la urgencia del caso lo demande.

7. Desarrollar programas de prevención en materia de violencia intrafamiliar y delitos sexuales.

8. Adoptar las medidas de restablecimiento de derechos en los casos de maltrato infantil y denunciar el delito.

9. Aplicar las medidas policivas que correspondan en casos de conflictos familiares, conforme a las atribuciones que les confieran los Concejos Municipales **(Ley 1098/2006, art 86)**

118 Sensibilización sobre el problema de la prostitución, la pornografía y el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes. Las autoridades de los distintos niveles territoriales y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, implementarán acciones de sensibilización pública sobre el problema de la prostitución, la pornografía y el abuso sexual de menores de edad. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Educación, supervisará las medidas que a este respecto sean dictadas por las autoridades departamentales, distritales y municipales.

Parágrafo 1. Por medidas de sensibilización pública se entiende todo programa, campaña o plan tendiente a informar por cualquier medio sobre el problema de la prostitución, la pornografía con menores de edad y el abuso sexual de menores de edad; sobre sus causas y efectos físicos y psicológicos y sobre la responsabilidad del Estado y de la sociedad en su prevención.

Parágrafo 2. La Procuraduría General de la Nación, a través de la Delegada para la Defensa de la Familia y el Menor y de los Procuradores Judiciales hará el seguimiento y el control respectivo. **(Ley 679/2001, art 12)**

2.4.5. Enfermedades de Trasmisión sexual

119 Permanencia de los adolescentes con diagnóstico de VIH en el sistema educativo. El Estado en coordinación con la sociedad civil, implementará gradual y progresivamente las siguientes medidas de prevención, protección, promoción y sanción, tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes realizar su proyecto de

vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país:

Medidas de protección:

1. Garantizar la permanencia en el sistema educativo de jóvenes en estado de embarazo, jóvenes portadores de VIH SIDA. **(Ley 1622/2013, art 8)**

2.4.6. Anticoncepción

120 Campañas educativas anticoncepción. El Estado en coordinación con la sociedad civil, implementará gradual y progresivamente las siguientes medidas de prevención, protección, promoción y sanción, tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país:

Medidas de prevención: […]

3. Generar campañas educativas de planificación familiar dirigidas a hombres y mujeres jóvenes **(Ley 1622/2013, art 8)**

121 Tubectomía en casos de mujeres en situación de discapacidad cognitiva. *No puede realizarse ninguna tubectomía en mujeres en situación de discapacidad cognitiva, sean ellas menores o mayores de edad, sin autorización judicial, salvo que se trate de una situación de urgencia o imperiosa necesidad. En ningún caso compete dar la autorización al ICBF.* **(Corte Constitucional, T-248/2003)**

2.5. Atención Médica-POS

2.5.1. General

122 Acceso gratuito a servicios de salud sexual y reproductiva. Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes: […]

7. Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva. **(Ley 1098/2006, art 46)**

123 Garantía de la prestación del servicio en el marco de la ruta de atención integral del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. En el marco del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, el Ministerio, en su carácter de coordinador del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será el encargado de:

1. Garantizar que las entidades prestadoras de salud, en el marco de la ruta de atención integral, sean el enlace con el personal especializado de los establecimientos educativos, de que trata el **artículo 31** de la presente ley. Estos equipos conformados por la EPS y el establecimiento educativo acompañarán aquellos estudiantes que han sido víctimas así como a sus victimarios y harán trabajo social con sus respectivas familias. El acompañamiento se prestará de conformidad con la reglamentación que para tal fin expidan los Ministerios de Salud y de Educación Nacional. **(Ley 1620/2013, art 23)**

124 Atención a la Salud Mental en el marco de la ruta de atención integral del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. La atención en Salud Mental a los niños, niñas, adolescentes y las familias afectadas por la violencia escolar o vulneración de derechos sexuales y reproductivos será prioritaria con base en el Plan Obligatorio de Salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**(Ley 1620/2013, art 33)**

2.5.2. Embarazo Adolescente

125 Detección temprana de las alteraciones del embarazo. Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)

b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)

c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo

d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)

e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino

f. Detección temprana del cáncer de seno

g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual **(Min. Salud, Resolución 412/2000, art 9)**

126 Atención embarazo de adolescentes entre 6-14 años. En el Plan Obligatorio de Salud vigente se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud, ambulatorias y de internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Así mismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud vigente para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en Salud Pública, acorde a las normas técnicas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución número 412 de 2000 y modificada por la Resolución número 3384 de 2000.

Se cubre el acceso directo a la especialidad de obstetricia, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia. **(CRES, Acuerdo 31/2012, literal B, numeral 1)**

127 Atención embarazo de adolescentes entre 14- 18 años. En el Plan Obligatorio de Salud vigente se encuentra cubierta la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud, ambulatorias y de internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Así mismo, las menores embarazadas deben tener especial relevancia para los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías

cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud vigente para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en Salud Pública, acorde a las normas técnicas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución número 412 de 2000 y modificada por la Resolución número 3384 de 2000.

Se cubre el acceso directo a la especialidad de obstetricia, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia. **(CRES, Acuerdo 31/2012, literal C, numeral 1)**[35]

2.5.3. Explotación, violencia y tráfico sexual de menores

128 Restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas **(Ley 1438/2011, art 19)**

***129 Atención Integral en Salud para Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual*.** En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente:

1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica.

35 NOTA EDITORIAL: Es importante señalar que esta norma no derogó el artículo 26 del Acuerdo 029 de 2011 de la CRES sobre atención a todas las mujeres, mayores y menores de 14 años, en cuanto a la gestación, parto y puerperio. Véase la disposición 181 de esta Recopilación Normativa.

2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso.

3. Provisión de antiretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida.

4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y sicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias.

5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia.

6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.

7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y sicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

Parágrafo. Las EPS, IPS, y ARS u otros prestadores del servicio que no cumplan de manera inmediata con lo ordenado en el presente artículo, serán objeto de sanción por parte de la Superintendencia de Salud, quien para el efecto deberá dentro de los treinta (30) días siguientes a la promulgación de la presente ley, determinar la escala de sanciones y procedimientos que estarán enmarcados dentro de los principios de celeridad y eficacia, a fin de que se cumplan efectivamente los preceptos aquí consagrados. **(Ley 1146/2007, art. 9)**

130 Protocolo de Diagnóstico de Abuso Sexual de niños, niñas y adolescentes. El Ministerio de la Protección Social, dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, expedirá un protocolo de diagnóstico y atención de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, dirigido a los profesionales de la salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Todo profesional de la salud adscrito o no a una Institución de Salud, que al atender en consulta a un niño, niña o adolescente, encuentre indicio de que ha sido víctima de abuso sexual, deberá aplicar el protocolo a que se refiere el inciso 1o de este artículo. **(Ley 1146/2007, art 10)**

131 Protocolo de Atención para Víctimas de Violencia Sexual. Adoptar el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, que hace parte integral de la presente resolución, el cual es de obligatorio cumplimiento para la atención de las víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. **(Min. Salud, Resolución 459/2012, art 1)**

132 Atención a las víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual entre 6-14 años. Para la atención de menores víctimas de violencia intrafamiliar, o con abuso sexual presuntivo o confirmado, o con trastornos alimentarios como Anorexia o Bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes, y todos los procedimientos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud vigente. **(CRES, Acuerdo 31/2012, literal B, numeral 9)**

133 Atención a las víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual entre 14-18 años. Para la atención de menores víctimas de violencia intrafamiliar, o con abuso sexual presuntivo o confirmado, o con trastornos alimentarios como Anorexia o Bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes, y todos los procedimientos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud vigente. **(CRES, Acuerdo 31/2012, literal C, numeral 9)**

2.5.4. Enfermedades de Trasmisión sexual

134 Servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas certificadas. Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2. **(Ley 1438/2011, art 18)**

135 Atención a niños, niñas y adolescentes entre 6-14 años con diagnóstico de VIH. El Plan Obligatorio de Salud vigente, para el caso de menores con VIH positivos, cubre las tecnologías para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH-Sida es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/Sida adoptada oficialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social. **(CRES, Acuerdo 31/2012, literal B, numeral 5)**

136 Atención a niños, niñas y adolescentes entre 14-18 años con diagnóstico de VIH. El Plan Obligatorio de Salud, para los casos de menores con VIH positivos, cubre las tecnologías para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH-Sida es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/Sida, adoptada oficialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social. **(CRES, Acuerdo 31/2012, literal C, numeral 5)**

137 Vacunación contra el virus del papiloma humano. El Gobierno Nacional deberá garantizar la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano de manera gratuita a todas las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria. **(Ley 1626/2013, art 1)**

2.5.5. Anticoncepción

138 Adopción de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres. Adóptese la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, la cual tiene por objetivo brindar a estos y a las parejas en edad fértil, la información educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas, la cual hace parte integral de la presente resolución. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008 , art 1)**

139 Anticoncepción de emergencia. La Anticoncepción de Emergencia debe indicarse, como evento POS o POS-S y con cargo a los recursos de la UPC o UPC-S, en las siguientes situaciones en las que exista una relación sexual sin protección:

a) Violencia sexual contra la mujer con violación;

b) Relación sexual sin protección en población adolescente vulnerable, garantizando el acceso al uso de un método temporal regular que se adapta a sus necesidades. Se considera como población adolescente vulnerable a aquella en condición de desplazamiento o en zonas marginales y a aquella en riesgo por el conjunto de condiciones sociales, personales y culturales en las que se desarrolla.

En el grupo de adolescentes, se debe informar y educar sobre métodos regulares anticonceptivos, enfatizando siempre la doble protección **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008, art. 1, actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, numeral 5.3.3)**

2.6. Control y seguimiento

2.6.1. Explotación, violencia y tráfico sexual de menores

140 Reporte al Sistema Unificado de Información en el marco del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los

Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. En el marco del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, el Ministerio, en su carácter de coordinador del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será el encargado de:

3. Reportar, a través de las instituciones prestadoras de salud y las entidades promotoras de salud, al Sistema Unificado de Información de que trata el artículo **28** de esta ley, aquellos casos de maltrato, violencia escolar o vulneración de derechos sexuales y reproductivos, que sean atendidos por cualquiera de estas y bajo cualquier forma o circunstancia **(Ley 1620/2013,art 23, numeral 3)**

141 Obligación de denunciar posible vulneración de derechos o maltrato. Las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual. **(Ley 1438/2011, art 21)**

142 Funciones del Comité Interinstitucional para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual. El Comité tendrá las siguientes funciones:

2. Evaluar semestralmente la situación del abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, en el territorio nacional, a fin de realizar un diagnóstico claro del problema **(Ley 1146/2007, art 5, numeral 2)**

143 Funciones del Comité Interinstitucional para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual. El Comité tendrá las siguientes funciones:

9. Presentar semestralmente ante las Comisiones Séptimas del Senado de la República y la Cámara de Representantes, un informe acerca de las acciones adelantadas en torno al objeto de la presente ley y los resultados de las mismas. **(Ley 1146/2007, art 5, numeral 9)**

144 Deber de denunciar. En ejercicio del deber constitucional de protección de los niños, niñas y adolescentes, el Estado y la sociedad tienen el deber

de denunciar oportunamente a las autoridades competentes cualquier indicio o caso de abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes dentro de las 24 horas siguientes al conocimiento del hecho. **(Ley 1146/2007, art 15)**

145 Sistema de Información sobre delitos sexuales contra menores. Para la prevención de los delitos sexuales contra menores de edad y el necesario control sobre quienes los cometen, promuevan o facilitan, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Departamento Administrativo de Seguridad, DAS, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Fiscalía General de la Nación desarrollarán un sistema de información en el cual se disponga de una completa base de datos sobre delitos contra la libertad, el pudor y la formación sexuales cometidos sobre menores de edad, sus autores, cómplices, proxenetas, tanto de condenados como de sindicados.

El Departamento Administrativo de Seguridad y la Fiscalía General de la Nación promoverán la formación de un servicio internacional de información sobre personas sindicad as o condenadas por delitos contra la libertad, el pudor y la formación sexuales sobre menores de edad. Para tal efecto se buscará el concurso de los organismos de policía internacional. **(Ley 679/2011, art 15)**

2.7. Financiamiento

2.7.1. General

146 Obligaciones del Estado. El Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. En cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá:

13. Garantizar que los niños, las niñas y los adolescentes tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna. Este derecho se hará efectivo mediante afiliación inmediata del recién nacido a uno de los regímenes de ley **(Ley 1098/2006, art 42, numeral 13)**

2.7.2. Explotación, violencia y tráfico sexual de menores

147 Recursos para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual. El Ministerio de la Protección Social queda autorizado para administrar por medio de la Secretaría Técnica del Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, una cuenta especial, y personería ju-

rídica, que recepcionará los recursos captados para prevenir la violencia sexual y atender integralmente a los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual. El Gobierno reglamentará la materia.

Dentro de las fuentes específicas de recursos que podrá recepcionar esta cuenta especial podrán incluir los siguientes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto Nacional.
2. Los rubros destinados por parte de las instituciones que integran el Comité a acciones para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual.
3. Las donaciones.
4. Los recursos provenientes de la cooperación nacional e internacional.
5. Los demás que obtenga a cualquier título.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará lo concerniente a la creación y administración de la cuenta, así como los procedimientos para recibir y administrar los recursos provenientes de donaciones y de cooperación internacional previamente mencionados en el presente artículo, de conformidad con las disposiciones legales vigentes que regulan la cooperación económica internacional. **(Ley 1146/2007, art 17)**

148 Manejo de recursos cuenta para la prevención del abuso sexual. La Contraloría General de la República ejercerá inspección, vigilancia y control sobre la utilización de los recursos que integren esta cuenta.

Las entidades que ejecuten recursos provenientes de esta cuenta rendirán un informe detallado de las actividades desarrolladas con cargo a ellos, el cual será rendido ante el Comité Interinstitucional del que trata la presente ley y ante la Contraloría General de la República.

El control de que trata este artículo se ejercerá sin perjuicio de los demás controles que de manera general establezca la ley a este tipo de cuentas. **(Ley 1146/2007, art 18)**

2.7.3. Anticoncepción

149 Recursos para la vacunación contra el virus del papiloma humano. Para su efectivo cumplimiento, el Gobierno Nacional deberá tomar las medidas presupuestales necesarias **(Ley 1626/2013, art 1, parágrafo)**

150 Cobertura Universal vacunación contra el virus del papiloma humano. Para lograr la cobertura universal de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en los términos del artículo 1o de esta ley, esta se hará de manera gradual e inicialmente, se aplicará en aquellos departamentos donde se identifique que existe mayor riesgo de la aparición del virus, según reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional, atendiendo entre otros, criterios de prevalencia y costo-efectividad, así como la concordancia con el marco de gastos de mediano plazo. **(Ley 1626/2013, art 2, parágrafo 2).**

3. Maternidad segura e interrupción voluntaria del embarazo/IVE

Principios que integral el bloque de consittucionalidad en materia de maternidad segura

- Los Estados deben adoptar medidas para la prevención de la mortalidad y morbilidad materna.[36]
- Garantizar atención oportuna e integral en salud a la maternidad.[37]
- Adecuar la legislación interna para evitar violaciones a los derechos humanos de las mujeres, en virtud de la prohibición total del aborto.[38]
- Garantizar el acceso a servicios de salud de manera oportunidad y efectiva para la interrupción Voluntaria del embarazo.[39]
- Remover los obstáculos para el acceso a la IVE.[40]
- No imponer requisitos adicionales para la práctica de la IVE.[41]

36 NOTA EDITORIAL: Véase, Consejo de Derechos Humanos, Res. 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. Disponible en: **http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf**
Y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14. Párr. 21.

37 NOTA EDITORIAL: Véase la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Conferencia de Alma-Ata URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Párr. VII. La Organización Internacional del Trabajo, Convenio 103, art. 4, numeral 3. El Comité de la CEDAW. Recomendación General 24. Párr. 36. El Comité de la Cedaw, caso Alyne da Silva Pimentel c. Brasil, Comunicación Nro. 17/2008.

38 NOTA EDITORIAL: Véase, entre otros, Comité de Derechos Humanos, Caso K.L v. Perú. 2005; Caso L.M.R. v. Argentina. 2007; el Comité de la Cedaw, Caso L.C. v. Perú, 2009; el caso Baby boy vs. Estados Unidos y la Asamblea General, A/66/254. 3 de Agosto de 2011.

39 NOTA EDITORIAL: Ver Comité de la CEDAW, Observaciones finales a los informes periódicos quinto y sexto combinados de Colombia. 2007; Corte Constitucional, sentencias T-388 de 2009 y C-355 de 2006.

40 NOTA EDITORIAL: Véase los derechos reconocidos en el PIDCP y en la CADH como el derecho a la vida (Art. 6 y Art. 4), estar libre de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (Art. 7 y Art. 5) y el derecho a la intimidad (Art. 17 y Art. 11-2) , así como el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud reconocido en el PIDESC, la CEDAW y el Protocolo de San Salvador (Art. 14, Art. 12 y Art. 10) y la protección a la maternidad (art. 43 de la Constitución).

41 NOTA EDITORIAL: Véase Corte Constitucional, sentencias T-946 de 2008 y T-988 de 2007.

3.1. Normas generales

3.1.1. Definiciones y principios generales

151 Protección especial de la maternidad. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia. **(Constitución política 1991, art. 43)**

152 Protección a la mujer embarazada. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. **(Ley 51/1981, art. 12, núm. 2)**

153 Prohibición de discriminación a la mujer por razones de la maternidad. A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para:

a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil;

b) Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo, previo la antigüedad o beneficios sociales;

[…] d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella. **(Ley 51/1981,[42] art. 1, num.2)**

154 No discriminación por la procreación. No discriminación por la procreación y responsabilidad conjunta en la educación de los hijos. El papel de la mujer en la procreación de los hijos no debe ser causa de discriminación en Colombia. La educación de los hijos exige la responsabilidad conjunta entre hombres y mujeres y la sociedad en su conjunto. **(Decreto 1398/1990, art. 4)**

42 NOTAS EDITORIAL: La ley 51 de 1981 incorporó al ordenamiento jurídico colombiano la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW).

155 No discriminación a la mujer en materia de atención médica. No habrá discriminación en materia de acceso de la mujer a los sistemas de atención médica que administren las organizaciones privadas, entidades del sistema nacional de salud, de la seguridad social y previsión social, del Estado, de entidades sin ánimo de lucro y del sector solidario especialmente en lo relacionado con: Literales c) Protección de los estados de embarazo, parto y período posterior al parto; y d) Programas de nutrición adecuada durante el embarazo y el período de lactancia. **(Decreto 1398/1990, art. 10)**

156 La maternidad debe ser protegida como un derecho humano. «El Estado colombiano, así como todas las personas que pertenecen a él, deben procurar y defender la garantía de la efectividad de los derechos de las madres gestantes y de las niñas y niños de acuerdo con el fuero de maternidad establecido por la Constitución, por ende, la maternidad debe ser reconocida y protegida como un derecho humano.» **(Corte Constitucional, T-115/2010)**

3.1.2. Derechos y deberes

3.1.2.1. Especial protección a la mujer embarazada

157 Importancia de la mujer en situación de maternidad. Reconocimiento del aporte de la mujer a la sociedad. El Estado colombiano reconoce el gran aporte de la mujer al bienestar de la familia y al desarrollo de la sociedad; exalta la importancia social de la maternidad y la función de los padres en la familia y en la educación de los hijos. **(Decreto 1398/1990, art. 3)**

158 Asistencia y protección del Estado a la mujer gestante. Conforme a lo dispuesto por el artículo 43 de la Constitución, la mujer gozará de la especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo y después del parto. Para el cumplimiento de esta obligación, el Gobierno Nacional diseñará planes especiales de atención a las mujeres no afiliadas a un régimen de seguridad social. Dentro de los doce meses siguientes a la vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional establecerá un programa de subsidio alimentario para la mujer embarazada que estuviere desempleada o desamparada. **(Ley 823/2003, art. 7)**

159 Grupos prioritarios para subsidios. Aprobar como grupos prioritarios para los subsidios la población los municipios de altas necesidades básicas insatisfechas y alta pobreza, entre los que se le debería dársele prioridad a los municipios de la órbita del Fondo de Solidaridad y Emergencia definidos por el Conpes, así como las zonas marginadas de las grandes ciudades. Y, dentro de estas poblaciones, los grupos vulnerables definidos como las madres de embarazo, parto, postparto, los menores de un año y los ancianos. **(CNSSS, acuerdo 009/1994, art. 2)**

160 Prevalencia de los derechos de la mujer en estado de embarazo. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios. **(Ley 1438/2011, art. 3)**

161 Acceso inmediato a los servicios de salud. En cumplimiento de las obligaciones que como aseguradoras les han sido asignadas a las Entidades Promotoras de Salud, los representantes legales de estas entidades deberán:

> […] 13. Generar estrategias que permitan el acceso inmediato a los servicios de salud de los sujetos de especial protección como lo son los niños, niñas, adolescentes, tercera edad, mujeres embarazadas, discapacitados, enfermos mentales, de alto costo y demás que sean determinadas en la Constitución o la ley, para tal fin y divulgarlos por lo menos por dos medios de comunicación masiva, antes del 31 de diciembre de 2008. **(Super. Salud, Circular Externa 051/2008, T. I, num. 2)**

3.1.2.2. Responsabilidad médica en casos de muerte materna[43]

162 El daño causado a una mujer en embarazo habla por sí solo. Cuando la madre pretenda imputar un daño sufrido durante su embarazo, solo será necesario demostrar el daño anormal o excepcional sufrido por la madre y que éste es imputable a una entidad de salud, sin que sea necesario demostrar la culpa del operador médico, pues el hecho habla por sí solo. En estos casos no es necesario demostrar la negligencia del médico o del hospital al que se le pretende imputar la responsabilidad. **(Consejo de Estado, 18364 del 20 de mayo de 2009)**

163 Responsabilidad en el caso de dejar un cuerpo extraño en el organismo de la mujer en el momento de practicar la cesárea. En la situación en la que sea dejado un cuerpo extraño en el organismo de la mujer a la que se le practica una cesárea o cualquier otro procedimiento que tenga como causa el embarazo, la carga de la prueba para determinar la responsabilidad se repartirá de la siguiente manera:

43 NOTA EDITORIAL: De acuerdo con el enfoque de esta compilación analítica, las subreglas citadas en este apartado corresponden a casos de responsabilidad médica donde el sujeto pasivo son las mujeres en estado de embarazo, en especial, lo concerniente a la carga de la prueba cuando la mujer pretende alegar un daño que se le ha causado en cualquiera de las etapas embarazo, parto y post-parto; y ese daño es imputable a la entidad prestadora de salud. Se excluyeron los demás pronunciamientos al respecto de la responsabilidad médica por considerarse que exceden la materia desarrollada en esta compilación.

1. Si el daño consiste en que se haya verificado la existencia de un cuerpo extraño sin que se presenten daños o perjuicios adicionales, la responsabilidad estará regida por el concepto de falla del servicio probada, es decir que será necesario probar el daño sufrido y que este daño es imputable al médico, pudiendo el médico exonerarse demostrando que actuó diligentemente según los protocolos médicos.

2. Si por el contrario el daño no es solo la existencia del cuerpo extraño en el organismo sino que esto ha provocado infecciones, gangrenas, obstrucciones, etc., la responsabilidad será regida por el concepto de falla presunta del servicio donde el médico no podrá exonerarse de responsabilidad con la acreditación del comportamiento diligente y cuidadoso. **(Consejo de Estado, 20836 del 24 de marzo de 2011)**

3.1.2.3. Obligaciones de los operadores de salud

164 Deber de prestar atención a la maternidad. Los Ministerios de Agricultura, Salud y Educación Nacional coordinarán su acción con la del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a fin de conseguir especialmente:

a) una adecuada asistencia prenatal;

b) el mejoramiento de la dieta alimenticia de la mujer en el período de lactancia, y del niño en el período preescolar (**Ley 75/1968, art. 54)**

165 Obligación de afiliación al Régimen subsidiado. Afiliados al Sistema de Seguridad Social. […] Numeral 2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia […]. **(Ley 100/1993, art. 157 literal a)**

166 Cobertura para el uso de las tecnologías en salud. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las tecnologías en salud, que puedan requerirse para cualquier atención en salud, ambulatoria o de internación, por la especialidad médica que sea necesaria, en el proceso de gestación, parto y puerperio en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un

riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido. **(CRES, acuerdo 031/2012, art. literal A)**

167 Deberes de las EPS para garantizar la maternidad segura a nivel nacional. **[...]** 2.1. Establecer como grupo de riesgo priorizado en salud a las mujeres gestantes a fin de intervenir los riesgos relacionados.

[...] 2.3. Realizar todas las acciones correspondientes a fin de ofertar una prestación preferencial permanente a las gestantes afiliadas.

2.4. Fortalecer las estrategias y acciones de inducción de la demanda para asegurar la atención preconcepcional en la población en edad fértil.

2.5. Realizar seguimiento de la adherencia a protocolos y guías de manejo de las IPS para la atención materna perinatal, de acuerdo con la normatividad vigente. **(Procurador General de la Nación, Ministra de Salud y Protección Social. Superintendente Nacional de Salud y Director General del Instituto Nacional de Salud, Circular 05 de 2012, num.2)**

168 Deberes de las IPS para garantizar la maternidad segura a nivel nacional. [...]

3.1. Brindar prestación preferencial, oportuna, continua y segura al binomio madre-hijo, según lo establecido en las guías de la Resolución 412 de 2000 y la Guía Técnica «Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente, entre otras.

3.2. Realizar de manera inmediata la autoevaluación de las condiciones de habilitación de los servicios de Urgencias, Hospitalización de obstetricia, Cirugía, Cuidado Intensivo Adultos, Cuidado Intensivo Pediátrico, Cuidado Intensivo Neonatal y consulta externa de Ginecoobstetricia, de acuerdo con lo definido en el componente de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, notificar las novedades que se tengan e implementar las medidas que se requieran para garantizar el cumplimiento.

3.3. Garantizar la suficiencia del personal médico y paramédico para atender la demanda de los servicios relacionados con la atención materna perinatal.

3.4. Realizar evaluación periódica de la adherencia a guías y protocolos relacionados con la atención materna perinatal e implementar las acciones de mejora con base en los resultados según el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

3.5. Fortalecer las estrategias de capacitación y entrenamiento del personal de salud involucrado en la atención materna perinatal.

3.6. Cumplir con el registro, notificación y análisis de los casos de muerte materna según los protocolos y lineamientos impartidos por el Instituto Nacional de Salud.

3.7. Capacitar y entrenar al personal de salud en la atención de las gestantes y sus complicaciones, con énfasis en la detección de riesgos, signos de alarma del embarazo, parto y posparto**. (Procurador General de la Nación, Ministra de Salud y Protección Social. Superintendente Nacional de Salud y Director General del Instituto Nacional de Salud, Circular 05 de 2012, num.3)**

3.2. Prevención y promoción[44]

169 Acciones de promoción de salud. […] Los municipios, distritos y departamentos financiarán las siguientes acciones de promoción de la salud:

Numeral 7. Prevención y control de factores de riesgo biológicos a través del adelanto de acciones como las siguientes:

Literal a). Acciones complementarias en materia de aprovisionamiento de micronutrientes, como sulfato ferroso, ácido fólico, ácido ascórbico y vitamina A en embarazadas y niños, para enriquecer alimentos y garantizar la complementación alimentaria, en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar **(Decreto 1891/1994, art. 6, num.7, lit.a)**

170 Garantía de los planes de atención integral. Los gobiernos departamentales, municipales y distritales garantizarán el desarrollo de planes de atención integral a la primera infancia, basados en diagnósticos locales, sobre los retos y oportunidades que enfrenta esta población, para el disfrute efectivo de sus derechos. Deberá promoverse la coordinación entre las dependencias

44 NOTA EDITORIAL: Min. Salud, Resolución 412/2000, Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. «Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo. Este proceso implica:
- Ordenar prueba de embarazo si éste no es evidente.; Promover la presencia del compañero o algún familiar, en el control prenatal;
- Informar a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad».

encargadas de su desarrollo, así como entre los actores del nivel territorial y el nivel nacional, en el marco de la propuesta de atención integral de la mujer en embarazo y de los niños de la primera infancia, de que trata el Artículo 2o. (**Ley 1295 de 2009, art. 6)**

171 Manejo de la paciente obstétrica. El manejo de la paciente obstétrica en las I.P.S., deberá estar fundamentado en un programa de Atención Prenatal que establezca unidad de criterios sobre el preparto, parto y sus posibles complicaciones, valoración del riesgo perinatal, identificación oportuna de la paciente obstétrica para inclusión al programa, seguimiento y educación a la paciente y a su familia en lo referente a desarrollo del embarazo, parto y puerperio y organización de un sistema de información que facilite la evaluación continua y periódica del programa. **(Min. Salud, Resolución 5261/1994, art. 103)**

172 Programas de detección temprana. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre la atención en programas para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo hasta los 10 años, de la agudeza visual y alteraciones del embarazo de acuerdo con lo definido por las normas técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social, adoptadas mediante las Resoluciones números 412 y 3384 de 2000, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente**.** (**CRES. Acuerdo 031/2012, art. 1, Lit. b, num.2)**

173 Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención. Con base en el criterio de gradualidad e integralidad las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención de obligatorio cumplimiento que se trasladan a cargo de los distritos y municipios, son las que a continuación se señalan:

Prevención de la enfermedad. […] Vacunación combinada contra tétanos y difteria - Td a excepción de las dosis incluidas en el control del embarazo. **(CNSSS, Acuerdo 229/2002, art. 4, lit.b)**

174 Atención de eventos de interés en salud pública. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad), […] Hemorragias asociadas al embarazo, mediante las atenciones para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social, definidas mediante Resoluciones números 412 y 3384 de 2000. **(CRES. Acuerdo 031/2012, art. 1, Lit. c, num. 4)**

3.3. Atención médica y prestaciones POS[45]

175 Atención inmediata a la mujer gestante. Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también la atención inicial de urgencia. En ningún caso podrá aplicarse períodos mínimos de cotización al niño que nazca estando su madre afiliada a una EPS. El bebé quedará automáticamente afiliado y tendrá derecho a recibir de manera inmediata todos los beneficios incluidos en el POS-S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente. **(Decreto 806/1998, art.62)**

176 Atención mujeres en estado de embarazo. El Plan Obligatorio de Salud para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

[…]

Además del Plan Obligatorio de Salud, las mujeres en estado de embarazo y las madres de los niños menores de un año, del régimen subsidiado, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con cargo a éste.

Parágrafo 1º. Para los efectos de la presente Ley, entiéndase por subsidio alimentario la subvención en especie, consistente en alimentos o nutrientes que se entregan a la mujer gestante y a la madre del menor de un año y que permiten una dieta adecuada**. (Ley 100 de 1993, art. 166)**

177 *Servicios de salud en el POS para las mujeres embarazadas.* […] En el caso de las mujeres en estado de embarazo cubrirá la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto, en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia. Además las mujeres en estado de embarazo aquí consideradas y las madres de los niños menores de un año del régimen SUBSIDIADO, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF con cargo a sus recursos. **(Min.Salud, Resolución 5261/1994, art. 103)**

45 NOTA EDITORIAL: La normatividad correspondiente a los procedimientos se encuentra incluida en las normas y guías técnicas de la resolución 412/2000, proferida por el Ministerio de Salud.

178 Procedimientos obstétricos en el POS. […] Los procedimientos obstétricos, incluyen: Dos controles médicos preparto, la valoración en la sala de parto del recién nacido y los controles maternos postparto durante la internación y ambulatorios necesarios hasta la recuperación de la paciente, Considerándose como límite máximo de esta el de treinta días **(Min. Salud, Resolución 5261/1994, art. 24)**

179 Atención obstétrica para el nivel I. […] La atención obstétrica para el nivel I contemplará lo siguiente:

- Consulta médica general (de acuerdo a la guía de atención)
- Consultas de enfermería (de acuerdo a la guía de atención)
- Consulta por obstetra, dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo a la guía de atención.
- Ecografía gestacional de acuerdo al criterio médico.
- Atención del parto normal o intervenido, NO quirúrgico por médico general.
- Dos (2) consultas post parto por médico y hasta el cumplimiento de los primeros treinta (30) días de éste.
- Medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo a lo establecido para el nivel I de atención.
- R.X. de acuerdo a lo establecido para el nivel I
- Atención de urgencias de acuerdo a las normas legales vigentes.
- Internación
- Odontología. Comprende los servicios descritos anteriormente para este nivel.
- Atención en nutrición y planificación familiar. **(Min.Salud, Resolución 5261/1994, art. 103)**

180 Derechos de sala de parto. Los derechos de sala de parto comprenden: la dotación básica de la sala, los equipos sus accesorios e implementos, instrumental, ropas reutilizables o desechables, los servicios de esterilización, instrumentación y enfermería, materiales, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, salas de trabajo de parto, post-parto y de observación del recién nacido.

Cuando el parto sea por operación cesárea, los derechos de sala de cirugía, se reconocerán de acuerdo con el grupo quirúrgico en que está clasificada. **(Min. Salud, Resolución 5261/1994, art. 46)**

181 Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas todas las atenciones en salud, ambulatorias y de internación, por la especialidad médica que sea necesaria, del proceso de gestación, parto y puerperio. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido. **(CRES, Acuerdo 029/2011, art. 26)**

182 Régimen subsidiado, identificación de potenciales beneficiarios. […] En cada uno de los grupos de población, señalados en los numerales anteriores se priorizarán los potenciales afiliados así:

1. Mujeres en estado de embarazo y niños menores de cinco años.

[…] Es obligación de las entidades territoriales identificar a las mujeres en estado de embarazo, mediante certificación expedida por la autoridad o institución que determine el Alcalde, con el fin de que sean tenidas en cuenta para la afiliación, en el orden establecido en el presente artículo. **(Super. Salud, Circular Externa 075/ 1998, Cap. IV)**

3.4. Licencias de maternidad[46]

183 Descanso remunerado en la época del parto. 1. Toda trabajadora en estado de embarazo tiene derecho a una licencia de catorce (14) semanas en la época de parto, remunerada con el salario que devengue al entrar a disfrutar del descanso.

[…] 3. Para los efectos de la licencia de que trata este Artículo, la trabajadora debe presentar al empleador un certificado médico, en el cual debe constar:

a) El estado de embarazo de la trabajadora;

b) La indicación del día probable del parto, y

c) La indicación del día desde el cual debe empezar la licencia, teniendo en cuenta que, por lo menos, ha de iniciarse dos semanas antes del parto.

46 NOTA EDITORIAL: No se incluye aquí nada sobre el fuero de maternidad, o protección al empleo de la mujer embarazada, porque no es información de la que sean directamente responsables los operadores y usuarios del sector salud. La licencia de maternidad se incluye precisamente, y exclusivamente, porque son las EPS las obligadas a pagarla.

[…] 5. La licencia de maternidad para madres de niños prematuros, tendrá en cuenta la diferencia entre la fecha gestacional y el nacimiento a término, las cuales serán sumadas a las 14 semanas que se establecen en la presente ley. Cuando se trate de madres con Parto Múltiple, se tendrá en cuenta lo establecido en el inciso anterior sobre niños prematuros, ampliando la licencia en dos (2) semanas más. **(Ley 1468 de 2011, art. 1)**

184 Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.

Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia. **(Decreto 19 de 2012, art. 121)**

185 Pago de prestaciones económicas. A partir de la fecha de entrada en vigencia de las cuentas maestras de recaudo, los aportantes y trabajadores independientes, no podrán deducir de las cotizaciones en salud, los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad. El pago de estas prestaciones económicas al aportante, será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS ó EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones econ6mlcas se efectuará dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante. En todo caso, para la autorización y pago de las prestaciones económicas, las EPS y las EOC deberán verificar la cotización al Régimen Contributivo del SGSSS, efectuada por el aportante beneficiario de las mismas. **(Decreto 4023 de 2011, Artículo 24)**

186 Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

[…] Numeral 8. Definir el régimen que deberán aplicar las entidades promotoras de salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del régimen contributivo. **(Ley 100 de 1993, art. 172, num 8)**

187 Períodos mínimos de cotización. Para el acceso a las prestaciones económicas se estará sujeto a los siguientes períodos mínimos de cotización:

(…) 2. Licencias por maternidad. Para acceder a las prestaciones económicas derivadas de la licencia de maternidad la trabajadora deberá, en calidad de afiliada cotizante, haber cotizado ininterrumpidamente al sistema durante todo su período de gestación en curso, sin perjuicio de los demás requisitos previstos para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión. **(Decreto 47 de 2000, art.3, num.2)**

188 Reconocimiento de la licencia de maternidad en caso de aborto o parto prematuro no viable. Si durante el tiempo de descanso preparto se presenta un aborto o parto prematuro no viable, el reconocimiento de la licencia se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo **237** del Código Sustantivo del Trabajo.

De acuerdo con el precitado contexto, la madre gestante que se encuentre disfrutando el total de semanas por concepto de licencia de maternidad preparto (de 7 a 14 días) y sufra un aborto o parto prematuro no viable, tendrá derecho al reconocimiento de la licencia de maternidad, así: En primer lugar, por la licencia de maternidad preparto y en segundo lugar, por el período que haya determinado el médico tratante según los términos del artículo 237 del Código Sustantivo del Trabajo, las EPS y EOC deberán realizar el cobro de estas licencias ante el FOSYGA de forma separada, en los términos señalados anteriormente. **(Min. Salud y protección social, Circular externa conjunta 013/2012, núm. 1, lit. c)**

189 Descanso remunerado en caso de aborto. 1. La trabajadora que en el curso del embarazo sufra un aborto o parto prematuro no viable, tiene derecho a una licencia de dos o cuatro semanas, remunerada con el salario que devengaba en el momento de iniciarse el descanso. Si el parto es viable, se aplica lo establecido en el artículo anterior.

2. Para disfrutar de la licencia de que trata este artículo, la trabajadora debe presentar al empleador un certificado médico sobre lo siguiente:

   a) La afirmación de que la trabajadora ha sufrido un aborto o parto prematuro, indicando el día en que haya tenido lugar, y

   b) La indicación del tiempo de reposo que necesita la trabajadora. **(Código sustantivo del trabajo, art. 237, num.2)**

190 La licencia de maternidad como protección especial y no mera prestación económica. «[…] la licencia de maternidad no es una prestación económica más a la que tiene derecho la mujer trabajadora por mandato del artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, sino que constituye una de las manifestaciones más importantes de la protección especial que por mandato

de la propia Constitución Política y de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, conforme a los cuales deben interpretarse las disposiciones de la Carta Política por mandato del artículo 93 Superior, ha de prodigarse a la mujer durante el embarazo y después del parto. » ***(Corte Constitucional, T-115/2010)***

191 La mujer puede acudir a la tutela para obtener el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad. «La regla general indica que la acción de tutela no procede para solicitar el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad, sin embargo por medio de la protección especial y reforzada que se le ha otorgado a la mujer gestante, se ha definido el amparo constitucional en busca de proteger los derechos fundamentales de la mujer gestante.» **(Corte Constitucional, T-566/2008)**

192 Presunciones a favor de la mujer que reclama el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad a través de la tutela. *Se establecen dos presunciones a favor de la mujer que reclama el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad a través de la tutela:*

1. *Se presume que toda mujer que reclama a través de la tutela el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad lo hace porque está en riesgo su subsistencia. Corresponde al demandado demostrar que no está amenazado el derecho al mínimo vital. El demandado solamente puede referirse a la situación económica de la mujer que reclama su derecho y no a la de su compañero permanente o esposo.*

2. *Se presume que las mujeres de estrato socio económico bajo requieren el pago de la licencia de maternidad para garantizar su mínimo vital. Esto no quiere decir que las de estrato socio económico más alto no puedan probar su dependencia vital frente a dicho ingreso.* **(Corte Constitucional, T-115/2010)**

193 Condiciones para reclamar el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad a través de la tutela. *Para que proceda la tutela en los casos en los que se reclama el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad es necesario que se presente dentro del año siguiente al nacimiento del hijo o hija.* **(Corte Constitucional, T-115/2010)**

3.5. Control y Seguimiento

194 Intensificación de acciones de vigilancia epidemiológica. 1. Para las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud: […] 1.4 Intensificar

las acciones de vigilancia epidemiológica y la realización oportuna de las unidades de análisis de los casos de muerte materna, de acuerdo con los lineamientos vigentes, para la toma oportuna de decisiones, formulación y seguimiento de los planes de mejora y el conocimiento de la problemática en el ámbito nacional. **(Min. Protección, circular 05 de 2012, num. 1.4)**

3.6. Interrupción Voluntaria del Embarazo[47]/IVE[48]

3.6.1. Normas generales

3.6.1.1. Definiciones

195 Casos en que no se sanciona penalmente la IVE. «[…] no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto» **(Corte Constitucional, C-355/2006/resuelve num.3)**[49]

196 La IVE es un derecho fundamental. «A partir de la sentencia C-355 de 2006, existe en Colombia un derecho fundamental a la interrupción voluntaria del embarazo en cabeza de las mujeres que se encuentran incursas en las tres hipótesis despenalizadas, derivado del contenido de los derechos fundamentales a la dignidad humana, al libre desarrollo de la personalidad, a la vida y a la salud física y mental y que se inscribe en la categoría de los derechos reproductivos». **(Corte Constitucional T-585/2010)**

47 NOTA EDITORIAL: Las normas especiales sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo en menores de 14 años se encuentran en el Capítulo sobre Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes.

48 NOTA EDITORIAL: Sobre este tema, se encuentra la «Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)». Esta norma no fue incluida en la recopilación dado que se decidió que los anexos técnicos no harían parte del cuerpo normativo y solo debían referenciarse. Además, la norma presenta varios inconvenientes que permitirían cuestionar su alcance normativo. Ver: Documento de ideas a expertos. Ver Norma técnica en: (www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/es_prog_rr_col_legaldocs_normatecnica.pdf)

49 NOTA EDITORIAL: Para mayor información sobre penalización y despenalización del aborto, ver Código Penal, Ley 599 de 2000, artículo 122.

197 Normatividad aplicable en aborto. El médico se atendrá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, con relación a los siguientes temas:

[…] Numeral 6. Aborto.

[…] **Parágrafo primero.** En caso de conflicto entre los principios o recomendaciones adoptadas por la Asociación Médica Mundial, y las disposiciones legales vigentes, se aplicarán las de la legislación colombiana. (Ley 23/1981, art. 54)

3.6.1.2. Derechos y Deberes

198 Derecho al acceso a la IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la Sentencia C-355 de 2006 para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, portal razón deben:

[…] Numeral 4. Permitir a las mujeres que accedan a la IVE de manera real, oportuna y efectiva con servicios de calidad dentro del marco del Sistema de Seguridad Social en Salud en todos los niveles de complejidad. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 2)**

199 Derecho a decidir la práctica sobre la IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, así como todos los profesionales de la Salud, no pueden decidir por la mujer la práctica de la IVE o la continuación del embarazo. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 5)**

200 Derecho a decidir autónomamente sobre continuación o interrupción de embarazo en casos despenalizados. *Cuando una situación de embarazo corresponda a los casos de interrupción voluntaria del embarazo despenalizados, la decisión de interrumpir o continuar el embarazo deberá depender únicamente de la voluntad de la gestante, dentro del respeto de las reglas vigentes, sin que la continuación o interrupción del embarazo pueda serle impuesta por un profesional de la salud, IPS, EPS o autoridad judicial.* **(Corte Constitucional T-009/2009)**

201 Obligación de prestar el servicio de IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos

o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, están en la obligación de prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo a mujeres incursas en cualquiera de las causales establecidas en la sentencia C-355 de 2006, en cumplimiento de los principios de igualdad, universalidad, calidad, seguridad y eficiencia. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 1)**

202 Obligación de garantizar diagnóstico para la práctica de la IVE. Jurisprudencialmente se ha establecido que «Toda persona tiene derecho a acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud». En virtud de lo expuesto, las mujeres que se encuentren en cualquiera de las causales de la Sentencia C-355 de 2006 y deseen acceder a una IVE, en ejercicio del derecho a la salud, tienen el derecho de obtener de manera oportuna un diagnóstico de su estado de salud, para poder conocer con precisión, cuales son los procedimientos, tratamientos o medicamentos que requiere.

Por lo anterior, es una obligación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, garantizar el derecho al diagnóstico. Los Prestadores de Servicios de Salud, en aplicación de tal derecho, deben adoptar protocolos de diagnóstico oportuno que permitan determinar si la mujer se encuentra en los supuestos despenalizados por la Corte Constitucional en la sentencia C-355 de 2006, y en consecuencia expedir el certificado médico que dé cuenta de las causales: «(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer», y (ii) «Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida».

Para tales efectos, los prestadores de servicios de salud deben adoptar un protocolo de diagnóstico rápido en el término de 30 días calendario contados a partir de la publicación de la presente Circular (si aún no lo han hecho). Tal protocolo debe ser integral, es decir, incluir una valoración del estado de salud mental de la usuaria. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Territoriales deberán informar a esta Superintendencia, en el informe semestral de Red de Prestadores, sobre el cumplimiento de esta obligación en su respectiva red. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 9).**

203 Obligación de aplicar las reglas de la Sentencia C-355/2006. No obstante las instrucciones anteriores, Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen la obligación de acatar todos los fallos de la Corte Constitucional y aplicar las reglas sentadas en la sentencia C-355 de 2006 y en cualquier otra providencia que establezca parámetros respecto de la práctica de la IVE. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 15)**

3.6.2. Confidencialidad

204 Confidencialidad en casos de IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, así como el personal médico asistencial y administrativo que atienda la solicitud de mujeres, para acceder a los servicios de IVE, están obligados a brindar plena confidencialidad y a mantener la reserva legal sobre la información recibida. Es un imperativo constitucional y legal el respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad.

En consecuencia, los profesionales de la salud están obligados a mantener el secreto profesional en los términos establecidos por la Ley 23 de 1981 y demás normas concordantes. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 7)**

205 Confidencialidad de IVE en el sector salud. *Cuando una mujer que se encuentre en las hipótesis de la sentencia C-355 de 2006 acceda al servicio de IVE, las personas profesionales de la salud y, en general, el personal de salud que atienda su solicitud deberán a ofrecer plena garantía de confidencialidad y, en consecuencia, a respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad. Guardar el secreto profesional se convierte en una obligación de primer orden para los prestadores de servicios de salud en relación con este tópico.* **(Corte Constitucional T-388/2009)**

206 Reserva de identidad en proceso judicial respecto a tutelas sobre IVE. *Cuando un juez conozca de una tutela interpuesta para exigir el derecho fundamental a la IVE, en todo caso y con independencia del resultado del proceso, este debe reservar en la sentencia la identidad de la titular del derecho y cualquier otro dato que conduzca a su identificación, lo que incluye no sólo su nombre sino, entre otros, su documento de identificación, lugar de residencia, números telefónicos, nombres de familiares, hijos, cónyuges o compañeros, instituciones de salud y personal médico que la atendió. Esta reserva de identidad se deberá asegurar también a través de la limitación del acceso al expediente a las partes del proceso, quienes de todos modos deben guardar la misma reserva.* **(Corte Constitucional T-841/2011)**

3.6.3. Consentimiento Informado

207 Obligación de consentimiento idóneo e informado para IVE. […] Como toda intervención médica, la práctica de la IVE en estas condiciones debe estar precedida de un consentimiento idóneo e informado sobre el procedimiento a realizar y sus riesgos y beneficios. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 12, Párrafo 2)**

3.6.4. Objeción de Conciencia

208 Objeción de conciencia de los profesionales de la salud frente al aborto. «Los profesionales de la salud que en razón de su conciencia no estén dispuestos a practicar el aborto, y se trate de una «*convicción de carácter religioso debidamente fundamentada»,* se les garantizará la posibilidad de acudir al instituto denominado objeción de conciencia.» **(Corte Constitucional, T-209/2008)**[50]

209 Instrucciones sobre objeción de conciencia en IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, deben tener presente que la objeción de conciencia para IVE en cuanto manifestación de intimas e irrenunciables convicciones morales, filosóficas o religiosas, es un derecho personalísimo que solo es posible reconocerlo a las personas naturales, en este caso a los prestadores directos del servicio y no a personal administrativo; por lo tanto, de su titularidad se encuentran excluidas las personas jurídicas. De lo anterior se concluye que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o entidades similares, que tengan legalmente la posibilidad de presentar una objeción de conciencia a la práctica de un aborto cuando se cumplan cualquiera de las condiciones señaladas en la sentencia C-355 de 2006.

Conforme a las precedentes jurisprudenciales expuestos en la parte considerativa se señalarán a continuación los requisitos para ejercer el derecho a objetar en conciencia para la práctica de IVE conforme a la Constitución Política:

1. Debe constar por escrito y presentarse de manera individual en donde se expongan debidamente sus fundamentos, los cuales no pueden basarse en la opinión del médico frente al aborto.
2. No se puede presentar de manera colectiva, ni institucional.
3. La objeción de conciencia no puede vulnerar los derechos fundamentales de las mujeres.
4. Quien la alegue tiene la obligación de remitir a la mujer inmediatamente a otro médico que si lleve a cabo el procedimiento.
5. Los prestadores de servicios de salud, deben definir previamente los profesionales de la salud que realicen el procedimiento.

50 NOTA EDITORIAL: Véase en el capítulo de disposiciones generales la regla sobre el carácter relativo, no absoluto, del derecho a objetar de conciencia.

6. Los prestadores de servicios de salud deben establecer mecanismos para determinar si la objeción de conciencia es o no procedente conforme con los parámetros establecidos por la profesión médica y demás normas concordantes. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 4)**

210 Solamente pueden presentar objeciones de conciencia las personas naturales. *Cuando se desea hacer uso de la objeción de conciencia ante la práctica del IVE, debe tenerse en cuenta que la objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas, o el Estado. Solo es posible reconocerlo a personas naturales. Las personas naturales deben hacer su objeción de conciencia de manera individual y libre.* ***(Corte Constitucional C-355/2006)***

211 No pueden objetar de conciencia frente a la IVE las autoridades judiciales. *Cuando se desee alegar objeción de conciencia frente a la práctica del IVE, debe tenerse en cuenta que las personas que ostentan voluntariamente la calidad de autoridades judiciales no pueden excusarse en la objeción de conciencia para dejar de cumplir una norma que ha sido adoptada en armonía con los preceptos constitucionales y que goza, en consecuencia, de legitimidad y validez.* **(Corte Constitucional T-388/2009)**

212 Personal administrativo no puede objetar conciencia ante IVE. *Solamente los prestadores directos pueden objetar conciencia frente a la IVE. No puede hacerlo el personal administrativo.* **(Corte Constitucional T-209/2008)**

213 Prohibición de invocar objeción de conciencia por personas que no participen directamente en la IVE. *Cuando se desee alegar objeción de conciencia frente a la práctica del IVE, debe tenerse en cuenta que esta no será una posibilidad cuya titularidad se radique en cabeza del personal que realiza funciones administrativas, ni de quien o quienes lleven a cabo las actividades médicas preparatorias de la intervención, ni de quien o quienes tengan a su cargo las actividades posteriores a la intervención.* **(Corte Constitucional T-388/2009)**

214 Requisitos formales a la objeción de conciencia frente a la IVE. *En caso de que el personal médico que participe directamente en la IVE desee manifestar su objeción de conciencia respecto del procedimiento encomendado deberá hacerlo por escrito expresando: (i) Las razones por las cuales en ese específico caso, la realización de la IVE está contra sus más íntimas convicciones, para lo cual no servirán formatos generales de tipo colectivo, ni aquellos que realice persona distinta a quien ejerce la objeción de conciencia; y (ii) El profesional médico al cual remite a la paciente que necesita ser atendida.*

Esto teniendo siempre como presupuesto que se tenga certeza sobre la existencia de dicho profesional, sobre su pericia para llevar a cabo el procedimiento de interrupción del embarazo y de su disponibilidad en el momento en que es requerido. **(Corte Constitucional T-388/2009)**

215 Obligación del médico de remitir a la paciente a otro profesional en caso de objeción de conciencia frente a la IVE. *En caso de alegarse por un médico la objeción de conciencia, no se trata de poner en juego la opinión del médico en torno a si está o no de acuerdo con el aborto ya que se trata de una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada; y en todo caso debe proceder inmediatamente a remitir a la mujer que se encuentre en las hipótesis previstas a otro médico que si pueda llevar a cabo el aborto, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica.* **(Corte Constitucional C-355/2006)**

216 Valoración de Tribunales de Ética Médica ante objeción de conciencia en casos de IVE. *Cuando el médico presente objeción de conciencia incumpliendo con la obligación ética y legal de respetar los derechos de la mujer, al no remitirla inmediatamente a otro profesional de la salud que estuviere habilitado para llevar a cabo la interrupción del embarazo, les corresponderá a los Tribunales de Ética Médica valorar la actuación del profesional.* **(Corte Constitucional T-209/2008)**

3.6.5. Prohibiciones

217 Prohibición de exigir requisitos adicionales para IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la Sentencia C-355 de 2006 para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, por tal razón deben:

> […] Numeral 2. Tomar las medidas conducentes a evitar que el personal médico, asistencial y/o administrativo, exija documentos o requisitos adicionales a los establecidos en la Sentencia C-355 de 2006 para la práctica del procedimiento de IVE. Entre las actuaciones prohibidas, se pueden enunciar las siguientes:
>
> i. Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica de la IVE.

ii. Exigir a las adolescentes menores de 14 años en estado de gravidez, el consentimiento de sus representantes legales para acceder a los servicios de IVE.

iii. Exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud adicionales; (d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de profesionales de la salud.

iv. Alegar objeción de conciencia colectiva e institucional.

v. Suscribir pactos individuales o conjuntos - para negarse a practicar la interrupción del embarazo.

vi. Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias no cuenten en su planta de personal con médicos dispuestos a prestar los servicios de IVE.

vii. Descalificar conceptos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el estatus de profesionales de la salud.

viii. Incumplir con los parámetros del sistema de referencia y contrarreferencia para impedir la práctica de la IVE.

Esta enunciación de medidas o prácticas restrictivas de IVE, no es taxativa. Cualquier otra medida análoga o que conduzca al mismo resultado inconstitucional constituye violación del régimen jurídico vigente. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 2)**

218 Prohibición de generar barreras administrativas para la práctica de la IVE . Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la Sentencia C-355 de 2006 para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, portal razón deben:

[…] Numeral 5. Los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud no pueden generar barreras administrativas que den lugar a la dilación de la prestación del servicio de IVE. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 2)**

219 Prohibición de discriminación en casos de IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, no pueden ejercer prácticas discriminatorias en contra de las mujeres que soliciten la IVE, ni en contra de quienes atienden la solicitud. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 8)**

220 Prohibición de juicios de valor en casos de IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, deben abstenerse de proferir juicios de valor o juicios de responsabilidad penal sobre las mujeres afiliadas a la entidad que soliciten la práctica de la IVE. Sus actuaciones deberán dirigirse exclusivamente a determinar la procedencia o no procedencia de la interrupción del embarazo bajo parámetros científicos y con apego al orden jurídico vigente **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 10)**

221 Prohibición a las entidades de salud de elevar juicios de valor o de responsabilidad en casos de IVE. *Cuando una mujer afiliada a una entidad prestadora de servicios de salud solicite la práctica de la IVE, la entidad deberá abstenerse de hacer juicios de valor ni de responsabilidad penal y sus actuaciones deberán dirigirse exclusivamente a determinar la procedencia o no procedencia de la interrupción del embarazo bajo parámetros científicos y con apego al orden jurídico vigente.* **(Corte Constitucional T-636/2011)**

222 Prohibición de obstáculos, exigencias o barreras adicionales para IVE. *Cuando una mujer que se encuentre en las hipótesis de la sentencia C-355 de 2006 desee acceder al servicio de IVE, está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C- 355 para la práctica de su aborto en los supuestos allí previsto.* **(Corte Constitucional T-388/2009)**

223 Prohibición de negación de la IVE por el tipo de afiliación a la seguridad social o por condiciones sociales y/o similares. *Cuando una mujer que se encuentre en las hipótesis de la sentencia C-355 de 2006 desee acceder al servicio de IVE, ninguna entidad prestadora de salud –sea pública o privada, confesional o laica– puede negarse a practicarle la IVE cuando la mujer se encuentra bajo los supuestos establecidos en la sentencia C-355 de 2006 –cualquiera que sea el tipo de afiliación a la seguridad social que tenga la mujer y con independencia de su condición social, económica, edad, capacidad de pago, orientación sexual o etnia–.* **(Corte Constitucional T-388/2009)**

224 Prohibición de discriminación por práctica de IVE. *Cuando una mujer opte por interrumpir voluntariamente su embarazo bajo las hipótesis previstas en la sentencia C-355 de 200; ni ella ni quienes atienden su solicitud pueden ser víctimas de discriminación o de prácticas que limiten de alguna forma o impidan su acceso al lugar de trabajo o a centros educativos o su afiliación al sistema general de salud o riesgos profesionales.* **(Corte Constitucional T-388/2009)**

225 Prohibición de dilación o negación de diagnósticos o certificados para IVE. *Cuando una mujer afiliada a una entidad prestadora de servicios de salud solicite la práctica de la IVE, la entidad no podrá: (i) Negar o dilatar la realización de las consultas o exámenes necesarios para verificar si el embarazo amenaza la vida o la salud física o mental de la gestante; ni (ii) Negar o dilatar la emisión del certificado médico una vez hecha la valoración o expedir uno que no corresponda con el diagnóstico efectuado.* **(Corte Constitucional T-841/2011)**

3.6.6. Requisitos

226 Autonomía e independencia de los eventos despenalizados para la IVE. *Cuando se solicite la práctica de IVE bastará con uno solo de los eventos de despenalización para validarla, por lo que no se podrá por ejemplo, exigir para el caso de la violación o el incesto, que además la vida o la salud de la madre se encuentre en peligro o que se trate de un feto inviable, dado que cada uno de estos eventos tienen carácter autónomo e independiente.* **(Corte Constitucional C-355/2006)**

227 Requisitos para el acceso a la IVE en la causal vida o salud. *Cuando la continuación del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, y cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, el único requisito que debe acreditarse para acceder a la IVE es la certificación de un profesional de la medicina.*[51] *Este profesional no necesita ser el mismo médico tratante.* **(Corte Constitucional C-355/2006)**[52]

228 La causal vida o salud de la mujer incluye la salud mental. *La causal vida o salud de la mujer debe ser interpretada en consonancia con el alcance que le ha sido reconocido al derecho a la salud. En esta medida debe entenderse que procede tanto cuando está peligro la salud física de la mujer como cuando lo está su salud mental. En este último supuesto también debe ser garantizado su acceso a la IVE.* **(Corte Constitucional C-355/2006)**

229 Requisitos para el acceso a la IVE en la causal violencia sexual.[53] *Cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de*

51 NOTA EDITORIAL: Es importante tener en cuenta que los certificados emitidos por los psicólogos son certificados de un profesional de la salud. Véase al respecto la disposición 217 en esta Recopilación Normativa.

52 NOTA EDITORIAL: Al respecto es importante consultar la disposición 239 en esta Recopilación Normativa.

53 En el numeral 2.8 del «PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL» anexo a la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social existe regulación sobre violencia sexual e IVE; sin embargo, siguiendo la

acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, así como de incesto, debe partirse de la buena fe y responsabilidad de la mujer que denunció tal hecho, y por tanto basta con que se exhiba al médico copia de la denuncia debidamente formulada para practicar la IVE. No podrán exigírsele requisitos adicionales **(Corte Constitucional C-355/2006)**

230 Solicitud de práctica de IVE para mujeres en condición de discapacidad. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, en casos de mujeres en condición de discapacidad no pueden elevar obstáculos ni exigir requisitos adicionales a los contemplados en la C-355 de 2006 para la prestación del servicio de IVE.

En esa eventualidad la solicitud de la IVE puede efectuarla cualquiera de sus representantes legales u otra persona que actúe en su nombre, sin requisitos formales adicionales al denuncio penal por acceso o acto carnal violento o abusivo. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 3)**

231 Práctica de la IVE cuando la mujer embarazada tenga limitaciones para manifestar su consentimiento y haya sido víctima de violencia sexual. *Cuando se solicite la interrupción de embarazo en mujer en condiciones de discapacidad– como limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales que le imposibilitan la manifestación libre y directa del consentimiento –cuando ha sido víctima de acceso carnal violento, no consentido o abusivo, la solicitud de interrupción del embarazo puede efectuarla cualquiera de los padres de la mujer que se halle en esta situación u otra persona que actúe en su nombre sin requisitos formales adicionales al denuncio penal por acceso carnal violento o no consentido o abusivo. (Corte Constitucional T-988/2007)*[54]

232 Prohibición de obstáculos formales para IVE a mujer en condición de discapacidad o con limitaciones, en causal de violencia sexual. *Cuando se solicite la interrupción de embarazo en mujer que se encuentre en condición de discapacidad – con limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales que le imposibilitan la manifestación libre y directa del consentimiento –cuando ha sido víctima de acceso carnal violento, no consentido o abusivo, la EPS debe abstenerse de elevar obstáculos de orden formal.* **(Corte Constitucional T-988/2007)**

---

metodología propuesta para el trabajo de campo los anexos técnicos, tales como guías, protocolos y similares se referencian más no se incluyen en este compilado normativo. Ver Protocolo en: (www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/r459_12.pdf)

54 NOTA EDITORIAL: Dicho de otra manera, esto significa que no se requiere autorización judicial para realizar el procedimiento. Se trata de una regla distinta, expresamente, a la formulada para casos de tubectomía incluida en la disposición 127 de esta Recopilación Normativa.

3.6.7. Oportunidad

233 Celeridad en la prestación de servicios de IVE.[55]

234 Tiempo razonable para practicar la IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, deben responder de forma oportuna las solicitudes de IVE. El término razonable para ello y para realizar su práctica (de ser medicamente posible) es de cinco (5) días, contados a partir de la consulta.

Las Administradoras de Planes de Beneficios y Entidades Territoriales a quienes se les solicita la práctica de la IVE con base en una certificación medica de un profesional externo, deben proceder, si lo consideran necesario desde el punto de vista médico, a ratificarla o refutarla con fundamentos técnico-científicos, a través de cualquiera de los profesionales de la salud pertenecientes a su red de servicios, con base en la condición médica particular de la gestante, pero tal tramite debe darse en todo caso dentro de los cinco días que constituyen el plazo razonable para contestar la solicitud de IVE y proceder a la misma.

De superarse este término, sin que se emita la ratificación o refutación del certificado médico externo, se debe proceder a la realización de la IVE con base en el concepto existente. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 11)**

235 No existencia de restricción temporal para la IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, deben conocer que en ausencia de una norma legal que establezca una restricción de carácter temporal para la IVE en las hipótesis despenalizadas, se debe garantizar el mínimo reconocido en la sentencia C-355 de 2006.

No existe una regla general que impida la IVE después de cierto tiempo de gestación, por lo cual no corresponde a ninguna autoridad establecerla. Así, la decisión sobre la realización de la IVE en cada etapa de la gestación debe ser

55 NOTA EDITORIAL: Respecto a la celeridad en la prestación de la IVE la Resolución 4905/2006, Min.Protección Social, art. 5 menciona que: La provisión de servicios de IVE debe realizarse en lo posible dentro de los primeros cinco días siguientes a la solicitud y previo el consentimiento informado por parte de la gestante y la presentación de la certificación médica o la copia de la denuncia penal, según el caso. Esta Resolución no fue incluida dentro del cuerpo normativo, ya que, entre las consideraciones que la fundamentan se encuentra el artículo 3° del Decreto 4444 de 13 de diciembre de 2006, el cual ha sido declarado nulo por temas de forma por parte del Consejo de Estado. Esto ha generado controversia sobre la vigencia y validez de esta Resolución.

tomada en cada caso concreto mediante una ponderación de (i) la causal de que se trate, (ii) de criterios médicos soportados en la condición física y mental particular de la mujer gestante y, en todo caso, (iii) del deseo de la misma. […] **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 12)**

236 Falta de competencia de los jueces para definir edad gestacional para la IVE. *Cuando un juez niegue la práctica de la IVE en las causales despenalizadas por la Corte argumentando una edad gestacional avanzada, este podrá ser investigado por posibles faltas disciplinarias dado que establecer dicho límite de edad gestacional no es su competencia.* **(Corte Constitucional T-946/2008)**

237 Decisión sobre la realización de IVE en etapa de gestación cercana al nacimiento. *Cuando la práctica de la IVE corresponda a una etapa de gestación cercana al nacimiento, la decisión sobre su realización debe ser tomada en cada caso concreto mediante una ponderación de: (i) la causal de que se trate, (ii) de criterios médicos soportados en la condición física y mental particular de la mujer gestante y, en todo caso, (iii) del deseo de la misma. Y como toda intervención médica debe estar precedida de un consentimiento idóneo e informado sobre el procedimiento a realizar y sus riesgos y beneficios.* **(Corte Constitucional T-841/2011)**

238 Tiempo razonable para la realización de IVE. *Cuando una mujer bajo las hipótesis de despenalización de IVE expresadas en la sentencia C-355 de 2006 solicite la práctica de la IVE, las EPS e IPS que atiendan su solicitud deben responder de forma oportuna sus solicitudes en un término razonable para ello, y para realizar su práctica, que –de ser médicamente posible– debe ser de cinco (5) días.* **(Corte Constitucional T-841/2011)**

239 Plazo para refrendar o refutar certificado médico para IVE de un profesional de la salud no adscrito a la entidad. *En ningún caso el trámite de refrendación o refutación científica de un certificado médico de un profesional externo a la E.P.S. de la mujer que solicita la práctica de la IVE puede usarse como excusa para ampliar el término de 5 días previsto como obligatorio para la práctica de dicho procedimiento. De superarse este término se debe proceder a la IVE con base en el concepto del médico externo. Así mismo, si un juez de tutela verifica que existe certificado médico de un profesional de la salud no adscrito, que no ha sido refutado científicamente en los cinco días siguientes a la solicitud de IVE, por la E.P.S., I.P.S. o un profesional de la salud adscrito, con base en la condición médica particular de la gestante, debe proceder a ordenarla con base en el concepto del profesional de la salud externo o no adscrito.* **(Corte Constitucional T-841/2011)**

3.6.8. Gestión

3.6.8.1. Vigilancia y Control

240 Reporte de procedimientos IVE.[56]

241 Codificación de procedimientos IVE.[57]

242 Vigilancia salud pública para IVE.[58]

***243 Información sobre instituciones con servicios* IVE.** Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, deben:

[…] Numeral 2. Informar al Ministerio de Salud y Protección Social acerca de las instituciones, dentro de su red, habilitadas para prestar servicios de IVE de baja,

56 NOTA EDITORIAL: Respecto al reporte de procedimiento de la IVE la Resolución 4905/2006, Min.Protección Social, art. 6 menciona que: La información que se derive de la prestación de los servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE, debe estar articulada al sistema integral de información en salud del Ministerio de la Protección Social y su reporte será obligatorio para todas las instituciones públicas y privadas. Todos los procedimientos de IVE deben reportarse en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS, de acuerdo con los requisitos que para fines estadísticos defina el Ministerio de la Protección Social. Las entidades a quienes aplica la presente disposición están obligadas a reportar las complicaciones derivadas del aborto con el fin de hacer el monitoreo a la calidad de los servicios y al acceso real que tienen las mujeres a los servicios de la IVE. Esta Resolución no fue incluida dentro del cuerpo normativo, ya que, entre las consideraciones que la fundamentan se encuentra el artículo 3° del Decreto 4444 de 13 de diciembre de 2006, el cual ha sido declarado nulo por temas de forma por parte del Consejo de Estado y esto ha generado controversia sobre la vigencia y validez de esta Resolución.

57 NOTA EDITORIAL: Respecto a la Codificación de procedimientos IVE, la Resolución 4905/2006, Min.Protección Social, art. 4 menciona: Adicionase en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, CUPS, vigente, adoptada mediante Resolución 1896 de 2001, los siguientes códigos y descripciones: a) En el grupo 69, el subgrupo 69.5 denominado «evacuación por aspiración de útero», categoría 69.5.1 denominada: «Evacuación por aspiración del útero para terminación del embarazo», y subcategoría 69.5.1.01, denominada: «Aspiración al vacío de útero para terminación del embarazo», b) En el subgrupo 75.0 «Legrado uterino obstétrico», la categoría 75.0.2 denominada así: «Legrado uterino obstétrico para terminación del embarazo» y la subcategoría: 75.0.2.01 «Dilatación y legrado para terminación del embarazo». Esta Resolución no fue incluida dentro del cuerpo normativo, ya que, entre las consideraciones que la fundamentan se encuentra del Decreto 4444 de 13 de diciembre de 2006, el cual ha sido declarado nulo por temas de forma por parte del Consejo de Estado y esto ha generado controversia sobre la vigencia y validez de esta Resolución.

58 NOTA EDITORIAL: Respecto a la Codificación de procedimientos IVE, la Resolución 4905/2006, Min.Protección Social, el art. 7 menciona que: El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales en el ámbito de sus competencias ejercerán la vigilancia en salud pública de la IVE, incluyendo la vigilancia de sus complicaciones y de la morbimortalidad materna, de acuerdo con los instrumentos que para el efecto se definan en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila. Esta Resolución no fue incluida dentro del cuerpo normativo, ya que, entre las consideraciones que la fundamentan se encuentra del Decreto 4444 de 13 de diciembre de 2006, el cual ha sido declarado nulo por temas de forma por parte del Consejo de Estado y esto ha generado controversia sobre la vigencia y validez de esta Resolución.

mediana y alta complejidad, que cuentan con profesionales dispuestos a proveer los servicios del IVE. (Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 6)

3.6.9. Recurso Humano

244 Deber de contar con personal para IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la Sentencia C-355 de 2006 para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, portal razón deben:

[…] Numeral 1. Contar con profesionales de la salud sensibilizados en género y capacitados en la prestación de servicios de IVE con el fin de que cumplan con sus obligaciones constitucionales y legales de respetar los derechos de las mujeres. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 2)**

245 Red pública para la prestación del servicio de IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la Sentencia C-355 de 2006 para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, portal razón deben:

[…] Numeral 6. Los entes territoriales deben vigilar que los servicios de IVE estén disponibles en todo el territorio nacional. Los departamentos, distritos y municipios deben contar con una amplia red pública que garantice la prestación del servicio de IVE. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 2)**

246 Deber de contar con profesionales en el Sistema de Seguridad Social en Salud para asegurar IVE. *Para los casos de solicitudes de práctica de la IVE en los eventos despenalizados, el Sistema de Seguridad Social en Salud debe garantizar un número adecuado de proveedores habilitados para prestar los servicios de interrupción del embarazo.* **(Corte Constitucional T-209/2008)**

247 Deber de definir médicos habilitados en las IPS para asegurar IVE. «[…] tanto las EPS como las IPS deben tener claro que, mientras la objeción de conciencia es resuelta, deben tener de antemano claro, y definida la lista correspondiente, qué profesionales de la salud y en qué IPS se encuentran, están [sic] habilitados para practicar el procedimiento de IVE, a fin de que

el transcurso del tiempo no haga ineficaces los derechos fundamentales de las mujeres.» **(Corte Constitucional T-209/2008)**

248 Disponibilidad de servicios IVE en el territorio nacional. *Cuando una mujer que se encuentre en las hipótesis de la sentencia C-355 de 2006 desee acceder al servicio de IVE, deberá contar con los servicios de interrupción del embarazo con disponibilidad en todo el territorio nacional -bajo estricto seguimiento de los postulados de referencia y contrarreferencia- y las mujeres en estado de gravidez han de poder acceder a los mismos en todos los niveles de complejidad que lo requieran.* **(Corte Constitucional T-388/2009)**

249 Disponibilidad suficiente de servicios IVE a nivel local. *Cuando una mujer que se encuentre en las hipótesis de la sentencia C-355 de 2006 desee acceder al servicio de IVE, deberá contar con los servicios de interrupción del embarazo con disponibilidad suficiente en la zona en que se encuentre; por lo que los departamentos, distritos y municipios están obligados a asegurar la suficiente disponibilidad de servicios de la red pública con el propósito de garantizarles a las mujeres gestantes el acceso efectivo al servicio de interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de calidad y de salubridad.* **(Corte Constitucional T-388/2009)**

250 Prohibición de emitir informaciones erradas respecto a IVE. *Cuando un funcionario público se pronuncie públicamente sobre temas de salud sexual y reproductiva como la IVE, no debe emitir información errada o infundada pues esto violar el derecho a la información en materia reproductiva.* **(Corte Constitucional T-627/2012)**

3.6.10. Referencia y Contrarreferencia

251 Sistema de Referencia y Contrarreferencia para IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, tienen prohibido generar obstáculos o exigir requisitos adicionales a los señalados en la Sentencia C-355 de 2006 para prestar servicios de interrupción voluntaria del embarazo, portal razón deben:

[…] Numeral 3. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las Entidades Territoriales y en general las entidades responsables del pago deben constituir y garantizar el funcionamiento de un sistema de referencia y contrarreferencia que permita contar con un número adecuado de prestadores de servicios de salud habilitados para prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 2)**

3.6.11. Promoción y Prevención

252 Información y apoyo para pacientes sobre servicios IVE. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las Entidades Territoriales, deben:

[…] Numeral 1. Brindar a todas las mujeres información, suficiente, amplia y adecuada así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación con las alternativas terapéuticas disponibles en la prestación de servicios de IVE, a fin de facilitar el acceso oportuno y eficiente a dichos servicios y permitir que puedan tomar una decisión informada en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, el derecho a estar plenamente informadas respecto al alcance de las sentencias de La Corte Constitucional y de la presente Circular. **(Super.Salud, Circular Externa 3/2013, Instrucción 6)**

253 Formación profesional IVE.[59]

254 Derecho a información suficiente sobre IVE. *Todas las mujeres deben poder contar con la información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye, el derecho a estar plenamente enteradas respecto de lo dispuesto en la sentencia C-355 de 2006.* **(Corte Constitucional T-388/2009)**

3.6.12. Atención Médica

255 Faceta de diagnóstico para IVE. *Cuando una mujer se encuentre bajo cualquiera de las hipótesis contenidas en la sentencia C-355 de 2006, tendrá derecho a los servicios que sean necesarios para el diagnóstico, en especial cuando se trate de la causal de peligro para la vida o la salud física o mental de la mujer. Tal diagnóstico médico tendrá como objetivo determinar, precisamente, si se configura la hipótesis referida para que, si la mujer lo desea, se expida*

59 NOTA EDITORIAL: Respecto a la Formación profesional IVE la Resolución 4905/2006, Min. Protección Social, el art. 7 menciona que: Las instituciones obligadas al cumplimiento de la presente resolución deberán adelantar las acciones de información, capacitación y educación continuada a los profesionales de la salud que permitan la adecuada provisión de los servicios de IVE. Las instituciones de educación superior podrán incorporar dentro de sus programas de pregrado y posgrado los aspectos técnicos, éticos y jurídicos de la prestación de los servicios de IVE. Esta Resolución no fue incluida dentro del cuerpo normativo, ya que, entre las consideraciones que la fundamentan se encuentra del Decreto 4444 de 13 de diciembre de 2006, el cual ha sido declarado nulo por temas de forma por parte del Consejo de Estado y esto ha generado controversia sobre la vigencia y validez de esta Resolución.

el correspondiente certificado médico y se pueda proceder a la práctica de la intervención. **(Corte Constitucional T-585/2010)**

256 Obligación de contar con protocolos de diagnóstico rápido para IVE. *Es deber de las EPS e IPS contar con protocolos de diagnóstico rápido en aquellos eventos en que los/as profesionales de la salud advierten la posibilidad de que se configure alguna de las hipótesis contenidas en la sentencia C-355 de 2006, o en los que la mujer gestante alega estar incursa en ella. Esto permitirá, precisamente, que se cumpla el requisito impuesto en la sentencia, consistente en una certificación médica. Esto es deber de la IPS y no de las pacientes. Dichos protocolos deben se integrales, es decir, incluir una valoración del estado de salud mental.* **(Corte Constitucional T-585/2010)**

3.6.13. POS

257 Inclusión en POS de Misoprostol para IVE. Inclúyase en el Listado de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado dispuesto por el Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, el siguiente medicamento:

[…] ACLARACIÓN: Cubierto en casos de Feto muerto si éste se presenta en el segundo y tercer trimestre del embarazo; en casos de evacuación de cavidad uterina por fallo temprano del embarazo con edad gestacional menor de 22 semanas; para evacuación de cavidad uterina en Interrupción Voluntaria del Embarazo cuando A) La continuación constituya peligro para la vida o la salud de la mujer certificado por un médico, B) Exista grave malformación del feto que haga inviable su vida certificada por un médico, C) El embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. **(CRES, Acuerdo 34/2012, art. 1)**

258 Procedimientos y medicamentos incluidos en el POS para IVE.[60] Los Listados de Principios Activos y Medicamentos, Procedimientos y Servicios, que están contenidos en los Anexos 01, 02 y 03, respectivamente, hacen parte integral del presente Acuerdo y su aplicación tiene carácter obligatorio.

60 NOTA EDITORIAL: Los procedimientos que menciona este artículo se encuentran incluidos tanto en el Anexo 02: LISTADO DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, como en el Anexo 3: LISTADO De PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS PARA LA COBERTURA DE TRANSICIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO SIN UNIFICACIÓN. Se presentan de esta forma para que sean más comprensibles al lector. Ver Anexos en: (www.imprenta.gov.co/diariop/diario2.contenido_diario?v_num=48.298).

[…] CUPS: 695101 Aspiración al Vacío de Útero para Terminación del Embarazo. Incluye La Aspiración Manual Endouterina (Ameu Con Aspirador Plástico Pequeño) y La Aspiración Eléctrica Endouterina (Aeeu). Nivel: 3. CUPS: 743100. Remocion De Embarazo Ectopico Abdominal. Nivel: 2.

CUPS: 743200. Remocion de Feto en Cavidad Peritoneal Subsiguiente a Ruptura Uterina o Tubarica SOD. Nivel: 2.

CUPS: 750101. Legrado Uterino Obstetrico Postparto o Postaborto por Dilatacion y Curetaje. Nivel: 2.

CUPS: 750105. Legrado Uterino Obstetrico Postparto o Postaborto por Aspiracion al Vacio. Nivel: 2.

CUPS: 750201 Dilatación y Legrado para Terminación Del Embarazo. Nivel: 3

CUPS: 751200. Amniocentesis Terapeutica (No Deliberadamente Abortiva) SOD. Nivel: 1. **(CRES, Acuerdo 29/2011, art. 80, anexo 02. y 03)**

4. Anticoncepción

Principios que integral el bloque de constitucionalidad en materia de anticoncepción

1. Los Estados deben producir y brindar información sobre los servicios de salud relacionados con la anticoncepción.[61]
2. Los Estados deben garantizar las condiciones para tomar decisiones libres e informadas en relación con la anticoncepción.[62]
3. Los Estados tienen la prohibición de interferencia en las decisiones reproductivas y deben evitar injerencias de particulares.[63]
4. Los Estados deben garantizar el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos y a los servicios médicos que resulten necesarios para la anticoncepción.[64]

4.1. Normas Generales

4.1.1. Definiciones y principios generales

259 Medidas de prevención, protección, promoción y garantía de los derechos de los y las jóvenes. El Estado en coordinación con la sociedad civil, implementará gradual y progresivamente las siguientes medidas de prevención, protección, promoción y sanción, tendientes a garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil que permitan a las y los jóvenes realizar su proyecto de vida y participar en igualdad de derechos y deberes en la vida social, política, económica y cultural del país:

61 NOTA EDITORIAL: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14. Párr. 8, el Artículo 12 de la CEDAW y la Recomendación General 24 del Comité de esa convención.
62 NOTA EDITORIAL: véase, entre otras, Corte Constitucional, sentencias T-850 de 2002, T-248 de 2003 y la T-492 de 2006.
63 NOTA EDITORIAL: Óp. Cit. Observación General 14 Párr 21.
64 NOTA EDITORIAL: Comité DESC, Observación General 14.

[…]

3. Generar campañas educativas de planificación familiar dirigidas a hombres y mujeres jóvenes. **(Ley 1622/2013, art. 8, núm. 3)**

260 Anticoncepción quirúrgica. Se entiende por anticoncepción quirúrgica el procedimiento médico – quirúrgico tendiente a evitar la concepción a través de la vasectomía o ligadura de trompas. **(Ley 1412/2010, art. 11)**

261 Ligadura de trompas. Es la operación consistente en ligar las trompas de Falopio, las cuales son cortadas y selladas para evitar que el esperma llegue al óvulo. **(Ley 1412/2010, art. 12)**

262 Vasectomía. Es la operación dirigida a cortar y ligar los vasos o conductos deferentes para obstruir el circuito y paso normal de los espermatozoides. **(Ley 1412/2010, art. 13)**

263 Gratuidad. El Estado garantiza de manera gratuita la práctica de la vasectomía o ligadura de trompas. **(Ley 1412/2010, art. 2)**

4.1.2. Derechos

264 Derecho a decidir el número de hijos. Los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen iguales derechos y deberes. La ley reglamentará la progenitura responsable.

La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos. **(Constitución Política, art. 42)**

265 La paternidad y la maternidad responsables son un derecho y un deber ciudadano. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que conformarán la familia. La progenitura responsable, se considera una actitud positiva frente a la sociedad, y como tal será reconocida, facilitada y estimulada por las autoridades. **(Ley 1412/2010, art. 1)**

266 Obligaciones de la familia. La familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes:

(...) 11. Decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas a los que pueda sostener y formar. **(Ley 1098/2006, art. 39, num.11)**

267 No discriminación de las mujeres en la atención médica.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. **(Ley 51/1981, art. 12, núm. 1 y 2)**

268 Del consentimiento informado y cualificado para la anticoncepción quirúrgica. Los médicos encargados de realizar la operación respectiva [ligadura de trompas o vasectomía] deben informar al paciente la naturaleza, implicaciones, beneficios y efectos sobre la salud de la práctica realizada, así como las alternativas de utilización de otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos. Cuando las personas tengan limitaciones de lectoescritura, las EPS del régimen contributivo o subsidiado y las IPS públicas o privadas, según la práctica médica, deberán ofrecer al paciente medios alternativos para expresar su voluntad tanto para la solicitud escrita como para el consentimiento informado. **(Ley 1412/2010, art. 5)**

269 Consentimiento de discapacitados para la anticoncepción quirúrgica. Cuando se trate de discapacitados mentales, la solicitud y el consentimiento [para la práctica de la ligadura de trompas o vasectomía] serán suscritos por el respectivo representante legal, previa autorización judicial. **(Ley 1412/2010, art. 6)**

270 Recuperación del paciente de anticoncepción quirúrgica. Las personas que se someten a estas prácticas quirúrgicas [ligadura de trompas y vasectomía] tendrán derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el médico tratante, garantizando la recuperación en la salud del paciente. **(Ley 1412/2010, art. 8)**

271 Consentimiento en procesos de inseminación in vitro. Para la inseminación, transferencia de óvulos, pre embriones y criopreservación deberá constar igualmente el consentimiento voluntario, libre y consciente del: donante con la institución-heterólogo; la pareja con la institución-homólogo; la receptora. **(Min. Salud, Resolución 3199/1998, art. 17)**

272 Anticonceptivos de emergencia no están limitados a causales en las que la IVE está despenalizada . «[…] no es cierto que en el ordenamiento jurídico colombiano la AOE sea abortiva. Tanto la OMS como el Consejo de Estado, al menos desde 2005 y 2008 respectivamente, han establecido su naturaleza de anticonceptivo. Por tanto, tampoco es cierto que su uso esté restringido a las hipótesis despenalizadas en la sentencia C-355 de 2006 y que las mujeres que la usen fuera de esas causales cometen un delito.» **(Corte Constitucional, T-627/2012)**

273 Derecho de las mujeres presas a recibir visita conyugal y no usar anticonceptivos. *En el caso de las mujeres reclusas, la interferencia del Estado a través de cursos de educación sexual y exigencia de uso de anticonceptivos para la visita conyugal viola el derecho de la mujer a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos. La Dirección General de Prisiones deberá abstenerse de realizar actos discriminatorios e interferir en el ejercicio de los derechos reproductivos de las reclusas, so pena de ser sancionados de acuerdo con los términos del Decreto 2591 de 1991, todo sin perjuicio de las responsabilidades en que ya hubieren incurrido.* **(Corte Constitucional, T-273/1993)**

4.1.3. Prohibiciones

274 Prohibición de anticoncepción quirúrgica en menores de edad. En ningún caso se permite la práctica de la anticoncepción quirúrgica a menores de edad. **(Ley 1412/2010, art.7)**

274a Prohibición de *esterilización forzada en mujer declarada interdicta.* *En el caso de una mujer interdicta, no se permite que por la sola representación legal que ejerza la madre sobre su hija pueda someterla a una esterilización forzada. En estos casos, la EPS está en la obligación de incorporarla en un programa de educación especial integral, de acuerdo con sus capacidades y necesidades, y en el cual se imparta la educación adecuada para las personas con sus condiciones mentales específicas, tendiente además a capacitarla para ejercer su sexualidad y la maternidad de manera autónoma y responsable.* **(Corte Constitucional, T-850/2002)**

275 Esterilización de personas en condición de discapacidad. *La esterilización de personas en condición de discapacidad, siendo estos mayores de edad, sólo procederá cuando se adelante previamente, en trámite judicial diferente al de la tutela, la interdicción de sus derechos, es decir, el discernimiento de la guarda.* **(Corte Constitucional, T-248/2003)**

4.2. Prevención y promoción

276 Promoción de la ley sobre anticoncepción quirúrgica, vasectomía y ligadura de trompas. La presente ley será divulgada de manera constante a través de los miembros de comunicación del Estado, tanto por el Gobierno Nacional como por las administraciones seccionales o locales respectivas y se promoverá a través del Ministerio de la Protección Social, las Secretarías de Salud Territoriales y las EPS del régimen subsidiado y contributivo, de manera que se dé información detallada sobre el procedimiento quirúrgico mostrando sus beneficios y características. **(Ley 1412/2010, art. 14)**

277 Campañas educativas sobre anticoncepción. Las Secretarías de Salud departamentales, distritales y Municipales y el Ministerio de la Protección Social se encargarán de divulgar entre la población a través de campañas educativas, los beneficios, implicaciones y efectos de la anticoncepción quirúrgica, así como los demás métodos de anticoncepción no quirúrgicos. **(Ley 1412/2010, art. 10)**

4.3. POS

278 Planificación familiar gratuita y obligatoria.[65] El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como […] planificación familiar, […] La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales. **(Ley 100/1993, art. 165)**

279 Protección específica a la planificación familiar. Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

65 NOTA EDITORIAL: Usamos la expresión «planificación familiar» cuando es la única razonable para describir lo que el legislador busca decir y es la expresión que se utiliza en el texto de la norma. Es clave señalar que, en sentido estricto, la planificación familiar incluye tanto los aspectos negativos de la planificación (anticoncepción) como los positivos (tratamientos de fertilidad, inseminación artificial, maternidad surrogada). Así, el término planificación familiar es mucho más amplio que el de anticoncepción, si bien se identifica con una visión más conservadora de las políticas de protección a la libertad y salud reproductivas.

[…]

e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres. (Min. Salud, Resolución 3384/2000, art. 8)

280 Adopción de norma técnica. Adóptese la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, la cual tiene por objetivo brindar a estos y a las parejas en edad fértil, la información educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas, la cual hace parte integral de la presente resolución. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008 , art. 1)**

281 Establecimiento de actividades, procedimientos e intervenciones. La actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, que se adopta a través de la presente resolución establece las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas de obligatorio cumplimiento a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada. Igualmente, determina las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008, art. 1)**

282 Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios. Con base en el criterio de gradualidad e integralidad las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención de obligatorio cumplimiento que se trasladan a cargo de los distritos y municipios, son las que a continuación se señalan:

[…] Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

[…] Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo - DIU (incluye el dispositivo).

[…] Suministro de anticonceptivos hormonales orales. **(CNSSS, Acuerdo 229/2002, art. 4, lit. b)**

283 Vasectomía y ligadura de trompas gratuitas en el plan obligatorio de salud. El sistema de seguridad social en salud, será el encargado de que esas prácticas quirúrgicas [vasectomía y ligadura de trompas] sean cubiertas de manera gratuita, a todos los sectores de la población que así lo soliciten. Las IPS públicas o privadas que atiendan la población que no se encuentre afiliada a ninguno de los dos regímenes de salud vigentes (vinculados),

realizarán los recobros a la subcuenta de prevención y promoción del FOSYGA. **(Ley 1412/2010, art. 3)**

284 Solicitud escrita para vasectomía y ligadura de trompas.[66] Las personas que quieran realizarse esas prácticas quirúrgicas deberán solicitarlo por escrito a la respectiva entidad. **(Ley 1412/2010, art. 4)**

285 Exclusión de los tratamientos para la infertilidad del plan obligatorio de salud. En concordancia con lo expuesto en artículos anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993, el plan obligatorio de salud tendrá exclusiones y limitaciones que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, incluyendo los que se describen a continuación:

[...]

c. tratamientos para la infertilidad. **(Min. Salud, Resolución 5621/1994, art. 18)**

286 Exclusión de los diagnósticos y tratamientos para la infertilidad en el régimen contributivo del plan obligatorio de salud. El POS-C tiene las siguientes exclusiones y limitaciones: […]

b) En particular, las descritas a continuación:

[…]

3. Diagnóstico y tratamientos para la infertilidad. **(ACU 2009-3 CRES, art. 69)**[67]

287 Derecho a exámenes diagnósticos de enfermedades asociadas a la infertilidad en el plan obligatorio de salud. «En los casos en los que el médico tratante se vale de exámenes diagnósticos para determinar

66 NOTA EDITORIAL: Cabe resaltar que el legislador no hizo aquí diferencias entre mayores de edad y menores adultos (mayores de 14 años y menores de 18 años). No obstante, por tratarse de una intervención definitiva, serían relevantes las precauciones ordenadas por la Corte para los casos de vasectomía y ligadura de trompas de discapacitados y para los casos de cambio de sexo.

67 NOTA EDITORIAL: Al respecto es importante señalar que en las sentencias T-636 de 2007 y T-890 de 2009 la Corte Constitucional señaló que los exámenes diagnósticos de infertilidad si están incluídos cuando son necesarios para determinar un tratamiento en una enfermedad distinta a la infertilidad. Sobre los casos en los que el tratamiento para infertilidad debe ser incluido en el POS ver las disposiciones que siguen.

el tratamiento integral de una enfermedad que causa en el paciente problemas de infertilidad, los pacientes tienen el derecho a que le sean practicados dichos exámenes diagnósticos.» **(Corte Constitucional, T-636 de 2007)**

288 Casos en los que las entidades prestadoras de salud están obligadas a realizar diagnósticos o proveer tratamientos para la infertilidad en el plan obligatorio de salud. «Las entidades prestadoras de salud están en la obligación de autorizar la práctica de un tratamiento excluido del POS en los siguientes casos excepcionales por existir riesgo en la salud, integridad o vida de la paciente, a saber:

i) Cuando el tratamiento de fertilidad fue iniciado y es posteriormente suspendido por la EPS sin mediar concepto médico o científico que justifique dicho proceder;

ii) Cuando se requiere la práctica de exámenes diagnósticos para precisar una condición de salud de una mujer asociada a la infertilidad;

iii) Cuando la infertilidad sea producto o consecuencia de otra enfermedad que afecte el aparato reproductor y de paso ponga en riesgo los derechos fundamentales de la paciente.» **(Corte Constitucional, T-890/2009)**

4.3.1. Métodos anticonceptivos

289 Adopción de norma técnica. Adóptese la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, la cual tiene por objetivo brindar a estos y a las parejas en edad fértil, la información educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas, la cual hace parte integral de la presente resolución. **(RES 2008-769, art. 1)**

290 Método anticonceptivo anovulatorio oral combinado (monofásico). Mecanismo de acción: principalmente inhibición de la secreción de gonadotrofinas en la hipófisis, aumento en la densidad y celularidad del moco cervical por el componente progestágeno. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008, art. 1, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, núm. 5.3.1., lit. a)**

291 Método anticonceptivo oral de solo progestágeno. Mecanismo de acción: principalmente disminución en la cantidad del moco cervical y aumento en su densidad y celularidad. […]

Se prefiere su uso en mujeres mayores de 35 años, en quienes se ha documentado mayor eficacia, y en mujeres que tienen alguna contraindicación para el uso de estrógenos (por ejemplo, lactancia materna, condiciones que favorecen los trastornos tromboembólicos, etc.). **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008, art. 1, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, núm. 5.3.1., lit. b)**

292 Método anticonceptivo inyectable mensual combinado. Mecanismo de acción: principalmente inhibición de la secreción de gonadotrofinas en la hipófisis, aumento en la densidad y celularidad del moco cervical por el componente progestágeno. […]

Se prefiere su uso en que pueden tener o han tenido dificultades para el uso correcto y consistente del método oral combinado. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008, art. 1, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, núm. 5.3.1., lit. c)**

293 Método anticonceptivo inyectable trimestral. Mecanismo de acción: principalmente inhibición de la ovulación por efecto sobre los niveles de la Hormona Folículo Estimulante (FSH) y Hormona Luteinizante (LH), con aumento en la densidad del moco cervical. […]

Se prefiere su uso en mujeres que tienen alguna contraindicación para el uso de estrógenos (por ejemplo, lactancia materna, condiciones que favorecen los trastornos tromboembólicos, etc.) y que pueden tener o han tenido dificultades para el uso correcto y consistente del método oral de solo progestágeno. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008 , Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, núm. 5.3.1., lit. d)**

294 Dispositivo Intrauterino de intervalo. Técnica realizada por un profesional de la medicina o la enfermería debidamente capacitados, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación. El DIU es un método de alta costo-efectividad, con una tasa acumulativa de embarazos de 0.5% al año y solamente de 1.9 después de 4 años de uso. Además, su acción se acepta hoy día hasta por 12 años, siempre y cuando se cumplan los criterios de elegibilidad para su uso:

- Aunque es preferible usarlo en mujeres multíparas, aquellas que son nulíparas pueden usarlo luego de un examen ginecológico adecuado.
- Se puede usar en mujeres que se encuentran en lactancia materna, tienen antecedentes médicos que contraindiquen el uso de estrógenos.

- Es una buena elección en mujeres que tienen dificultades para asistir regularmente a la renovación de la formulación del método.
- No debe iniciarse su uso si la mujer presenta previamente un sangrado genital inexplicado, si al momento de la consejería se encuentra en tratamiento para Enfermedad Pélvica Inflamatoria o una Infección de Transmisión Sexual o si al momento de la consejería se identifican conductas sexuales de riesgo que aumentan la exposición a Infecciones de Transmisión Sexual. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008 , art. 1, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, núm. 5.3.2.1)**

295 Dispositivo Intrauterino de Post evento Obstétrico (posparto y posaborto). Técnica realizada por médico(a) debidamente entrenado, previa Consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El dispositivo puede aplicarse intra cesárea, posparto en las primeras 48 horas o posaborto. […]

Se debe insistir a la usuaria que el DIU no protege de infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008, art. 1, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, núm. 5.3.2.2)**

296 Métodos anticonceptivos subdérmicos - implante subdérmico. Mecanismo de acción: principalmente inhibición de la ovulación por efecto sobre los niveles de Hormona Folículo Estimulante (FSH) y Hormona Luteinizante (LH), con aumento en la densidad del moco cervical, cambios endometriales y disminución de la motilidad tubárica. […] Este método se prefiere en mujeres que tienen paridad satisfecha pero que no desean planificar con métodos irreversibles o que aún no están listas para tomar la decisión final. Otras condiciones para su indicación son la lactancia materna o antecedentes médicos que favorecen los eventos tromboembólicos. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008 , art. 1, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, núm. 5.3.2)**

297 Métodos anticonceptivos de emergencia. La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos de planificación familiar que pueden usar las mujeres como medida de emergencia para prevenir un embarazo no deseado, después de una relación sexual sin protección y está destinada para una sola vez o solo un uso ocasional.

Este no es un método de uso regular y si se llegase a utilizar varias veces en un año, el riesgo acumulativo de embarazo sería mayor que si se utilizara consisten-

temente un método anticonceptivo temporal. Por esta razón, la prescripción de este tipo de método debe ir acompañada de una consejería en anticoncepción de calidad, que promueva el uso correcto y consistente de un método regular ajustado a las necesidades de las y los usuarios. […]

El inicio del tratamiento no debe sobrepasar las 72 horas debido a que la eficacia disminuye con el tiempo. Si al momento en que la mujer acude en busca de consejería para el método de Anticoncepción de] Emergencia], han transcurrido más de 72 horas pero menos de 5 días luego de la relación sin protección, se puede insertar un DIU tipo T Cu 380 A, previa prueba que descarte un embarazo, y se recomienda como un método adecuado para aquellas mujeres que puedan y deseen continuar su uso. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008 , art. 1, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, núm. 5.3.3)**

298 Método anticonceptivo de emergencia por dispositivo intrauterino. El dispositivo intrauterino (tipo T Cu 380 A) tiene buena efectividad si se utiliza en los primeros 5 días posteriores a la relación sexual sin protección y se recomienda como un método adecuado para aquellas mujeres que deseen continuar su uso. Respecto al mecanismo de acción de la Anticoncepción de Emergencia […] por DIU, se resalta que no es un método abortivo por cuanto su acción ocurre antes de la implantación del óvulo en el endometrio. **(Min. Protección Social, Resolución 769/2008 , art. 1, Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, núm. 5.3.3)**

299 Uso del Misoprostol. Revisada la documentación allegada, la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora informa que para el principio activo Misoprostol han sido aceptadas únicamente las indicaciones de:

- Interrupción del embarazo con feto muerto y retenido,
- Tratamiento del aborto incompleto

Las indicaciones [sobre su uso en] Inducción del parto con feto vivo, [y] Hemorragia postparto no se aceptan por cuanto no existe evidencia de su utilidad en las mismas. Uso por especialista. Venta con fórmula médica.

Adicionalmente la legislación Colombiana prohíbe el aborto, salvo casos extraordinarios contemplados en la Sentencia C-355 de 2006, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 4444 y la Resolución 3905 del mismo año. **(Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos - INVIMA, Acta 37/2009, núm. 2.1.7.1)**

4.4. Control y Seguimiento

300 Registro de ligadura de trompas y vasectomías. Las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales llevarán el registro de todas las operaciones realizadas en desarrollo de las prácticas quirúrgicas autorizadas por esta ley, que a su vez remitirán al Ministerio de la Protección Social quien llevará un registro nacional. **(Ley 1412/2010, art. 9)**

301 Reglas que guían conducta de los médicos en la anticoncepción. El médico se atendrá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la

Asociación Médica Mundial, con relación a los siguientes temas:

[…]

5. Planificación familiar. **(Ley 23/1981, art. 54)**

302 Requisitos para donantes y receptoras de gametos y pre embriones. El donante y la receptora deberán cumplir con los requisitos establecidos en los protocolos o guías de manejo que para los procedimientos contemplados en el Decreto 1546 del 4 de agosto de 1998 estén adoptados para las Unidades de Medicina Reproductiva y aceptados nacional e internacionalmente. **(Min. Salud, Resolución 3199/1998, art. 12)**

303 Exámenes para donantes y receptoras de gametos y pre embriones. Para ingresar al programa de Biomedicina Reproductiva, tanto al donante como a la receptora se le deben efectuar como mínimo los siguientes exámenes: Hemoclasificación, prueba para sífilis, prueba HIV, Antígeno de superficio de hepatitis B, anticuerpos contra hepatitis C, Cultivos de semen y de uretra para Neisseria Gonorrheae y Chlamydia, Anticuerpos contra Citomegalovirus, Test de mononucleosis y otras pruebas que se consideren pertinentes de acuerdo a la región de donde proviene el donante y el receptor. Mientras las personas que permanezcan en el programa, los exámenes determinados en el presente artículo deberán ser repetidos cada seis meses. Teniendo en cuenta que el donante debe ser descartado del programa dieciocho (18) meses después de haber ingresado al mismo. **(Min. Salud, Resolución 3199/1998, art. 13)**

304 Registro de donantes. Toda institución que realice uno cualquiera de los procedimientos regulados por la presente disposición y demás normas que regulen la materia, deberá llevar un registro confidencial de donantes, en el cual además de lo dispuesto en la presente resolución constará como mínimo lo siguiente: identificación: nombres y apellidos completos; Clase y número de documento de identidad; edad y sexo; fenotipo; espermograma; fechas de do-

nación y congelamiento del eyaculado, fecha de ingreso a cuarentena del eyaculado y de liberación para su uso; destino del eyaculado u óvulo; éxitos logrados con el producto del donante, embarazos logrados; fecha y causa de descarte o rechazo del donante del protocolo; fichas de control de la cuarentena de los eyaculados, la cual podrá ser solicitada por la autoridad sanitaria de la competencia, e igualmente por el servicio de control externo de calidad. **(Min. Salud, Resolución 3199/1998, art. 14)**

305 Registro de receptoras. El Registro de receptoras deberá contar como mínimo con la siguiente información: identificación: nombres y apellidos completos; clase y número del documento de identidad; estado civil; edad; historia clínica con énfasis en la causa de infertilidad; exámenes generales de laboratorio y para detectar posibles enfermedades de transmisión sexual; especificar fechas de los procedimientos realizados; origen de los gametos o pre embriones utilizados. **(Min. Salud, Resolución 3199/1998, art. 15)**

5. ITS y VIH[68]

Principios que integran el bloque de constitucionalidad en materia de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

1. Los Estados tienen la obligación de prevenir la propagación de ITS y/o VIH/SIDA.[69]
2. Asimismo, de incorporar un enfoque diferencial en el diseño de programas y la atención en salud en materia de ITS y VIH/SIDA.[70]
3. También de garantizar el acceso de los pacientes con ITS y/o VIH/SIDA a los servicios de salud diseñados para enfrentar dichas enfermedades y a una protección reforzada para estas personas.[71]
4. Y finalmente, de desarrollar medidas destinadas a combatir la discriminación en contra de los pacientes con EITS y/o VIH/SIDA.[72]

5.1. Normas Generales

5.1.1. Definiciones

306 Definiciones de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual). Enfermedades e infecciones producidas por determinados microorganismos,

68 NOTA EDITORIAL: En Colombia los temas de ITS, VIH/SIDA y cáncer de cuello uterino han sido regulados especialmente por normas y guías técnicas. La mayoría de la normatividad y de las guías técnicas, sin embargo, se refiere al VIH/SIDA. Sobre este tema podría hablarse de polución normativa, mientras que de las ITS en general y del cáncer de cuello uterino, en particular, hay muy pocas normas.

69 NOTA EDITORIAL: véase, Corte Constitucional sentencias T-916 de 2006, T-626 de 2011. Y Óp. Cit. Recomendación General 3. Párr. 25.

70 NOTA EDITORIAL: Comité CEDAW. Recomendación General 15.

71 NOTA EDITORIAL: Véase, Corte Constitucional, sentencias T-262 de 2012 y T-700 de 2011.

72 NOTA EDITORIAL: Véase, artículo 24 de la CADH; Corte Constitucional, sentencia T-1285 de 2005 M.P Clara Inés Vargas.

virus, hongos, bacterias y/o parásitos que se transmiten por vía sexual de una persona a otra.

VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana). Retrovirus que es el agente causal del SIDA.

Infección por el VIH. Presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el organismo de una persona, confirmada por prueba diagnóstica de laboratorio.

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario de una persona como consecuencia de la infección por el VIH.

Caso de SIDA: Persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que presenta signos y síntomas asociados con cualquiera de las enfermedades concominantes a la inmunosupresión que definen SIDA según la clasificación del CDC de Atlanta para niños o para personas adolescentes y adultas, o la que en su momento adopte el Ministerio de Salud en sus normas técnica; incluyendo el respaldo de pruebas de laboratorio científicamente determinadas para tal efecto.

Donde no se disponga de pruebas de laboratorio especializadas para el estudio de la infección por VIH, una persona enferma se considerará caso de SIDA acorde con la clasificación de Caracas o sus actualizaciones posteriores, contenidas en normas técnicas del Ministerio de Salud.[73]

Inmunodeficiencia: Falla, daño o disminución del sistema inmunológico de una persona para producir una respuesta ante la presencia de agentes o sustancias biológicas extrañas, por diferentes causas.

Autocuidado: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud, incluyendo la promoción de la salud sexual, la prevención de la infección por VIH y la minimización de las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que causa la misma.

Condiciones de riesgo: Serie de factores y cofactores del entorno bio-psico-social y cultural, que determinan o inciden en la vulnerabilidad de una persona, para infectarse con el VIH.

Conductas con riesgo: Acción o conjunto de acciones y actividades que asumen las personas, exponiéndose directamente a la probabilidad de infectarse con el VIH.

73 NOTA EDITORIAL: No existe regulación en el sentido anunciado por la regla, actualizaciones de la clasificación de Caracas contenidas en normas técnicas del Ministerio de Salud, porque no se da el caso de que se carezca de pruebas de laboratorio especializadas.

Prueba diagnóstica presuntiva: Examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en una persona, y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad.

Prueba diagnóstica suplementaria: Examen de laboratorio de alta especificidad aceptado por la autoridad competente, mediante el cual se confirma la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Seropositivo: Resultado de una prueba diagnóstica reactiva o positiva para la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Seronegativo: Resultado de una prueba diagnóstica no reactiva o negativa para la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Persona infectada: Persona en cuyo organismo está presente el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), confirmado por prueba diagnóstica de laboratorio, con o sin síntomas.

Persona asintomática: Persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que no presenta síntomas, ni signos relacionados con el SIDA.

Persona sintomática: Persona con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que presenta manifestaciones clínicas propias del SIDA.

Consejería[74]*:* Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; ésta se llevará a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ETS, el VIH y el SIDA.

Contaminación: Presencia del VIH en objetos, productos y/o tejidos.

Estudio centinela: Investigación epidemiológica que mide la magnitud y la tendencia de la infección por VIH en grupos poblacionales específicos, utilizado para conocer indirectamente el comportamiento epidemiológico de la infección.

Detección temprana. Hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Bioseguridad: Actividades, intervenciones y procedimientos de seguridad ambiental, ocupacional e individual para garantizar el control del riesgo biológico.

74 NOTA EDITORIAL: en la práctica, prefiere hablarse de asesoría por su connotación más horizontal.

Medidas universales de bioseguridad: Conjunto de normas, recomendaciones y precauciones, emitidas por entidades nacionales o internacionales de salud, adoptadas y/o expedidas por el Ministerio de Salud tendientes a evitar en las personas el riesgo de daño o infección causado por agentes biológicos contaminantes. **(Decreto 1543/1997, art. 2º)**

307 SIDA como enfermedad ruinosa o catastrófica. Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, […] entre otros. **(Super.Salud, Circular 0047/2007, tit. X)**

308 Cáncer de cérvix y SIDA como enfermedades de alto costo. Para los efectos del artículo 1° del Decreto 2699 de 2007,[75] sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007,[76] téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes:

a) Cáncer de cérvix

[…]

l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). **(Min.ProtecciónSocial, Resolución 3974/2000, art.1°)**

309 Definición del paciente con enfermedades de alto costo. Para los efectos de la presente resolución, ténganse en cuenta las siguientes definiciones de cada una de las enfermedades de que trata el artículo 1°[77] de la presente resolución.

[…]

Infección por VIH y SIDA: Es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La afección destruye el sistema inmunitario en forma

75 NOTA EDITORIAL: Artículo 1°. Cuenta de alto costo. Las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud publica directamente relacionadas con el alto costo, que en sendos casos determine el Ministerio de la Protección Social, en una cuenta denominada «cuenta de alto costo» que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados.

76 NOTA EDITORIAL: El artículo 4° de la Resolución 2565 de 2007 establece que las enfermedades de alto costo a las que se debe destinar dinero de la cuenta de alto costo (Art. 1 del Decreto 2699 de 2007), son las establecidas en la Resolución 412 de 2000, entre las cuales se incluyen las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica. Sífilis, entre otras).

77 NOTA EDITORIAL: **Artículo 1°.** […] téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes: a) Cáncer de cérvix […] l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

gradual, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones. El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la etapa final y más grave de la infección por VIH, la cual produce daño severo al sistema inmunitario. **(Min. ProtecciónSocial, Resolución 3974/2000, art.2°)**

310 Patologías de tipo catastrófico. Son patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguientes procedimientos:

- Manejo de pacientes infectados por VIH. **(Min.Salud, Resolución 5261/1994, art.117)**

5.1.2. Derechos, deberes y prohibiciones

311 Derecho a no ser objeto de un trato discriminatorio. «Los enfermos de Sida, e inclusive los portadores sanos del VIH, vienen siendo objeto de discriminación social y laboral. El Estado no puede permitir tal discriminación, básicamente por dos razones: porque la dignidad humana impide que cualquier sujeto de derecho sea objeto de un trato discriminatorio, pues la discriminación, per se, es un acto injusto y el Estado de derecho se fundamenta en la justicia, con base en la cual construye el orden social; y porque el derecho a la igualdad comporta el deber irrenunciable del Estado de proteger especialmente a quienes se encuentran en condiciones de inferioridad manifiesta. Es un ser humano y, por tanto, titular de todos los derechos proclamados en los textos internacionales de derechos humanos.» **(Corte Constitucional. SU-256/1996)**

312 Discriminación por sospecha o confirmación de estar infectado por VIH. Amenaza o vulneración del derecho a la igualdad mediante actitudes o prácticas individuales o sociales, que afecten el respeto y la dignidad de la persona o grupo de personas y el desarrollo de sus actividades, por la sospecha o confirmación de estar infectadas por VIH. **(Decreto 1543/1997, art. 2°)**

313 Protección constitucional especial. Las personas que, en razón de su condición física están en una circunstancia de debilidad manifiesta por estar infectadas con VIH o por padecer SIDA, gozan de una protección constitucional especial en virtud de la cual no pueden ser discriminadas. **(Corte Constitucional, T-948/2008)**

314 Derechos de los trabajadores infectados por VIH. Los servidores públicos y trabajadores privados no están obligados a informar a sus empleadores su condición de infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En todo caso se garantizarán los derechos de los trabajadores de acuerdo con las disposiciones legales de carácter laboral correspondientes.

Parágrafo 1º. Quienes decidan voluntariamente comunicar su estado de infección a su empleador, éste deberá brindar las oportunidades y garantías laborales de acuerdo a su capacidad para reubicarles en caso de ser necesario, conservando su condición laboral.

Parágrafo 2º. El hecho de que una persona esté infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o haya desarrollado alguna enfermedad asociada al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no será causal de despido sin perjuicio de que conforme al vínculo laboral, se apliquen las disposiciones respectivas relacionadas al reconocimiento de la pensión de invalidez por pérdida de la capacidad laboral. **(Decreto 1543/1997, art. 35)**

315 Consentimiento para práctica de pruebas para detectar VIH. La práctica de pruebas de laboratorio para detectar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el orden individual o encuestas de prevalencia, sólo podrá efectuarse previo consentimiento de la persona encuestada o cuando la autoridad sanitaria competente lo determine, de acuerdo con las previsiones del presente decreto. **(Decreto 1543/1997, art. 37)**

316 Consentimiento informado para detección de VIH.[78] Manifestación libre y voluntaria, que da una persona por escrito luego de la consejería pre prueba con el fin de realizarle el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH, el cual deberá consignarse en la historia clínica. **(Decreto 1543/1997, art. 2º)**

317 Derecho a decidir la inhumación o cremación. Las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en cualquier momento de su infección, o los responsables de ésta después de su muerte, podrán decidir libremente la inhumación o cremación del cadáver, por no existir riesgo de orden sanitario que comporte situaciones de peligro para la salud comunitaria, en cualquiera de tales eventos. **(Decreto 1543/1997, art. 45)**

318 Amparo del derecho a la salud de las personas con diagnóstico de VIH. Cuando un enfermo con VIH/SIDA requiere un tratamiento o procedimiento fundamental para garantizar su existencia en condiciones dignas, el derecho a la salud debe ser amparado a través de la acción de tutela, ya sea que se encuentre o no incluido en el Plan Obligatorio de Salud y así se esté la

78 NOTA EDITORIAL: Referirse al subcapítulo sobre consentimiento informado.

persona afiliada al régimen subsidiado o contributivo de salud. **(Corte Constitucional, T-579A/2011)**

319 Derecho a la Promoción, Prevención y Educación en Salud. Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción, prevención y conservación de su salud personal y la de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, salud mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, especialmente las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales. **(Decreto 1543/1997, art. 42)**

320 Obligación de proporcionar asistencia a paciente infectado con VIH/SIDA. Las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-SIDA o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS. Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto.

El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida.

Parágrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997[79] que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución san-

79 NOTA EDITORIAL: Remitirse al proceso sancionatorio contemplado en el presente capítulo.

cionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECAT. **(Ley 972/2005, art. 3)**

321 Continuidad del servicio de salud en caso de pacientes con diagnóstico de VIH. «Cuando en un caso concreto están de por medio derechos fundamentales como la vida, la integridad y la dignidad, quien presta un servicio de salud no puede realizar actos que comprometan su continuidad del servicio y como consecuencia de ello la eficiencia del mismo.» **(Corte Constitucional, T- 246 de 2005)**

322 Atención por parte del estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que las complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida y que en ningún caso se pueda afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación o segregación, lesionar los derechos fundamentales a la intimidad y privacidad del paciente, el derecho al trabajo, a la familia, al estudio y a llevar una vida digna y considerando en todo caso la relación médico-paciente.

Se preservará el criterio de que la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar la propagación de la enfermedad. **(Ley 972/2005, art.2º)**

323 Situación de debilidad manifiesta de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA. «En tanto las personas que padecen VIH están una situación de debilidad manifiesta debido a que la enfermedad disminuye las posibilidades de ejercer plenamente los derechos fundamentales, solo pueden ser protegidas de manera efectiva si se proporcionan los tratamientos y se suministran los medicamentos destinados al control de esta enfermedad, calificada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como catastrófica y ruinosa.» **(Corte Constitucional, T- 067/2005)**

324 Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud.[80] Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:

[…]

80 NOTA EDITORIAL: Remitirse a la información correspondiente al capítulo sobre Maternidad Segura.

3. Diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre-hijo.

4. Disponer lo necesario para garantizar tanto la prueba VIH/SIDA como el seguimiento y tratamiento requeridos para el recién nacido. **(Ley 1098/2006, art. 46)**

325 Deberes de las IPS y personas del equipo de salud. Las personas y entidades de carácter público y privado que promuevan o presten servicios de salud, están obligadas a dar atención integral a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a los enfermos de SIDA, o de alto riesgo, de acuerdo con los niveles de atención grados de complejidad que les corresponda, en condiciones de respeto por su dignidad, sin discriminarlas y con sujeción a lo dispuesto en el presente decreto, y en las normas técnico administrativas y de vigilancia epidemiológica expedidas por el Ministerio de Salud. **(Decreto 1543/1997, art. 31)**

326 Deber de realización de pruebas en los bancos de sangre y órganos. Los bancos de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, así como las demás entidades médico asistenciales que los reciban para fines de trasplantes, deberán realizar a sus donantes la prueba para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); igualmente los bancos de sangre y hemoderivados realizarán a las unidades de sangre donadas, las pruebas serológicas especificas para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Parágrafo. En estos casos las pruebas que realice el banco de sangre se limitarán al tamizaje e informarán el resultado correspondiente a las autoridades sanitarias competentes, cuando el donante de manera previa así lo hubiere autorizado. **(Decreto 1543/1997, art. 22)**

327 Obligación de realizar pruebas.[81] Los bancos de sangre, cualquiera que sea su categoría deberán obligatoriamente practicar bajo su responsabilidad a todas y cada una de las unidades recolectadas las siguientes pruebas:

- Detección de anticuerpos contra al virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (HIV) 1 y 2.

81 NOTA EDITORIAL: Si bien el decreto 1543 de 1997 es posterior y reduce la obligación de los bancos de sangre al tamizaje, actualmente se considera indispensable aplicar esta norma en el sentido de someter todas las unidades de sangre a pruebas diagnóstico completas.

Parágrafo Primero. El Ministerio de Salud podrá ampliar la obligatoriedad de la práctica de pruebas a que se refiere el presente artículo cuando considere necesario, según el perfil epidemiológico o el riesgo.

Parágrafo Segundo. Los reactivos que se empleen para la detección de infecciones transmitidas por transfusión deben ser vigilados y controlados a través del Instituto Nacional de Salud.

Parágrafo tercero. Cuando un resultado sea positivo para alguno o algunos de los exámenes practicados a la unidad de sangre para detectar agentes infecciosos transmitidos por transfusión, el banco de sangre estará en la obligación, previa confirmación del resultado respectivo, de remitir al donante al equipo de salud correspondiente para su valoración y seguimiento y deberá notificar el caso a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Salud de su jurisdicción. **(Decreto 1571/1993, art. 42)**

328 Obligaciones de realizar acciones de promoción, prevención y asistencia de las EPS. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) estarán en la obligación de realizar acciones de promoción, prevención y asistencia, de conformidad con el artículo 179 de la Ley 100 de 1993.[82] **(Decreto 1543/1997, art. 19)**

329 Deberes de la comunidad. Todas las personas de la comunidad tienen el deber de velar por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria a fin de evitar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), poniendo en práctica las medidas de autocuidado y prevención. **(Decreto 1543/1997, art. 30)**

330 Deber de la confidencialidad. Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad. **(Decreto 1543/1997, art. 32)**

82 NOTA EDITORIAL: Véase el Artículo 179. Campo de Acción de las Entidades Promotoras de Salud. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las Entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada Entidad Promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

331 Confidencialidad respecto de la identidad de la persona diagnosticada con VIH. «Las autoridades pueden difundir informaciones relativas a la vida sexual de los asociados, veraces y objetivas, con miras a alertar a la comunidad sobre los peligros que representan las enfermedades de transmisión sexual y la manera de prevenirlos, siempre que la información develada no permita individualizar a sus protagonistas.» **(Corte Constitucional, T-526/2002)**

332 Deber de información, capacitación y educación. Las entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud deben promover y ejecutar acciones de información, capacitación y educación continuada sobre ETS, VIH y SIDA al personal, con el fin de mantenerlos actualizados en conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos al respecto, con la obligación de hacer aplicación, seguimiento y evaluación de las mismas. **(Decreto 1543/1997, art. 10)**

333 Deber de informar de la persona con diagnóstico de VIH. Para poder garantizar el tratamiento adecuado y evitar la propagación de la epidemia, la persona infectada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), o que haya desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y conozca tal situación, está obligada a informar dicho evento a su pareja sexual y al médico tratante o al equipo de salud ante el cual solicite algún servicio asistencial. **(Decreto 1543/1997, art. 36)**

334 Deber de no infectar.[83] La persona informada de su condición de portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) deberá abstenerse de donar sangre, semen, órganos o en general cualquier componente anatómico, así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas. **(Decreto 1543/1997, art. 41)**

335 Información que deben reportar las EPS y otras entidades. El objeto de la presente resolución es establecer la periodicidad y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y las demás Entidades Obligadas a Compensar para el reporte de información de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). **(Min.ProtecciónSocial, Resolución 4725/2011, art. 1)**

83 NOTA EDITORIAL: La estructura de esta norma es la misma incluida en el artículo 370 de la Ley 599 DE 2000, por la cual se expide el Código Penal que fue modificada por el artículo 3 de la Ley 1220 de 2008, que reza: «Propagación del virus de inmunodeficiencia humana o de la hepatitis B. El que después de haber sido informado de estar infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de la hepatitis B, realice prácticas mediante las cuales pueda contaminar a otra persona, o done sangre, semen, órganos o en general componentes anatómicos, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.»

336 Preparación a la familia o responsables del paciente. El equipo de salud capacitará a la persona responsable del paciente y a quienes conviven con éste para prestar la atención adecuada. **(Decreto 1543/1997, art. 11)**

337 Ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento. Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado son responsables del obligatorio cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública de que trata el presente Acuerdo[84] en su población afiliada. **(CNSSS, Acuerdo 117/1998, art. 1°)**

338 Obligaciones de los representantes legales con sujetos de especial protección. En cumplimiento de las obligaciones que como aseguradoras le han sido asignadas a las Entidades Promotoras de Salud, los representantes legales de estas entidades deberán:

[…]

13. Generar estrategias que permitan el acceso inmediato a los servicios de salud de los sujetos de especial protección como lo son las niños, niñas, adolescentes, tercera edad, mujeres embarazadas, discapacitados, enfermos mentales, **de alto costo** y demás que sean determinadas en la Constitución o la Ley, para tal fin […]. **(Super.Salud, Circular 51/2008, num. 2)**

339 Posibilidad de denunciar personas son diagnóstico de VIH que no cumplen deberes legales de no infectar. Las personas que incumplan los deberes consagrados en los artículos 36 y 41 del Capítulo V[85] del presente decreto, podrán ser denunciadas para que se investigue la posible existencia de delitos por propagación de epidemia,[86] violación de medidas sanitarias y las señaladas en el Código Penal. **(Decreto 1543/1997, art. 55)**

340 Sanciones.[87] El incumplimiento de las disposiciones del presente decreto por parte de las instituciones públicas, privadas o personas naturales o jurídicas,

84 NOTA EDITORIAL: Entre las enfermedades de interés en salud pública, el artículo 7° del Acuerdo 117/1998 contempla las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH).

85 NOTA EDITORIAL: Los deberes establecidos en los artículos 36 y 41 del Capítulo V del Decreto 1543/1997, se refieren a los de informar y no infectar, incluidos dentro de la presente compilación.

86 NOTA EDITORIAL: Artículo 370 de la Ley 599 de 2000, modificada por el artículo 3 de la Ley 1220 de 2008.

87 NOTA EDITORIAL: La información relacionada con el proceso sancionatorio, autoridades competentes, el proceso de investigación, formulación de cargos, notificaciones, descargos, pruebas, circunstancias atenuantes y las demás disposiciones relativas a las sanciones pue-

dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en la Ley 10 de 1990,[88] las cuales serán impuestas por las autoridades sanitarias en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia, de acuerdo a la gravedad de la falta, así:

a) Multas en cuantía hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;

b) Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que presten servicios de salud hasta por un término de seis (6) meses;

c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud;

d) Suspensión o pérdida de la autorización para la prestación de servicios de salud. **(Decreto 1543/1997, art. 56)**

341 Restricción de donar sangre con base en comportamientos sexuales riesgosos y no en orientación sexual del donante. «La restricción de donar sangre con base en la orientación sexual constituye una medida que no es conducente para lograr identificar a los donantes que configuran un riesgo, ya que va dirigido, no a los comportamientos sexuales riesgosos que son los que realmente están expuestos a una transmisión de VIH, sino a una calidad íntima de la identidad del donante, que per se no identifica riesgo alguno.» **(Corte Constitucional, T-248/2012)**

342 Prohibición para realizar pruebas. La exigencia de pruebas de laboratorio para determinar la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) queda prohibida como requisito obligatorio para:

a) Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos, sociales o de rehabilitación;

b) Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma;

c) Ingresar o residenciarse en el país;

d) Acceder a servicios de salud

e) Ingresar, permanecer o realizar cualquier tipo de actividad cultural, social, política, económica o religiosa. **(Decreto 1543/1997, art. 21)**

343 Prohibición de pruebas diagnósticas para la cobertura de servicios. Por ser la salud un bien de interés público y un derecho fundamental, las entidades de medicina prepagada, aseguradoras, promotoras o prestadoras de servicios de salud, sean públicas o privadas, no podrán exigir pruebas diag-

den ser consultadas en el Capítulo VII sobre Procedimientos y Sanciones en el Decreto 1543 de 1997.

88 NOTA EDITORIAL: se refiere al artículo 49.

nósticas de laboratorio para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) como requisito para acceder a la cobertura respectiva de protección. La condición de persona infectada por no corresponder a la noción de enferma, no podrá considerarse como una condición patológica preexistente, tampoco se podrán incluir cláusulas de exclusión. **(Decreto 1543/1997, art. 40)**

344 Prohibición de la referencia en carnets. Sin perjuicio de las medidas sanitarias de carácter individual a que haya lugar y del derecho que toda persona tiene a obtener certificado de su estado de salud cuando lo considere conveniente, se prohíbe la exigencia de carnet o certificado con referencia a Enfermedades de Transmisión Sexual, incluida la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). **(Decreto 1543/1997, art. 25)**

345 Personas privadas de la libertad.[89] Las personas privadas de la libertad no podrán ser obligadas a someterse a pruebas de laboratorio para detectar infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). **(Decreto 1543/1997, art. 38)**

346 Deber de protección a internos infectados con VIH. «Cuando se trata de internos infectados con VIH, el Estado posee la obligación de garantizar una mayor protección a sus derechos fundamentales por cuanto se despliega una relación de sujeción especial que, además de exigir derechos y obligaciones entre las partes, limita a los internos a acceder únicamente a los servicios médicos que le proporciona el establecimiento penitenciario y carcelario donde se encuentra recluido.» **(Corte Constitucional, T-792A/2012)**

5.2. Promoción, prevención y detección

347 Promoción. La promoción de la salud, en el caso específico de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), implicará el respeto por la autodeterminación de las personas en cuanto a sus hábitos y conductas sexuales. **(Decreto 1543/1997, art. 12)**

348 Prevención. La prevención en su más amplia acepción deberá garantizar:

a) Procesos de educación e información;

b) Servicios sociales y de salud;

89 NOTA EDITORIAL: La Guía de Prevención de VIH para la población privada de libertad, puede ser consultada en la base de datos **aquí.**

c) Un ambiente de apoyo y tolerancia social basado en el respeto a los derechos humanos. (Decreto 1543/1997, art. 13)

349 Gasto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos de gasto. Con cargo a los recursos de que trata el artículo 5º[90] del presente Decreto, los municipios, distritos y departamentos financiarán las siguientes acciones de promoción de la salud:

[…]

10. Provisión de medicamentos (…) enfermedades de transmisión sexual, (…). **(Decreto 1891/1994, art. 6)**

350 Intersectorialidad en promoción y prevención. La promoción y la prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) serán impulsadas por todos los sectores y organismos nacionales, y por las entidades de carácter privado que presten protección integral en salud. **(Decreto 1543/1997, art. 14)**

351 Protocolos de atención integral en VIH/SIDA. El Ministerio de Salud, teniendo en cuenta los principios científicos universalmente aceptados, expedirá las normas para la promoción, la prevención y asistencia de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). **(Decreto 1543/1997, art. 15)**

352 Educación para la prevención de ETS y SIDA. El Ministerio de Educación Nacional a través de los proyectos de educación sexual, en coordinación con el Ministerio de Salud, promoverá una sexualidad responsable, sana y ética en la niñez y la juventud. La educación sexual en las instituciones educativas

90 NOTA EDITORIAL: Véase. Artículo 5º. Fuentes de Financiación. Son fuentes de financiación de los programas de promoción de la salud, los siguientes:
1. Las partidas que se le asignen a programas nacionales en el presupuesto nacional a través del Ministerio de Salud.
2. Los cinco puntos que debe asignar cada entidad territorial, como mínimo, del monto total del situado fiscal en salud de acuerdo con el parágrafo 1º del artículo 10 de la Ley 60 de 1993.
3. Los recursos propios que los departamentos, distritos y municipios asignen a las acciones de promoción de la salud.
4. Los recursos que los municipios y distritos asignen con cargo al 10% de las participaciones municipales de destinación especial para salud, o del componente que no tiene destinación a subsidios a la demanda en salud, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto ley 1298 de 1994.
5. Los recursos que se designen del 20% de las participaciones de los municipios destinado para agua potable y saneamiento básico.
Parágrafo. De acuerdo con las definiciones del Consejo Nacional de Seguridad Social, los recursos de la cuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía podrán destinarse a cofinanciar los programas de promoción organizados por las entidades territoriales.
[…]

se hará con la participación de toda la comunidad educativa haciendo énfasis en la promoción de actitudes y comportamientos responsables que permitan el desarrollo de la autonomía, la autoestima, los valores de convivencia y la preservación de la salud sexual; factores que contribuyen a la prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). **(Decreto 1543/1997, art. 16)**

353 Difusión de mensajes. El Ministerio de Comunicaciones, la Comisión Nacional de Televisión, y la Radiodifusora Nacional adoptarán los mecanismos necesarios para que a través de los medios masivos de comunicación se emitan mensajes de promoción focalizados a poblaciones, específicas de la comunidad,[91] tendientes a la prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), los cuales podrán incluir el uso del condón, la educación en valores y la no discriminación hacia las personas que viven con el VIH y SIDA. **(Decreto 1543/1997, art. 17)**

354 Participación de las ONG para la promoción y la prevención de VIH y SIDA. El Ministerio de Salud, o la autoridad delegada, apoyará y coordinará la planeación y ejecución de acciones de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) tendientes a la formación de líderes en grupos poblacionales específicos para la promoción y la prevención sobre los diferentes aspectos de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). **(Decreto 1543/1997, art. 18)**

355 Disponibilidad de condones.[92] Los establecimientos que ofrezcan facilidades para la realización de prácticas sexuales, así como las droguerías y

91 NOTA EDITORIAL: La Guía de Prevención de VIH dirigida a mujeres trabajadoras sexuales puede ser consultada **aquí.**

92 NOTA EDITORIAL: La trascendencia de esta norma radica en entender la importancia del uso del condón como un mecanismo para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. De hecho, la Resolución 769 de 2008 sobre Atención en Planificación Familiar, incluye normas relativas a uso de condones por personas infectadas con ITS/VIH. En el artículo 5.1 ibid se establece que en las consultas de planificación familiar, «se debe orientar, informar y educar al usuario sobre Prevención de ITS (uso de condón como método de protección adicional).» Así mismo, el artículo 5.7. que establece los criterios y mecanismos para el suministro del condón masculino de látex como método de doble protección para la prevención de embarazos y de ITS/VIH/SIDA, establece que […] «Cuando existe el riesgo de transmisión de ITS/VIH/SIDA, es importante recomendar enfáticamente la doble protección a todas las personas en condiciones de vulnerabilidad. Se debe recordar siempre la importancia del uso del condón para prevenir la transmisión de ITS/VIH y facilitar su uso en estas circunstancias, pues está comprobado que los condones masculinos de látex son efectivos tanto para prevenir el embarazo como las ITS/VIH/SIDA, cuando se usan de manera correcta y consistente.» El artículo 5.7.1 que da indicaciones para la entrega del condón masculino de látex para la prevención de ITS/VIH/SIDA, señala que «el condón masculino de látex debe recomendarse y proveerse, como evento POS o POS-S y con cargo a los recursos UPC o UPC-S, para prevenir un embarazo y la transmisión de ITS/VIH/SIDA para:
[…]

farmacias o similares, deberán garantizar a sus usuarios la disponibilidad de condones como una medida de prevención. **(Decreto 1543/1997, art. 24)**

356 Componentes del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectiva. [93]El plan de salud pública de intervenciones colectivas está compuesto por las intervenciones, procedimientos y actividades cuya ejecución se ceñirá a los lineamientos técnicos que para el efecto expida la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social y que se señalan a continuación:

Promoción de la salud y calidad de vida

a) Difusión y promoción de las Políticas Públicas en Salud, Modelos, Normas Técnicas y Guías de Atención Integral;

[…]

o) Promoción de campañas de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP **(Min.ProtecciónSocial, Resolución 0425/2008, art. 17, num. 1)**

357 Componentes del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. El plan de salud pública de intervenciones colectivas está compuesto por las intervenciones, procedimientos y actividades cuya ejecución se ceñirá a los lineamientos técnicos que para el efecto expida la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social y que se señalan a continuación:

Acciones de prevención de los riesgos en salud

[…]

---

d) Parejas sexualmente activas a quienes se haga diagnóstico y se inicie tratamiento de ITS.» Finalmente, el artículo 5.7.2 ibid consagra los mecanismos para la provisión del condón masculino de látex para la prevención de ITS/VIH/SIDA. Indica que «el uso consistente del condón masculino de látex en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, […] ofrece protección a la pareja cuando esta es serodiscordante y previene la reinfección por otras cepas virales y la exposición a otras ITS, cuando ambos miembros de la pareja son seropositivos.» También hace énfasis en las siguientes recomendaciones para hacer un uso correcto del método: «La protección que brinda el método frente a una ITS/VIH/SIDA disminuye si no se usa en cada relación sexual; por lo tanto exige no solo el uso correcto del método, sino también consistente. Para el suministro del condón masculino de látex ante el diagnóstico de ITS diferente a VIH/SIDA, […] el médico indicará el tratamiento farmacológico y realizará el suministro durante el tiempo total de manejo. En ese momento, los pacientes y en lo posible sus parejas, deben asistir a la consejería anteriormente descrita, para indagar sobre conductas sexuales de riesgo y reforzar la forma de uso del condón masculino de látex. Se suministrará el método según la ITS diagnosticada y la duración del tratamiento; aunque en estos casos siempre se debe preferir la abstinencia.» Las normas sobre el condón como método de planificación familiar pueden ser consultadas en el capítulo sobre Planificación Familiar y en la Resolución 0769 de 2008.

93 NOTA EDITORIAL: La Resolución 425 de 2008 tiene como fin acoger las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 adoptado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007.

f) Identificación de poblaciones vulnerables y canalización hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar y **citología cérvico-uterina**, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; (Min.ProtecciónSocial, Resolución 0425/2008, art 17, num 2)

(…) importante

i) Impulsar el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH/SIDA y la Guía de Atención en VIH/SIDA;

j) Desarrollo e implementación del Plan de Respuesta Intersectorial en VIH/SIDA vigente en Colombia, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, los actores de otros sectores y la comunidad; **(Min.ProtecciónSocial, Resolución 0425/2008, art. 17, num. 2)**

358 Criterios que deben ser cumplidos por los prestadores para detección temprana. Los criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.

Se cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas de Protección Específica y Detección Temprana que se ofrecen:

[…]

4. Si se ofrece asesoría de prueba voluntaria de VIH APV, contar con formato de consentimiento de realización de prueba voluntaria. **(Min.Salud, Resolución 1441/2013, art. 2.3.2.1)**

359 Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas. El Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades[94] a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Sa-

94 NOTA EDITORIAL: Incluida la o) Promoción de campañas de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP (art. 17 - Promoción de la salud y calidad de vida.)

lud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **(Min.ProtecciónSocial, Resolución 0425/2008, art. 16)**

360 Identificación de la población en riesgo. Es responsabilidad de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, establecer los mecanismos necesarios para identificar los riesgos en su población afiliada, con el fin de direccionar las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.[95]

Parágrafo. De ninguna manera podrá utilizarse la identificación de riesgos como un mecanismo de exclusión de derechos por parte de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado. **(CNSSS, Acuerdo 117/1998, art. 11)**

5.3. Atención y tratamiento

5.3.1. Atención médica

361 Atención básica. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como […] las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida […].

La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales. **(Ley 100/1993, art. 165)**

362 Atención integral a lucha contra VIH y SIDA. Declárese de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-.

El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para

95 NOTA EDITORIAL: Entre las enfermedades de interés en salud pública, el artículo 7° del Acuerdo 117/1998 contempla las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH).

el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

Parágrafo 1º. El día primero (1º) de diciembre de cada año se institucionaliza en Colombia como el Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA, en coordinación con la comunidad internacional representada en la Organización de las Naciones Unidas, ONU, y la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Parágrafo 2º. Además de los programas regulares desarrollados por el Gobierno, en esta fecha, el Ministerio de la Protección Social coordinará todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción de la salud, en concordancia con el lema o el tema propuesto a nivel mundial por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, Onusida, y promoverá, en forma permanente, y como parte de sus campañas, el acceso de las personas afiliadas y no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **(Ley 972/2005, art. 1)**

363 Atención integral de la salud. La atención integral a las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo con el criterio del equipo de salud y con sujeción a las normas técnico administrativas que expida el Ministerio de Salud, podrá ser de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario y tendrá su acción en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación. Esta incluirá los medicamentos requeridos para controlar la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces, para mejorar la calidad de vida de la persona infectada.

Parágrafo. La familia y el grupo social de referencia, participarán activamente en el mantenimiento de la salud de las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), en la recuperación de personas enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como en el proceso del bien morir de las personas en estado terminal. **(Decreto 1543/1997, art. 9)**

364 La atención en salud en VIH/SIDA debe ser integral. «Debido a que el Sida representa una amenaza para la salud pública, los centros médicos están obligados a prestar una atención integral a los infectados o enfermos.» **(Corte Constitucional, T-505/1992)**

365 Tratamiento para enfermedades ruinosas o catastróficas. Para efectos del presente Manual se definen como aquellos tratamientos utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por

un bajo costo- efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo. Se incluyen los siguientes:

[…]

c. Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.

Parágrafo. Los tratamientos descritos serán cubiertos por algún mecanismo de aseguramiento y estarán sujetos a períodos mínimos de cotización exceptuando la atención inicial y estabilización del paciente urgente, y su manejo deberá ceñirse a las Guías de Atención Integral[96] definidas para ello. **(Min.Salud, Resolución 5261/1994, art.17)**

366 Excepción a la regla de período mínimo de cotización cuando el paciente requiere el tratamiento de urgencia y no tiene capacidad de pago. «En el caso de enfermedades catastróficas o de alto costo, si bien deben respetarse las semanas mínimas de cotización, también lo es que cuando el afectado no tiene el mínimo de semanas cotizadas, puede acceder a los servicios médicos cancelando el porcentaje correspondiente a las semanas que le faltan para completar el mínimo o, en último caso, si fuere urgente e imprescindible la atención y el afectado careciere de recursos económicos para ello, la EPS deberá suministrarle los cuidados médicos y clínicos que requiera, pudiendo posteriormente repetir por los sobrecostos contra la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Seguridad Social –Fosyga» **(Corte Constitucional T-542/2001)**

367 Guías de Práctica Clínica VIH /SIDA. Adoptar las **Guías de Práctica Clínica para VIH /SIDA y Enfermedad Renal Crónica**, anexas a la presente Resolución, las cuales serán de obligatoria referencia para la atención de las personas con infección por VIH y con Enfermedad Renal Crónica, por parte de Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y en lo que sea competencia de las Administradoras de Riesgos Profesionales. **(Min.Salud, Resolución 3442/2006, art. 1)**

368 Modelo de Atención VIH /SIDA. Adoptar las recomendaciones del Modelo de Gestión Programática en VIH–SIDA y del Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica, anexos a la presente resolución, en sus aspectos de vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia integral como el instrumento de referencia para la gestión programática, por parte de todos los actores del Sistema General de

96 NOTA EDITORIAL: Las contenidas en la Resolución 3442 de 2006 y 412 de 2000.

Seguridad Social en Salud, según los recursos y competencias establecidas por la ley. **(Min.Salud, Resolución 3442/2006, art. 2)**

369 Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública. Las siguientes condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH) **(CNSSS, Acuerdo 117/1998, art. 7)**

370 Red de prestadores de servicios de las actividades, que garanticen atención en salud. Todas las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, tienen la obligación de contar como parte de la red asistencial, con una red de prestadores de servicios debidamente acreditada, propia o contratada, pública o privada que garantice las atenciones en salud contenidas en el presente Acuerdo.[97] El listado de IPS que conforman la red y los servicios que prestan, deberá ser entregado a cada usuario en el momento de la afiliación; los cambios que se presenten en la misma deberán informarse oportunamente a los afiliados.

Las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, deben presentar ante las entidades territoriales de salud, el listado de IPS con las cuales contratará la prestación de los servicios de los que habla el presente acuerdo, para que se proceda a la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales, que garanticen la atención a la población de su área de influencia. Lo anterior sin perjuicio de las acciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia de Salud. **(CNSSS, Acuerdo 117/1998, art. 9)**

5.3.2. Procedimientos e intervenciones POS

371 Financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública. La financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública, acorde con las normas vigentes, se realizará de la siguiente manera:

[…]

97 NOTA EDITORIAL: Como parte de la atención en salud mencionada en este Acuerdo (CNSSS 117 de 1998) se incluye la atención oportuna y seguimiento de Enfermedades de Interés en Salud Pública, entre esas las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH) mencionadas en el artículo 7 del mismo Acuerdo.

3. Los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado según la afiliación del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud o con cargo a los recursos para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de conformidad con la normatividad vigente. **(Decreto 2323/2006, art 23)**

372 Responsabilidades de los departamentos, distritos, y municipios categoría e, 1, 2, y 3. Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública, incluidas en el Plan Obligatorio de Salud-POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado. **(Decreto 3039/2007, cap. VI, num. 5)**

373 Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud. Fijar como actividades y procedimientos de laboratorio Clínico, los siguientes:

19878 SIDA, anticuerpos VIH 1

19879 SIDA, anticuerpos VIH 2

19882 SIDA, antígeno P24

19884 SIDA, prueba confirmatoria (Western Blot, otros)

19885 Sífilis, serología confirmatoria (FTA,ABS)

19886 Sífilis, serología presuntiva (cardiolipina o VDRL) **(Min.Salud, Resolución 5261/1994, art. 74)**

374 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. De conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS– el Plan Obligatorio de Salud cubre todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana y adoptadas mediante las Resoluciones[98] 412 y 3384 de 2000, 3442 de 2006 y 0769 y 1973 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social. **(CRES, Acuerdo 29/2011, art. 12)**

375 Complementos nutricionales incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan Obligatorio de Salud para los menores de edad cubre:

98 NOTA EDITORIAL: Las Resoluciones 412 de 2000 y 3442 de 2006 adoptan las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana de las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica. Sífilis, VIH) entre otras.

- Fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, **hijos de mujeres VIH positivas**, según el criterio del médico o nutricionista tratante. **(CRES, Acuerdo 29/2011, art. 70)**

376 Coberturas del Plan Obligatorio de Salud para menores de 18 años. Las coberturas del Plan Obligatorio de Salud vigentes para los menores de 18 años son las establecidas en el Acuerdo número 029 de 2011[99] de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que deben prestarse por parte de las Empresas Promotoras de Salud garantizando la complementariedad de las acciones del Plan Obligatorio de Salud vigente con las acciones individuales o colectivas de otros planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las cuales se agrupan de acuerdo con los ciclos vitales establecidos por el legislador:

Prenatal a menores de 6 años:

[…]

5. ATENCIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA**.** El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las alteraciones asociadas a […] Sífilis Congénita, mediante las atenciones establecidas en dicho Plan, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de enfermedades de interés en Salud pública del Ministerio de Salud y Protección Social, definidas mediante Resoluciones número 412 y 3384[100] de 2000.

Se cubren además los siguientes complementos nutricionales:

- Fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

[…]

6. ATENCIÓN A HIJOS DE MADRES VIH POSITIVAS**.** Los hijos de madres VIH positivas tienen derecho a las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH-Sida es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/Sida adoptada oficialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

[…]

99 Entre esas las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica. Sífilis, VIH), incluidas en el POS mediante el artículo 12 del Acuerdo 29 de 2011 de la CRES.

100 NOTA EDITORIAL: La Resolución 3384 fue derogada por la Resolución 4505 de 2012.

De 6 a menores de 14 años:

[…]

4. ATENCIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las alteraciones asociadas a […] Sífilis Congénita […], mediante las atenciones para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social, definidas mediante Resoluciones número 412 y 3384 de 2000.[101]

5. ATENCIÓN A MENORES CON VIH POSITIVO**.** El Plan Obligatorio de Salud vigente, para el caso de menores con VIH positivos, cubre las tecnologías para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH-Sida es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/Sida adoptada oficialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

[…]

De 14 años a menores de 18 años

[…]

4. ATENCIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las alteraciones asociadas a la […] Sífilis congénita[…], mediante las atenciones para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social, definidas mediante Resoluciones números 412 y 3384 de 2000.

5. ATENCIÓN A MENORES CON VIH POSITIVO. El Plan Obligatorio de Salud, para los casos de menores con VIH positivos, cubre las tecnologías para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH-Sida es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/Sida, adoptada oficialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

[…] **(CRES, Acuerdo 31/2012, art. 1, lit. A,B y C)**

101 NOTA EDITORIAL: La guía técnica sobre VIH/ SIDA que estaba contenida en la Resolución 412 de 2000 fue derogada por la Resolución 3442 de 2006. Así mismo, la Resolución 3384 fue derogada por la Resolución 4505 de 2012.

377 Beneficios de transición para la población afiliada al régimen subsidiado sin unificación. La población afiliada al Régimen Subsidiado para la cual no se ha unificado el Plan Obligatorio de Salud, será atendida según las condiciones establecidas en el Título II[102] en lo relacionado con:

1. Las tecnologías en salud de promoción y prevención.

[…]

5. Las coberturas de pacientes con cataratas, VIH, cáncer, insuficiencia renal aguda y crónica y los que requieran amputaciones.

Las coberturas para los niveles 2 y 3 son las establecidas en el presente Título. **(CRES, Acuerdo 29/2011, art. 51)**

5.4. Medicamentos, pruebas y diagnóstico

378 Estrategias para disminuir costos de medicamentos VIH/SIDA. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, diseñará en un término no mayor de seis (6) meses a partir de la promulgación de esta ley, unas estrategias claras y precisas conducentes a disminuir los costos de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos utilizados en las enfermedades de alto costo, en particular el VIH/SIDA, cuyas acciones serán de aplicación inmediata.

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presete ley, el Gobierno Nacional, podrá hacer uso de los mecanismos que la normatividad le asigna con el fin de garantizar el acceso de la población a los medicamentos que sean objeto de algún tipo de protección. **(Ley 972/2005, art. 4)**

379 Sistema centralizado de negociación de precios y compras de medicamentos. En desarrollo del artículo anterior,[103] y con el objeto de reducir el costo de los medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento y dispositivos médicos de uso en enfermedades consideradas ruinosas o catastróficas en particular el VIH/SIDA, la Insuficiencia Renal Crónica y el Cáncer, se faculta el Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras, que permita conseguir para el país y para el SGSSS reducciones sustanciales de los costos de estas patologías y tener un mejor control sobre la calidad y la fármaco vigilancia de los productos adquiridos. **(Ley 972/2005, art. 5)**

102 NOTA EDITORIAL: Título II. Cobertura del Plan Obligatorio de Salud.
103 NOTA EDITORIAL: Véase Ley 972/2005, art. 4.

380 Del diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Teniendo en cuenta los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, el diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) es un acto propio del ejercicio de la medicina. **(Decreto 1543/1997, art. 3)**

381 lndicación de las pruebas diagnósticas. Las pruebas de laboratorio para el apoyo diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) están indicadas con los siguientes propósitos:

a) Confirmación de sospecha clínica de la infección por VIH por parte de un profesional de la medicina, con el consentimiento informado de la persona;

b) Estudio de investigación del comportamiento epidemiológico de la infección por VIH;

c) Para atender la solicitud individual de la persona interesada;

d) Para descartar la presencia del VIH en material biológico humano.

Parágrafo: Los estudios de investigación a que se refiere el literal «b» del presente artículo, deberán ceñirse a lo estipulado en el capítulo IV del presente decreto.[104] **(Decreto 1543/1997, art. 4)**

382 Realización de pruebas diagnósticas. Las pruebas presuntiva y suplementaria de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) previa consejería, se realizarán en laboratorios públicos o privados que cumplan los requisitos y normas de calidad establecidas por la Red Nacional de Laboratorios. **(Decreto 1543/1997, art. 5)**

383 Entrega de resultados de las pruebas. Los resultados de las pruebas para diagnóstico de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los de diagnóstico para las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) deberán ser entregados al paciente por un profesional de la medicina u otra persona del equipo de salud debidamente entrenada en consejería. **(Decreto 1543/1997, art. 6)**

384 Medidas de Bioseguridad para diagnóstico de ITS. Las entidades públicas y privadas asistenciales de salud, laboratorios, bancos de sangre,

104 NOTA EDITORIAL: Normas sobre estímulo de la investigación, investigación terapéutica, epidemiológica.

consultorios y otras que se relacionen con el diagnóstico, investigación y atención de personas, deberán:

a) Acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de Salud;

b) Capacitar a todo el personal vinculado en las medidas universales de bioseguridad;

c) Velar por la conservación de la salud de sus trabajadores;

d) Proporcionar a cada trabajador en forma gratuita y oportuna, elementos de barrera o contención para su protección personal, en cantidad y calidad acordes con los riesgos existentes en los lugares de trabajo, sean éstos reales o potenciales. **(Decreto 1543/1997, art. 23)**

385 Lineamientos de capacitación para la realización de pruebas. La presente resolución tiene por objeto establecer los lineamientos que se deberán observar en la capacitación dirigida al talento humano en salud de áreas diferentes a la bacteriología, que como tal, les permita en ámbitos distintos al laboratorio clínico, la realización de pruebas rápidas para VIH, sífilis y otras ITS y establecer directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH, sífilis y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). **(Min.Salud, Resolución 2338/2013, art. 1)**

386 Personal autorizado para realizar la asesoría para prueba voluntaria del VIH (APV). El talento humano en salud realizará procesos de asesoría previa y posterior a la prueba voluntaria del VIH, para tal efecto, podrá reforzar sus competencias en la asesoría en entrenamientos específicos en el área de las ITS – VIH/SIDA.

Dicha asesoría igualmente podrá realizarse por personas sin formación relacionada con ciencias de la salud, para lo cual deben participar en procesos de capacitación en asesoría para VIH, a los que refiere el parágrafo del presente artículo.

Los contenidos de estos procesos deberán estar acordes con las pautas de asesoría y prueba voluntaria de VIH, previstos o que para el efecto establezca este Ministerio.

Parágrafo. Las direcciones territoriales de salud deberán ofrecer en forma permanente al talento humano en salud y personas sin formación relacionada con ciencias de la salud, procesos de capacitación en Asesoría y Prueba Voluntaria (APV) o avalar procesos de entrenamiento apoyados en universidades, instituciones prestadoras de servicios de salud e instituciones privadas con experiencia en el tema, de acuerdo con las pautas de asesoría previstas o que para el efecto establezca este ministerio. **(Min.Salud, Resolución 2338/2013, art. 2)**

387 Realización de pruebas rápidas por profesionales de la salud y auxiliares de enfermería diferentes a los profesionales de bacteriología. Las pruebas rápidas para el proceso diagnóstico de VIH, sífilis y otras ITS podrán realizarse por profesionales de la salud, incluyendo personal auxiliar de enfermería, previamente entrenado por los laboratorios de salud pública de las direcciones territoriales de salud, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico,[105] que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo. Los profesionales de la salud y auxiliares de enfermería debidamente entrenados en la realización de pruebas rápidas podrán efectuarlas en ámbitos diferentes al laboratorio clínico, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución. **(Min.Salud, Resolución 2338/2013, art. 3)**

388 Alcance de las pruebas rápidas para VIH, sífilis y otras ITS. Las pruebas rápidas de detección de anticuerpos de VIH son presuntivas y facilitan la detección temprana de casos probables de infección. Cuando se utilizan en casos de violencia sexual[106] dentro de las 72 horas de ocurrido el evento de violencia, son esenciales para descartar infección previa antes de decidir suministrar profilaxis posexposición.

En todos los casos, ante la reactividad de una prueba rápida inicial, se deberá remitir a los laboratorios clínicos para su respectivo diagnóstico y confirmación del mismo conforme a los algoritmos vigentes, mediante técnicas de laboratorio habituales.

Las pruebas rápidas para sífilis, siendo treponémicas, confirman la infección por sífilis y su reactividad exige en todos los casos la realización de una prueba no treponémica que verifique la efectividad del tratamiento antibiótico instaurado. **(Min.Salud, Resolución 2338/2013, art. 4)**

389 Monitoreo y control de calidad de pruebas. Las direcciones territoriales de salud, a través de los laboratorios de salud pública, deberán realizar

105 NOTA EDITORIAL: El Anexo Técnico establece directrices técnicas para la realización de pruebas para el diagnóstico de la infección por VIH, Sífilis y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Entre otras disposiciones regula:
1. La realización de pruebas rápidas para VIH, Sífilis y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
2. La realización de pruebas rápidas para la detección de sífilis.
3. La realización de pruebas rápidas para el tamizaje de VIH
4. La entrega de resultados de las pruebas rápidas
5. Las capacitaciones a los profesionales de la salud y personal auxiliar de enfermería en la realización de pruebas rápidas para VIH y sífilis
6. La evaluación y certificación de los participantes
7. La implementación y utilización de registros estandarizados
8. Los algoritmos sugeridos para el diagnóstico de la sífilis

106 NOTA EDITORIAL: Ver capítulo sobre violencia sexual.

el monitoreo y control de calidad a las pruebas que realicen el personal entrenado y los profesionales de la salud; estos últimos deberán llevar los registros pertinentes en aras de permitir la trazabilidad de los casos. **(Min.Salud, Resolución 2338/2013, art. 5)**

390 Pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH/SIDA. La realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH/SIDA, son obligatorias y deben estar garantizadas en todos los casos por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes EPS - EPS's, las Entidades Adaptadas, las entidades responsables de los Regímenes de Excepción y los Prestadores de Servicios de Salud, debiendo tener presente que su incumplimiento será objeto de las investigaciones y sanciones que en desarrollo de las facultades de inspección, vigilancia y control adelanten las autoridades competentes. **(Min. Protección, Circular 0063/2007)**

5.5. Financiamiento

391 Períodos mínimos de cotización. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

A partir de la vigencia de la presente ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:

[…]

h) No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia.[107] **(Ley 1122/2007, art. 14, lit. h)**

107 NOTA EDITORIAL: Ver Circular Externa 0020 de 2007 del Ministerio de la Protección Social.

392 Cuenta de alto costo. Las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud publica directamente relacionadas con el alto costo, que en sendos casos determine el Ministerio de la Protección Social, en una cuenta denominada «cuenta de alto costo» que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados. **(Decreto 2699/2007, art. 1)**

393 Administración de la Cuenta de Alto Costo. La administración de la «cuenta de alto costo» se hará de manera conjunta por la totalidad de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC). La «cuenta de alto costo» se podrá manejar a través de encargo fiduciario o por el mecanismo que determinen el conjunto de las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar en entidades autorizadas por la Superintendencia Financiera y deberá ser aprobada por el Ministerio de la Protección Social. Las Entidades Promotoras de Salud y las demás entidades obligadas a compensar definirán los mecanismos de administración y auditoría, de lo cual darán cuenta al Ministerio de la Protección Social, dentro de los tres meses siguientes a partir de la expedición del presente decreto. Cualquier modificación en los anteriores mecanismos deberá ser tramitada en igual forma. **(Decreto 2699/2007, art. 2)**

394 Copagos y cuotas moderadoras. De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud,[108] no podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención a que se refiere la presente resolución.[109] **(Min.Salud, Resolución 412/2000, art. 13)**

395 Financiación de las ITS en el régimen contributivo. Todas las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento incluidas en el presente Acuerdo,[110] deben ser financiados con

108 NOTA EDITORIAL: Artículo 7o.- Servicios sujetos al cobro de copagos. Podrán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:
1. Servicios de promoción y prevención.
[…]
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.

109 NOTA EDITORIAL: Entre ellas las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH/SIDA)

110 NOTA EDITORIAL: Artículo 7o. Atención de enfermedades de interés en salud pública. Las siguientes condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.
[…]

cargo a la UPC. Los recursos definidos para promoción y prevención se utilizaran con carácter complementario y para desarrollar las estrategias conducentes al cumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente acuerdo. **(CNSSS, Acuerdo 117/1998, art. 20°)**

396 Financiación de las ITS en el régimen subsidiado. Todas las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento incluidas en el presente Acuerdo,[111] deben ser financiados con cargo a la UPC, con los recursos asignados para prestación de servicios y para las actividades de Promoción y Prevención. **(CNSSS, Acuerdo 117/1998, art. 21°)**

397 Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.

[…]

3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.

4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.

[…] **(CNSSS, Acuerdo 260/2004, art. 7)**

398 Cuotas moderadoras y copagos enfermedades alto costo. Para efectos de las cuotas moderadoras y copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos en el Plan Obligatorio de Salud corresponden a:

8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH. **(CRES, Acuerdo 29/2011, art. 45)**

399 Copagos enfermedades alto costo. Para efectos de los copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos corresponden a:

5. Casos de pacientes infectados por VIH. **(CRES, Acuerdo 29/2011, art. 66)**

400 Cuotas moderadoras o copago son legítimas. «Mientras que no se obstaculice el acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable, las cuotas moderadoras y las de recuperación o copagos son legítimas, como instrumentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para garantizar el equilibrio financiero». **(Corte Constitucional, T-815/2010)**

Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH).

111 NOTA EDITORIAL: Artículo 7o. Atención de enfermedades de interés en salud pública. Las siguientes condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.
[…]
Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH)

5.6. Vigilancia epidemiológica

401 Información de casos. En desarrollo del sistema de información epidemiológico, todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas del sector salud, estarán obligadas a notificar los casos de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y defunción a causa de esta enfermedad, así como de otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), a las Direcciones Territoriales de Salud, so pena de ser sancionadas de conformidad con las normas pertinentes y sin perjuicio de que puedan llegar a incurrir en el delito de violación de medidas sanitarias consagradas en el Código Penal. El secreto profesional no podrá ser invocado como impedimento para suministrar dicha información.

Parágrafo 1º. La información sobre el nombre de personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), gozará del amparo de reserva, deberá hacerse con sujeción a las disposiciones contempladas en el presente decreto y a las normas sobre vigilancia y control epidemiológico que para tal efecto expida el Ministerio de Salud.

Parágrafo 2º. Para garantizar el derecho a la intimidad, la información epidemiológica es de carácter confidencial y se utilizará solo con fines sanitarios. **(Decreto 1543/1997, art. 20)**

402 Revelación del secreto profesional. El médico únicamente puede ser relevado de mantener en secreto las conductas sexuales de los pacientes, por razón de su relación profesional con el paciente, «cuando tal revelación comporte beneficios comprobados para el enfermo, y ante la necesidad extrema de preservar los derechos a la vida, y a la salud de las personas directamente vinculadas con él.» **(Corte Constitucional, T-526/2002)**

403 Revelación del secreto profesional a familiares del paciente. «Cuando no es posible o factible obtener el consentimiento del paciente - estado mental anormal, inconsciencia o minoridad -, la revelación a los familiares se torna necesaria para proteger la salud y la vida del paciente y, en sí misma, no representa un quebranto al secreto profesional, pues materialmente los familiares en la relación médico-paciente asumen la representación de este último o agencian sus derechos.» **(Corte Constitucional, C-264/1996/resuelve num. 4)**

404 Revelación del secreto profesional a los interesados cuando esté en peligro la vida. «Cuando por defectos físicos irremediables, enfermedades graves, infecto-contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia, se puede revelar el secreto profesional a los

interesados pues se ha considerado que la preservación de la vida desplaza, en ese caso, a la conservación del secreto.» **(Corte Constitucional, C-264/1996/ resuelve num. 8)**

5.7. Control y seguimiento

405 Vigilancia sobre las ONG. Las Organizaciones No Gubernamentales que presten servicios de cuidado, atención o tratamiento a personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), o enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), estarán sometidas a la inspección, vigilancia y control de las autoridades sanitarias de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

Parágrafo. También estarán vigiladas las Organizaciones No Gubernamentales que presten estos servicios de Promoción y Prevención de Primer Nivel, a personas o grupos comunitarios. **(Decreto 1543/1997, art.26)**

406 Evaluación de la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro. La entidad sanitaria competente podrá evaluar la calidad de los productos objeto del presente decreto,[112] mediante la verificación en las instalaciones del laboratorio o establecimiento que fabrique, almacene o acondicione el cumplimiento de la información técnica presentada para los respectivos registros sanitarios, confrontándola con la documentación técnica que el fabricante deberá tener para cada lote piloto o lote industrial de cada producto. **(Decreto 3770/2004, art. 31)**

407 Validación técnica para los reactivos de diagnóstico in vitro. La autoridad sanitaria podrá exigir la validación técnica para los reactivos de diagnóstico in vitro con el fin de complementar la evaluación y las acciones de vigilancia y control, los costos de estas validaciones serán asumidos directamente por el interesado. […] **(Decreto 3770/2004, art. 32)**

408 Programa de reactivo-vigilancia para reactivos de diagnóstico in vitro. El Invima. diseñará un programa de Reactivo-Vigilancia que le permita identificar los efectos indeseados no descritos o desconocidos, cuantificar el riesgo, efectuar medidas sanitarias, proponer medidas de salud pública para reducir la incidencia y mantener informados a los profesionales de la salud, autoridades sanitarias y la población en general. **(Decreto 3770/2004, art. 34)**

112 NOTA EDITORIAL: Los reactivos de diagnóstico in vitro como medio para realizar pruebas para diagnosticar enfermedades transmisibles.

409 Competencia para ejercer acciones de inspección, vigilancia y control sanitario.[113] El Invima, en coordinación con las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud, de acuerdo con sus competencias ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control sanitario y aplicará las medidas de prevención y correctivas necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en el presente decreto,[114] de igual forma, tomarán las medidas sanitarias de seguridad y adelantarán los procedimientos y aplicarán las sanciones que se deriven de su incumplimiento.

Parágrafo. Para efectos de la vigilancia, del cumplimiento de las normas y de la imposición de medidas sanitarias y sanciones de que trata este decreto, las autoridades sanitarias competentes, en cada caso, serán consideradas como de policía, de conformidad con lo establecido en el Decreto-ley 1350 de 1970. **(Decreto 3770/2004, art. 35)**

410 Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad. La aplicación de las medidas sanitarias de seguridad se efectuará por las autoridades competentes de oficio o a solicitud de cualquier persona.

Una vez conocido el hecho o recibida la información o la solicitud según el caso, la autoridad sanitaria competente procederá a evaluar la situación de manera inmediata y establecerá si existe o no la necesidad de aplicar una medida sanitaria de seguridad, como consecuencia de la violación de los preceptos contenidos en este decreto u otras normas sanitarias o de los riesgos que la misma pueda ocasionar a la salud individual o colectiva.

Establecida la necesidad de aplicar una medida sanitaria de seguridad, la autoridad sanitaria competente, teniendo en cuenta el tipo de servicio, el hecho que origina la violación de las disposiciones de este decreto y demás normas sanitarias o de la incidencia sobre la salud individual o colectiva, impondrá la medida sanitaria de seguridad a que haya lugar, de acuerdo con la gravedad de la falta, de conformidad con lo establecido en el artículo 576 de la Ley 9ª de 1979.[115] **(Decreto 3770/2004, art. 38)**

113 NOTA EDITORIAL: Toda la información relacionada con las visitas de vigilancia y control, medidas sanitarias, el procedimiento para aplicación de las medidas de seguridad, el proceso sancionatorio, la formulación de cargos y presentación de descargos, las pruebas que se deben decretar, circunstancias agravantes de una infracción sanitaria, circunstancias atenuantes de una infracción sanitaria, el tipo de sanciones impuestas y el cumplimiento de la sanción de cierre, puede consultarse en el Título V, Capítulo que se refiere al Régimen de Control.

114 NOTA EDITORIAL: Reglamenta el régimen de registros sanitarios y la vigilancia sanitaria de los reactivos de diagnóstico in vitro para el estudio de muestras procedentes del cuerpo humano con el fin de proporcionar información relativa a un estado fisiológico o patológico o relativa a una anomalía congénita, y más específicamente usados para el tamizaje de enfermedades transmisibles en donantes de sangre, componentes sanguíneos y demás tejidos y órganos para trasplante y para el diagnóstico de enfermedades transmisibles de alto riesgo de peligrosidad.

115 NOTA EDITORIAL: Véase Artículo 576º.- Podrán aplicarse como medidas de seguridad encaminadas a proteger la salud pública, las siguientes:

411 Exoneración de responsabilidades. Si se encontrare que no se ha incurrido en violación de las disposiciones sanitarias de que trata el presente decreto se expedirá el acto administrativo correspondiente por medio del cual se declare exonerado de responsabilidad al presunto infractor y se ordenará archivar el expediente. **(Decreto 3770/2004, art. 46)**

412 Consecuencias del cierre del establecimiento. El cierre del establecimiento implica la suspensión del Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) o del Certificado de Capacidad de Almacenamiento y/o Acondicionamiento (CCAA) que haya sido expedido por la autoridad sanitaria competente.

Asimismo, dará lugar a la cancelación de los registros sanitarios de los productos que en él se elaboren, almacenen y/o acondicionen y del cual o de los cuales sea titular el establecimiento o su propietario. **(Decreto 3770/2004, art. 52)**

413 Funciones de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

[…]

a) Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia y asegurar las intervenciones individuales y familiares del caso; **(Decreto 3518/2006, art. 11)**

5.7.1. Mecanismos de organización, coordinación y control

414 Estructura organizacional. Para efectos de darle una estructura organizativa al Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el SIDA se establecen instancias y mecanismos de coordinación, los cuales se señalan en los artículos siguientes. (Decreto 1543/1997, art. 46)

a. Clausura temporal del establecimiento, que podrá ser total o parcial;
b. La suspensión parcial o total de trabajos o de servicios;
c. El decomiso de objetos y productos;
d. La destrucción o desnaturalización de artículos o productos, si es el caso, y
e. La congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos, mientras se toma una decisión definitiva al respecto.

415 Consejo Nacional de SIDA.[116] Créase con carácter permanente el Consejo Nacional de SIDA, como organismo adscrito al Ministerio de Salud, el cual se conformará así:

a) El Ministro de Salud o su Viceministro, quien lo presidirá;

b) El Ministro de Educación o su Viceministro;

c) El Ministro de Comunicaciones o su Viceministro;

d) El Ministro de Trabajo o su Viceministro;

e) El Defensor del Pueblo o su delegado;

f) El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, o su delegado;

g) El Director del Instituto Nacional de Salud;

h) El Director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima;

i) El Jefe del Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS y SIDA;

j) El Coordinador del Proyecto Nacional de Educación Sexual del Ministerio de Educación;

k) Un delegado del Grupo Temático Onusida para Colombia;

l) Dos representantes de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de lucha contra el SIDA, legalmente constituidas, nombradas por la Mesa Coordinadora Nacional de ONG trabajando en SIDA;

m) Un nombre y una mujer viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, representantes de los Grupos de Apoyo y Autoapoyo, elegidos por el Ministerio de Salud;

n) Un representante de las Entidades Promotoras de Salud (EPS);

o) Un representante de la Comisión Nacional de Televisión;

p) Un representante de la Red Nacional de Bancos de Sangre;

q) Un representante de los Comités Intersectoriales, Departamentales y Municipales elegido por el Ministerio de Salud, de terna enviada por los mismos.

Parágrafo 1º. El Jefe del Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS y SIDA del Ministerio de Salud, ejercerá las funciones de Secretaria Ejecutiva.

116 NOTA EDITORIAL: Todo lo relativo a las funciones y reuniones del Consejo Nacional de SIDA, así como las funciones del coordinador general del Consejo Nacional de SIDA, podrá ser consultado el capítulo VI sobre Mecanismos de Organización y Coordinación, en el Decreto 1543 de 1997.

Parágrafo 2º. El Consejo podrá invitar a sus reuniones a representantes de otras entidades del sector público y privado y o a expertos, asesores o consultores, cuando así lo estime necesario. **(Decreto 1543/1997, art.47)**

416 Creación de los comités territoriales. Créanse con carácter permanente los Comités Intersectoriales a nivel seccional, distrital y local de promoción y prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS, y el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA. **(Decreto 1543/1997,art. 54)**

417 Conformación del Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.[117] Conformar el Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, (Coprecos) con el propósito asesorar en los temas relacionados con la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como promover la Salud Sexual y Reproductiva, los Derechos Sexuales y Reproductivos y la Equidad de Género en las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. **(Min.Defensa, Resolución 5400/2007, art. 1)**

418 Comité Técnico para la Evaluación de los Productos de Diagnóstico para Enfermedades Infecciosas.[118] Crear el Comité Técnico para la Evaluación de los Productos de Diagnostico para Enfermedades Infecciosas, el cual será conformado de la siguiente manera:

1. Subdirector de Insumos para la salud y Productos Varios de INVIMA, quien ejercerá como coordinador Secretario con voz pero sin voto.
2. Subdirector de Medicamentos y Productos Biológicos de INVIMA o su delegado.
3. Director del Instituto Nacional de Salud o su Delegado.
4. Un Delegado del Ministerio de Salud; designado por el Sr. Ministro de Salud.
5. Un delegado del Director Nacional de Bancos de Sangre de la Cruz Roja Colombiana elegido de tema presentada al Director General de IINVIMA.
6. Un Delegado del Director General de IINVIMA. **(INVIMA, Resolución 240490/1999, art. 1)**

117 NOTA EDITORIAL: La información relativa a los servidores públicos que conforman el Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las fuerzas Militares y la Policía Nacional, sus funciones y su dirección, puede ser encontrado en los artículos 2 y siguientes de la Resolución 5400 de 2007.

118 NOTA EDITORIAL: Este Comité cobra importancia en el tema sobre ITS ya que fue concebido para evaluar y controlar los productos y/o reactivos de diagnostico in vitro para detección de enfermedades infecciosas de importancia en medicina transfucional. Todo lo relativo a las funciones del Comité Técnico para la Evaluación de los Productos de Diagnostico para Enfermedades Infecciosas, podrá ser consultado en el artículo 3º de la Resolución 240490 de 1997 del INVIMA.

5.7.2. Distribución de pacientes con VIH-SIDA

419 Mecanismo de distribución excepcional de pacientes con VIH-SIDA.[119] La presente resolución tiene por objeto definir el mecanismo de distribución excepcional de pacientes con VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica en el Régimen Contributivo que de conformidad con lo establecido en el artículo 3º del Acuerdo 245 del CNSSS, deberán adoptar las EPS para hacer efectivo el traslado de pacientes con diagnóstico comprobado VIH/SIDA que se encontraban en tratamiento con antirretrovirales y aquellos con Insuficiencia Renal Crónica que requirieron diálisis y/o hemodiálisis a 31 de diciembre de 2002, que se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo. **(Min.ProtecciónSocial, Resolución 3186/2003, art. 1)**

420 Procedimiento para el cálculo de pacientes a distribuir. De conformidad con lo establecido en el artículo 3º del Acuerdo 245 del CNSSS,[120] la distribución excepcional de pacientes se efectuó con la metodología que se

119 NOTA EDITORIAL: Todo lo relacionado con la veeduría al proceso de selección aleatoria de pacientes, la comunicación de traslado a los pacientes, el término para el traslado, la notificación del traslado, la veeduría proceso de traslado y las excepciones a la distribución de pacientes, puede consultarse en la Resolución 3186 de 2003.

120 NOTA EDITORIAL: Artículo 3º. Distribución excepcional de pacientes con VIH-Sida e insuficiencia renal cronica. De manera excepcional y por una sola vez en el Régimen Contributivo, se realizará la distribución de pacientes con insuficiencia renal crónica y VIH-Sida que están siendo atendidos por entidades promotoras de salud que presenten concentración de estos, hacia las entidades promotoras de salud que tengan desviación por debajo de la tasa promedio de pacientes por cien mil afiliados, para lo cual se aplicarán las siguientes reglas:

1. Se identificarán los pacientes con diagnóstico comprobado con tales patologías a 31 de diciembre de 2002 con la información reportada de que trata el Acuerdo 217.
2. Se definirá el número esperado de pacientes con estas patologías utilizando la tasa promedio del número de pacientes por cien mil afiliados de la totalidad de las EPS más una desviación del 20% para cada patología, según información recibida durante el segundo semestre de 2002, en cumplimiento del Acuerdo 217 del CNSSS.
3. A partir de la diferencia entre el número esperado de pacientes y el número realmente atendido, se definirá para cada EPS el número de pacientes adicionales que recibirá según corresponda hasta el cupo establecido por EPS. El proceso se hará por departamento de tal manera que la redistribución de los traslados se realice entre las EPS que operen en el mismo sitio de residencia y de atención de los pacientes con las patologías de que trata el presente acuerdo.
4. La selección de los pacientes que se trasladarán de algunas EPS al igual que los que recibirán otras EPS, serán seleccionados por grupos etareos según el mecanismo que defina y aplique el Ministerio de la Protección Social.
5. Deberá informarse a los pacientes objeto de distribución y a su grupo familiar sobre las EPS a las cuales se pueden trasladar, conforme a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social. Dichos pacientes deberán elegir la EPS a la cual se trasladarán dentro del mes siguiente a su notificación por parte de la EPS de la cual se traslada. Si dentro de este período el paciente y su grupo familiar no han elegido la EPS, el Ministerio de la Protección Social procederá a escoger la EPS a la cual serán trasladados. En cualquier caso, el traslado se hará efectivo el primer día hábil del mes subsiguiente al de la escogencia.
6. Durante todo el proceso se deberá garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del paciente. Esta distribución se realizará a más tardar el 24 de octubre de 2003. En cualquier caso se hará extensiva a sus respectivos núcleos familiares.

Parágrafo 1º. Se exceptúan de este mecanismo de redistribución, los afiliados a las entidades adaptadas al sistema.

Parágrafo 2º. Con posterioridad a la aplicación del mecanismo excepcional previsto en el presente acuerdo, la población distribuida se sujetará a las normas vigentes del régimen general de movilidad aplicables en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

describe a continuación y que se detalla en el **Anexo Técnico** que hace parte de la presente resolución:

1. Para cada patología, el Ministerio de la Protección Social determinó el número de pacientes que debe entregar y recibir cada EPS de acuerdo con la desviación de la prevalencia nacional del segundo semestre de 2002 de cada EPS.

2. Para cada patología, el número total de pacientes a entregar o recibir a nivel nacional se asignó en los departamentos de operación de cada EPS, de acuerdo con su respectiva distribución de excesos o déficits de pacientes en dicho departamento. Los resultados de esta distribución se encuentran en las Tablas 9, 10, 11 y 12 del **Anexo Técnico** que hace parte de esta resolución.

3. Para cada EPS, al número total de pacientes a entregar o recibir a nivel departamental se le aplicó la distribución proporcional por grupo etario departamental de cada patología, para así determinar el número de pacientes por grupo etario que le corresponde a cada EPS. Los resultados de este procedimiento se encuentran en las Tablas 1 y 2 contenidas en la presente resolución.

4. Para la asignación aleatoria de pacientes se aplicó el siguiente proceso:

   a) Para cada patología, con la información reportada a diciembre de 2002 por las EPS que deben trasladar pacientes, se crearon bases de datos con listados de los pacientes, por EPS, departamento y grupo etario. Cada listado se ordenó alfabéticamente por apellidos;

   b) De cada base de datos se hizo una selección de los casos a trasladar usando un procedimiento de muestreo aleatorio simple. El número de casos seleccionados corresponde a los cálculos del número de casos que cada EPS debe entregar por departamento y por grupo etario;

   c) A partir de los resultados de la selección aleatoria se elaboró un listado de los casos a trasladar, con sus respectivos EPS, nombres y apellidos, identificación y ubicación geográfica, el cual se entregará a cada una de las EPS que debe realizar el traslado. **(Min.Salud, Resolución 3186/2003, art. 2)**

5.7.3. Donación de órganos

421 Prueba para detectar anti-cuerpos contra el VIH. Previamente a la utilización de órganos, componentes anatómicos o líquidos orgánicos, deberá

practicarse prueba para detectar anti-cuerpos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La muestra para los efectos anteriores deberá ser tomada:

a) En cualquier momento siempre y cuando exista respiración natural o asistida artificialmente;

b) Dentro de las dos (2) horas siguientes al momento de la muerte. **(Ley 73/1988, art. 6)**

422 Práctica de pruebas para garantizar la calidad de órganos y tejidos donados. Los bancos de tejidos y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, deberán obligatoriamente practicar bajo su responsabilidad a todos y cada uno de los donantes las siguientes pruebas, cuando estas apliquen:

[…]

5. Prueba serológica para la sífilis.

[…]

10. Detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1 y 2).

[…]

(Decreto 2493/2004, art. 18)

423 Pruebas para transfusión de sangre. Los bancos de sangre, cualquiera que sea su categoría deberán obligatoriamente practicar bajo su responsabilidad a todas y cada una de las unidades recolectadas las siguientes pruebas:

[…]

- Prueba serológica para sífilis.

[…]

- Detección de anticuerpos contra al virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (HIV) 1 y 2.
- Otros que de acuerdo a los estudios de vigilancia epidemiológica se establezcan para una región determinada por parte del Ministerio de Salud.

Parágrafo Primero. El Ministerio de Salud podrá ampliar la obligatoriedad de la práctica de pruebas a que se refiere el presente artículo cuando considere necesario, según el perfil epidemiológico o el riesgo.

Parágrafo Segundo. Los reactivos que se empleen para la detección de infecciones transmitidas por transfusión deben ser vigilados y controlados a través del Instituto Nacional de Salud.

Parágrafo Tercero. Cuando un resultado sea positivo para alguno o algunos de los exámenes practicados a la unidad de sangre para detectar agentes infecciosos transmitidos por transfusión, el banco de sangre estará en la obligación, previa confirmación del resultado respectivo, de remitir al donante al equipo de salud correspondiente para su valoración y seguimiento y deberá notificar el caso a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Salud de su jurisdicción. **(Decreto 1571/1993, art. 42)**

424 Selección de donantes. Todo programa de Biomedicina Reproductiva deberá basarse en la selección de donantes sanos y con ausencia de alteraciones genéticas que impliquen riesgos de anomalías congénitas, y garantizar la subsistencia de dicha circunstancia el tiempo que estos permanezcan activos dentro del programa.

Ningún donante podrá.

(…)

- Tener alguno de los factores de riesgo para inmunodeficiencia humana (VIH), o enfermedad de transmisión sexual (ETS) u otras enfermedades infecciosas transmisibles y hereditarias. **(Decreto 1546/1998, art. 44)**

425 Requisitos para ingresar al Programa de Fertilización. Todo donante deberá efectuarse para ingresar al Programa de Fertilización, como mínimo:

(…)

- Exámenes de laboratorio, incluida la prueba para detectar anticuerpos virales, entre otros contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), conforme al literal h) del artículo 18 del presente decreto. **(Decreto 1546/1998, art. 45)**

426 Donantes y gametos que deben ser descartados. Los donantes y/o sus gametos deberán ser descartados y/o rechazados para todo tipo de procedimiento cuando se presente uno cualquiera de los siguientes eventos:

(…)

- Haber recibido transfusión sanguínea dentro de los seis meses anteriores a la donación o poseer cualquiera de los factores de riesgo para el virus de la hinmunodeficiencia Humana (VIH), enfermedades de transmisión sexual (ETS) u otras enfermedades infecciosas. **(Decreto 1546/1998, art. 46)**

5.7.4. Investigación

427 Normas para la investigación terapéutica. En desarrollo del artículo 54 de la Ley 23 de 1981,[121] la investigación terapéutica en humanos y en especial la aplicada a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se sujetará a la Declaración de Helsinki dictada por la Asociación Médica Mundial, hasta tanto se expidan disposiciones legales específicas sobre la materia.

Parágrafo. En caso de conflicto entre los principios o recomendaciones adoptadas por la Asociación Médica Mundial, y las disposiciones legales internas vigentes, se aplicarán las de la Legislación Colombiana. **(Decreto 1543/1997, art. 27)**

428 Estímulo a la investigación. El Ministerio de Salud, a través de sus organismos o comisiones especializadas, estimulará y apoyará la realización de investigaciones relacionadas directa o indirectamente con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Parágrafo. Las investigaciones experimentales del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), que involucren personas como sujetos directos del estudio, deberán ser aprobadas por el Ministerio de Salud o por las autoridades sanitarias delegadas; en los demás casos, el Ministerio de

121 NOTA EDITORIAL: Véase Artículo 54. El médico se atendrá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, con relación a los siguientes temas:
1. Investigación biomédica en general.
2. Investigación terapéutica en humanos; aplicación de nuevas tecnologías, tanto con fines de diagnóstico, tales como biopsias cerebrales, o bien con fines terapéuticos, como es el caso de algunos tipos de cirugía cardio-vascular y psico-cirugía y experimentación en siquiatría y sicología médica y utilización de placebos.
3. Transplante de órganos; organización y funcionamiento de bancos de órganos y tejidos, producción, utilización y procesamiento de sangre, plasma y otros tejidos.
4. Diagnóstico de muerte y práctica de necropsias.
5. Planificación familiar.
6. Aborto.
7. Inseminación artificial.
8. Esterilización humana y cambio de sexo.
9. Los demás temas de que se ocupen las disposiciones legales vigentes sobre la materia o las recomendaciones de las Asambleas de la Asociación Médica Mundial.

Parágrafo primero. En caso de conflicto entre los principios o recomendaciones adoptadas por la Asociación Médica Mundial, y las disposiciones legales vigentes, se aplicarán las de la legislación colombiana.
Parágrafo segundo. Las personas que se encuentren privadas de la libertad no podrán ser utilizadas con propósitos de investigación científica, en contra de su voluntad.
Parágrafo tercero. El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquiera sea la ofensa atribuida a la víctima, sea ella acusada o culpable, cualesquiera sean sus motivos o creencias, y en toda situación, conflicto armado y lucha civil, inclusive.

Salud podrá definir metodologías, evaluar y hacer el seguimiento de los proyectos científicos correspondientes. **(Decreto 1543/1997, art. 28)**

429 Investigación Epidemiológica. El procedimiento empleado en la investigación en Vigilancia Epidemiológica Centinela, encuestas de prevalencia, o en cualquier otro tipo de investigación, deberá garantizar el anonimato de las personas participantes. **(Decreto 1543/1997, art. 29)**

5.8. Cáncer de Cuello Uterino[122]

5.8.1. Definición

430 Definición del paciente con enfermedades de alto costo. Para los efectos de la presente resolución, ténganse en cuenta las siguientes definiciones de cada una de las enfermedades de que trata el artículo 1°[123] de la presente resolución.

[…]

Cáncer de Cérvix: Tumor epitelial con diferenciación escamosa o glandular invasivo originado en la zona de transformación. Fuente: World Health Organization Classification of Tumours. Tumours of the breast and female genital organs. IARC Press Lyon 2000. […]**(Min.ProtecciónSocial, Resolución 3974/2000, art.2°)**

5.8.2. Promoción, Prevención y Detección

431 Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios. Con base en el criterio de gradualidad e integralidad las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y pre-

122 NOTA EDITORIAL: Hay que resaltar varios puntos: 1. El capítulo sobre Infecciones de Transmisión Sexual incluye algunas medidas específicas sobre el cáncer de cuello uterino que están incluidas en normas comunes a todas las ITS. 2. En este capítulo no se tuvieron en cuenta normas generales sobre cáncer. 3. Sobre este tema hay que tener en cuenta la **norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y la guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino**, pues no existe gran cantidad de normatividad sobre el tema.

123 NOTA EDITORIAL: Artículo 1°. […] téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes: a) Cáncer de cérvix […] l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

vención de obligatorio cumplimiento que se trasladan a cargo de los distritos y municipios, son las que a continuación se señalan:

B. Prevención de la enfermedad

Detección temprana del cáncer de cuello uterino. **(Acuerdo 229/2002, art. 4)**

432 Recomendación de entrenamientos y capacitaciones. La Comisión de Regulación en Salud recomienda al Instituto Nacional de Cancerología ESE que realice los entrenamientos y capacitaciones necesarias a los profesionales, auxiliares o técnicos de la salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que la norma establezca para la toma, procesamiento, lectura y reporte de la prueba de ADN Virus del Papiloma Humano y la técnica de inspección visual con ácido acético y lugol. En cualquier caso las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar que dichos procedimientos se realicen en forma adecuada y oportuna. **(CRES, Acuerdo 29/2011, art. tercero)**

5.8.3. Atención y tratamiento

5.8.3.1. Vacunación

433 Garantía de vacunación por parte del Gobierno. El Gobierno Nacional deberá garantizar la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano de manera gratuita a todas las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria.

Parágrafo. Para su efectivo cumplimiento, el Gobierno Nacional deberá tomar las medidas presupuestales necesarias. (Ley 1626/2013, art. 1)

434 Actualización del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). El Ministerio de la Protección Social, o la entidad que corresponda a partir de la vigencia de la presente ley, actualizarán el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

Parágrafo 1º. Se incluirá dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en el plan básico de vacunación gratuita.

Parágrafo 2º. Para lograr la cobertura universal de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en los términos del artículo 1 de esta ley, esta se hará de manera gradual e inicialmente, se aplicará en aquellos departamentos

donde se identifique que existe mayor riesgo de la aparición del virus, según reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional, atendiendo entre otros, criterios de prevalencia y costo-efectividad, así como la concordancia con el marco de gastos de mediano plazo.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, adelantarán campañas masivas de comunicación y educación sobre los graves riesgos del Virus del Papiloma Humano, principalmente, en aquellos departamentos donde se identifique mayor riesgo de aparición de dicho virus. **(Ley 1626/2013, art. 2)**

5.8.3.2. Procedimientos e intervenciones POS

435 Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud. Establecer como otras actividades, intervenciones y procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos, los siguientes :

37102 Extirpación pólipo pediculado sésil (cuello uterino)

- Prevención y detección temprana **(Min.Salud, Resolución 5261/1994, art. 9)**

6. Violencia Sexual y Basada en Género

Principios que integran el bloque de constitucionalidad en materia de violencia de género contra las mujeres:

1. Los Estados deben prevenir y atacar los principales riesgos que afectan la salud de las mujeres, lo cual incluye la obligación de prevenir las situaciones de violencia y la sanción de los agresores.[124]
2. Los Estados tienen la obligación de capacitar a los funcionarios judiciales y de salud, de tal forma que puedan brindar a las mujeres víctimas de violencia atención integral en condiciones de calidad y sin barreras en el acceso.[125]

6.1. Normas generales

6.1.1. Definiciones

436 Definición violencia contra la mujer. Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. **(Ley 248/1995,[126] art. 1)**

124 NOTA EDITORIAL: Véase Óp. Cit. Observación General 14. Párr. 16 y 51; Comité de la CEDAW. Recomendación General 19. La violencia contra la mujer. 1992.

125 NOTA EDITORIAL: Véase Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer- Convención Belem do Pará. Literal d, artículo 8; Óp. Cit. Recomendación General 24 Párr. 24.

126 NOTA EDITORIAL: La ley 248 de 1995 aprobó la Convención para Erradicar todas las Formas de Violencia contra la Mujer o Convención de Belén Do Pará.

437 Definición violencia sexual, física, psicológica y económica. Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

A) que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;

B) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y

C) que sea perpetrada o tolerada por el estado o sus agentes, dondequiera que ocurra. **(Ley 248/1995, art. 2)**

438 Definición violencia contra la mujer. Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

Para efectos de la presente ley, y de conformidad con lo estipulado en los planes de acción de las conferencias de Viena, Cairo y Beijing, por violencia económica, se entiende cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas. **(Ley 1257/2008, art 2)**

439 Definición de discriminación contra la mujer. A los efectos de la presente convención, la expresión «discriminación contra la mujer» denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. **(Ley 51/1981, art. 1)**

440 Actos que no se consideran discriminación.

1. La adopción por los estados partes de medidas especiales de carácter temporal encaminada a acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer no se considerará discriminación en la forma definida en la

presente convención, pero de ningún modo entrañará, como consecuencia, el mantenimiento de normas desiguales o separadas; estas medidas cesarán cuando se hayan alcanzado los objetivos de igualdad de oportunidad y trato.

2. La adopción por los estados partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria. **(Ley 51/1981, art. 4)**

441 Concepto de daño contra la mujer. Para interpretar esta ley, se establecen las siguientes definiciones de daño:

A) daño psicológico: consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

B) daño o sufrimiento físico: riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona.

C) daño o sufrimiento sexual: consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

D) daño patrimonial: pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer. **(Ley 1257/2008, art. 3)**

442 Definición violencia sexual contra NNA.[127] Para efectos de la presente ley se entiende por violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor. **(Ley 1146/2007, art. 2)**

127 NOTA EDITORIAL: NNA es la sigla utilizada en este texto para hacer referencia a niños, niñas y adolescentes. Para mayor información sobre este tema remitirse a la sección de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

443 Definición víctimas de violencia intrafamiliar.[128] Toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico, psíquico, o daño a su integridad sexual, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, podrá pedir, sin perjuicio de las denuncias penales a que hubiere lugar, al comisario de familia del lugar donde ocurrieren los hechos y a falta de este al juez civil municipal o promiscuo municipal, una medida de protección inmediata que ponga fin a la violencia, maltrato o agresión o evite que esta se realice cuando fuere inminente.

Cuando en el domicilio de la persona agredida hubiere más de un despacho judicial competente para conocer de esta acción, la petición se someterá en forma inmediata a reparto.

Parágrafo. En los casos de violencia intrafamiliar en las comunidades indígenas, el competente para conocer de estos casos es la respectiva autoridad indígena, en desarrollo de la jurisdicción especial prevista por la constitución nacional en el artículo 246. **(Ley 1257/2008, art. 16)**

444 Definición de trata de personas.[129] Para los fines del presente Protocolo:

a) Por «trata de personas» se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos;

b) El consentimiento dado por la víctima de la trata de personas a toda forma de explotación que se tenga la intención de realizar descrita en el apartado a) del presente artículo no se tendrá en cuenta cuando se haya recurrido a cualquiera de los medios enunciados en dicho apartado;

c) La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de un niño con fines de explotación se considerará «trata de personas» incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios enunciados en el apartado a) del presente artículo;

128 NOTA EDITORIAL: Modifica el artículo 4° de la ley 294/1996, y el artículo 1° de la ley 575/2000.
129 NOTA EDITORIAL: Se recomienda ver la norma penal sobre trata de personas contenida en el artículo 3° de la Ley 985 de 2005.

d) Por «niño» se entenderá toda persona menor de 18 años. **(Ley 800/2003,[130] art. 3)**

445 Definición medidas de atención y situación de riesgo. Para efecto de la aplicación del presente decreto, adóptense las siguientes definiciones:

Medidas de atención: Entiéndase como los servicios temporales de habitación, alimentación y transporte que necesitan las mujeres víctimas de violencia con afectación física y/o psicológica, sus hijos e hijas, cuando estos servicios sean inherentes al tratamiento recomendado por los profesionales de la salud, de acuerdo con el resumen de la historia clínica y cuando la policía nacional valore la situación especial de riesgo y recomiende que la víctima debe ser reubicada.

Situación especial de riesgo: Se entenderá por situación especial de riesgo, aquella circunstancia que afecte la vida, salud e integridad de la mujer víctima, que se derive de permanecer en el lugar donde habita.

La valoración de la situación especial de riesgo será realizada por la policía nacional de acuerdo a los protocolos establecidos por dicha autoridad. **(Decreto 2734/2012, art. 2)**

446 Definición poblaciones vulnerables. Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los estados partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad. **(Ley 248/1995, art. 9)**

447 Definición de daño a las mujeres indígenas en el marco del conflicto armado. Las mujeres indígenas sufren daños físicos, psicológicos, espirituales, sexuales y económicos causados, entre otros, por la violencia sexual ejercida como estrategia de guerra y como consecuencia de la presencia de actores externos, la explotación o esclavización para ejercer labores domésticas, el reclutamiento forzado de sus hijos e hijas, el asesinato o desaparición de quien les brinda su apoyo económico, la discriminación, acentuada en el contexto del conflicto armado, y el desplazamiento forzado. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 49)**

448 Definición de daño a los niños niñas y adolescentes en el marco del conflicto armado. Son daños a los derechos de los niños, niñas

130 NOTA EDITORIAL: La ley 800 de 2003 aprobó el Protocolo de Palermo sobre Trata de Personas

y jóvenes indígenas víctimas, entre otras, la desestructuración del núcleo familiar, el reclutamiento forzado, tráfico de drogas, trata de personas menores de edad, violencia sexual, especialmente en las niñas, embarazos forzados a temprana edad y no deseados por las jóvenes, métodos coercitivos que restringen los comportamientos y la recreación, la servidumbre, prostitución forzada, minas antipersonales (MAP) y municiones abandonadas sin explotar (MUSE), y el ser obligados a realizar diferentes tipos de actividades bélicas.

Estos daños se agudizan cuando se vulneran los derechos de los niños, niñas y jóvenes indígenas a la familia, educación, alimentación, salud plena, salud sexual y reproductiva, educación, nacionalidad, identidad personal y colectiva, así como otros derechos individuales y colectivos de los cuales depende preservar la identidad y pervivencia de los pueblos indígenas, que se vulneran como consecuencia del conflicto armado interno y sus factores subyacentes y vinculados. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 51)**

6.1.2. Principios

449 Criterios de interpretación en casos de violencia contra la mujer. Los principios contenidos en la constitución política, y en los tratados o convenios internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, en especial la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, las demás leyes, la jurisprudencia referente a la materia, servirán de guía para su interpretación y aplicación. **(Ley 1257/2008, art. 4)**

450 Garantías de derechos mínimos. La enunciación de los derechos y garantías contenidos en el ordenamiento jurídico, no debe entenderse como negación de otros que siendo inherentes a las mujeres no figuren expresamente en él. **(Ley 1257/2008, art. 5)**

451 Interpretación ley en el tiempo para Ley 1257/2008. Para efectos de excepciones o derogaciones no se entenderá que esta ley resulta contrariada por normas posteriores sobre la materia, sino cuando estas identifiquen de modo preciso la norma de esta ley objeto de excepción, modificación o derogatoria. **(Ley 1257/2008, art. 37)**

452 Acreditación de situaciones de violencia. Las situaciones de violencia que dan lugar a la atención de las mujeres, sus hijos e hijas, se acreditarán con la medida de protección expedida por la autoridad competente, sin que puedan exigirse requisitos adicionales. **(Ley 1257/2008, art. 21)**

6.2. Derechos de las Víctimas

453 Derechos de las víctimas de violencia sexual. Toda persona víctima de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana tiene derecho a:

- Ser tratada con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social.
- Ser informada acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible.
- Ser informada de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito.
- Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.
- Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:

  1. Examen y tratamiento para la prevención de enfermedades venéreas incluido el VIH/SIDA.
  2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.
  3. Recopilación de evidencia médica legal.
  4. Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito. **(Ley 360/1997, art. 15)**

454 Derechos de las mujeres. Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. **(Ley 248/1995, art. 3)**

455 Derechos de las mujeres. Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

A) el derecho a que se respete su vida;

B) el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;

C) el derecho a la libertad y a la seguridad personales;

D) el derecho a no ser sometida a torturas;

E) el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia;

F) el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley;

G) el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos;

H) el derecho a libertad de asociación;

I) el derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley, y

J) el derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones.

(Ley 248/1995, art. 4)

456 Derechos de las mujeres. Toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Los estados partes reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos. **(Ley 248/1995, art. 5)**

457 Derecho a una vida libre de violencia. El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros:

A) el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación, y

B) el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación. **(Ley 248/1995, art. 6)**

458 Derechos de las mujeres. Además de otros derechos reconocidos en la ley o en tratados y convenios internacionales debidamente ratificados, las mujeres tienen derecho a una vida digna, a la integridad física, sexual y psicológica, a la intimidad, a no ser sometidas a tortura o a tratos crueles y degradantes, a la igualdad real y efectiva, a no ser sometidas a forma alguna de discriminación, a la libertad y autonomía, al libre desarrollo de la personalidad, a la salud, a la salud sexual y reproductiva y a la seguridad personal. **(Ley 1257/2008, art. 7)**

459 Derechos de las mujeres víctimas de violencia. Toda víctima de alguna de las formas de violencia previstas en la presente ley, además de los contemplados en el artículo 11 de la ley 906 de 2004 y el artículo 15 de la ley 360 de 1997, tiene derecho a:

A) recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de la calidad.

B) recibir orientación, asesoramiento jurídico y asistencia técnica legal con carácter gratuito, inmediato y especializado desde el momento en que el

hecho constitutivo de violencia se ponga en conocimiento de la autoridad. Se podrá ordenar que el agresor asuma los costos de esta atención y asistencia. Corresponde al estado garantizar este derecho realizando las acciones correspondientes frente al agresor y en todo caso garantizará la prestación de este servicio a través de la defensoría pública;

C) recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con sus derechos y con los mecanismos y procedimientos contemplados en la presente ley y demás normas concordantes;

D) dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio. Las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud promoverán la existencia de facultativos de ambos sexos para la atención de víctimas de violencia;

E) recibir información clara, completa, veraz y oportuna en relación con la salud sexual y reproductiva;

F) ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquiera otra persona que esté bajo su guarda o custodia;

G) recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos e hijas;

H) acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas, sus hijos e hijas;

I) la verdad, la justicia, la reparación y garantías de no repetición frente a los hechos constitutivos de violencia;

J) la estabilización de su situación conforme a los términos previstos en esta ley.

K) a decidir voluntariamente si puede ser confrontada con el agresor en cualquiera de los espacios de atención y en los procedimientos administrativos, judiciales o de otro tipo. **(Ley 1257/2008, art. 8)**

460 Derechos de las mujeres indígenas en el marco del conflicto armado. Las mujeres indígenas son personas de especial reconocimiento y protección y en razón a ello gozarán de medidas específicas de reparación individual y colectiva que partan del reconocimiento de su importancia para la permanencia y pervivencia de los pueblos indígenas. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 16)**

461 Derecho a presencia de personal especializado para rendir declaraciones. Cuando el juez o magistrado lo estime conveniente, de oficio o a petición de parte, podrá decretar que el testimonio de la víctima sea recibido con acompañamiento de personal experto en situaciones traumáticas, tales como psicólogos, trabajadores sociales, siquiatras o terapeutas, entre otros. La víctima también tendrá derecho a elegir el sexo de la persona ante la cual desea rendir declaración. Esta norma se aplicará especialmente en los casos en que la víctima sea mujer o adulto mayor, o haya sido objeto de violencia sexual, tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes y será obligatoria en los casos en que la víctima sea un niño, niña o adolescente. **(Ley 1448/2011, art. 42)**

462 Derechos de las personas indígenas que han sido víctimas de violencia sexual. Además de lo dispuesto en la normatividad vigente, las personas víctimas de violencia sexual tendrán derecho dentro de los procesos incoados por violencia sexual, a:

1. Que el acompañamiento sea llevado a cabo por personal especializado e interculturalmente sensibilizado con los Pueblos Indígenas, sus costumbres y su Ley de Origen, Ley Natural, Derecho Mayor o Derecho Propio.

2. Que el sometimiento a los exámenes médicos forenses tendientes a comprobar la ocurrencia de un hecho que constituya violencia sexual, cuenten con el consentimiento previo, libre e informado de la víctima y a que en ningún caso sean ordenados de manera obligatoria y en contra del consentimiento de la víctima.

3. Ser sometidos a exámenes psicológicos adecuados culturalmente que permitan establecer los daños producidos en la salud mental.

4. Que se garantice la presencia de traductores de confianza de la víctima para recibir la declaración de las personas víctimas de violencia sexual que no se expresen de forma suficiente en el idioma español.

5. Elegir el sexo de la persona ante la cual debe rendir su declaración o realizarse un examen médico forense. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 19)**

463 Derechos de los afrocolombianos, raizales y palenqueros que han sido víctimas de violencia sexual. Además de los principios dispuestos en los artículos 39, 40, 41 y 42 de la Ley 1448 de 2011, los niños, niñas, adolescentes, las personas LGBT, y las mujeres negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales víctimas tendrán derecho dentro de los procesos incoados por violencia sexual a:

a) Que el acompañamiento sea llevado a cabo por personal especializado e interculturalmente sensibilizado con sus costumbres;

b) Ser sometidos a exámenes psicológicos culturalmente adecuados que permitan establecer los daños producidos en la salud mental;

c) Que se garantice la presencia de traductores para recibir la declaración de los jóvenes, las mujeres, los mayores y los niños y niñas palenqueros o raizales que no se expresen de forma suficientemente clara en el idioma español;

d) Elegir el sexo de la persona ante la cual debe rendir su declaración o realizarse un examen médico forense. **(Decreto-ley 4635/2011, art. 33)**

464 Derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto. Para efectos de la presente ley se entenderá por niño, niña y adolescente toda persona menor de 18 años. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de las violaciones contempladas en el artículo 3° de la presente ley, gozarán de todos los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, con el carácter de preferente y adicionalmente tendrán derecho, entre otros:

1. A la verdad, la justicia y la reparación integral.
2. Al restablecimiento de sus derechos prevalentes.
3. A la protección contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, malos tratos o explotación, incluidos el reclutamiento ilícito, el desplazamiento forzado, las minas antipersonal y las municiones sin explotar y todo tipo de violencia sexual.

Parágrafo. Para los efectos del presente título serán considerados también víctimas, los niños, niñas y adolescentes concebidos como consecuencia de una violación sexual con ocasión del conflicto armado interno. **(Ley 1448/2011, art. 181)**

6.3. Deberes de las Autoridades Públicas

6.3.1. Deberes de diseño de política

465 Deber del estado de adelantar políticas contra la discriminación hacia la mujer. Los estados partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre. **(Ley 51/1981, art. 3)**

466 Objetivos de la política contra la discriminación de la mujer. Los estados partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

A) modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;

B) garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos. **(Ley 51/1981, art. 5)**

467 Deber de diseñar política de equidad de género. El gobierno nacional adoptará una política pública nacional de equidad de género para garantizar los derechos humanos integrales e interdependientes de las mujeres y la igualdad de género, teniendo en cuenta las particularidades que afectan a los grupos de población urbana y rural, afrocolombiana, indígena, campesina y rom. La política desarrollará planes específicos que garanticen los derechos de las mujeres en situación de desplazamiento y el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Esta política pública será construida de manera participativa bajo la coordinación de la alta consejería para la equidad de la mujer (ACPEM), la cual será fortalecida institucional y presupuestalmente para el cumplimiento efectivo de sus responsabilidades y funciones.

Parágrafo. La política pública asegurará el cumplimiento del estado colombiano de los estándares internacionales y nacionales en materia de derechos humanos de las mujeres con un enfoque multisectorial y transversal. **(Ley 1450/2011, art. 177)**

468 Deber de diseñar política de lucha contra violencia contra la mujer. Política pública nacional de prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer. El gobierno nacional adoptará una política pública nacional para prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia y discriminación contra las mujeres, que deberá acoger las recomendaciones de los organismos internacionales de protección de los DD.HH. y las obligaciones contenidas en la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y en la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer». Esta política deberá ser concertada con las organizaciones de mujeres. **(Ley 1450/2011, art. 179, inc. 1)**

469 Deber del ICBF de diseñar planes contra violencia intrafamiliar. El instituto colombiano de bienestar diseñará políticas, planes y programas para prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar.

Igualmente, las autoridades departamentales y municipales podrán conformar consejos de protección familiar para adelantar estudios y actividades de prevención, educación, asistencia y tratamiento de los problemas de violencia intrafamiliar dentro de su jurisdicción. **(Ley 294/1996, art. 28)**

470 Deber del estado de adelantar política contra trata de personas. Los estados partes tomarán todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer. **(Ley 51/1981, art. 6)**

471 Estrategia nacional contra la trata de personas. El gobierno nacional adoptará mediante decreto la estrategia nacional contra la trata de personas que será el eje de la política estatal en este campo. En la formulación de dicha estrategia intervendrá el comité interinstitucional para la lucha contra la trata de personas al que se refiere el capítulo VI en esta ley. Las acciones de la estrategia que competan a autoridades de otras ramas del poder público u órganos autónomos, y que por su naturaleza no puedan ser dictadas por decreto, serán adoptadas por la dirección de la respectiva entidad por medio del acto administrativo correspondiente.

Para la elaboración de la estrategia nacional se tendrán en cuenta los siguientes objetivos:

1. Desarrollar marcos de información relativa a las causas, modalidades, particularidades regionales y consecuencias de la trata de personas.
2. Prevenir la trata de personas a través de medidas sociales, económicas, políticas y jurídicas.

(…) 4. Proteger y asistir a las víctimas de la trata de personas, en los campos físico y psicológico, social, económico y jurídico.

(…) 6. Los demás que el comité interinstitucional considere necesarios.

Parágrafo. La estrategia nacional incluirá metas e indicadores de gestión que permitan medir periódicamente la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los objetivos aquí definidos. **(Ley 985/2005, art. 4)**

472 Criterios para diseño de medidas de protección y atención a las víctimas de trata de personas. Con el objeto de proteger y asistir a las víctimas del delito de trata de personas, la estrategia nacional incluirá el diseño

y ejecución de programas de asistencia encaminados a su recuperación física, sicológica y social, y fundamentados en la protección a sus derechos humanos. Estas acciones deberán garantizar la protección a la intimidad y la identidad de las víctimas, e incluirán, como mínimo:

1. Programas de asistencia inmediata que deberán satisfacer, por lo menos, las siguientes necesidades: retorno de las víctimas a su lugar de origen si estas lo solicitan; seguridad; alojamiento adecuado; asistencia médica, psicológica y material, e información y asesoría jurídica respecto a los derechos y procedimientos legales a seguir. Estas prestaciones serán objeto de la debida reglamentación.

2. Programas de asistencia mediata que incluyan, entre otros aspectos. Capacitación y ayuda en la búsqueda de oportunidades de empleo; y acompañamiento jurídico durante todo el proceso legal, en especial en el ejercicio de las acciones judiciales para exigir la reparación de los daños que han sufrido las víctimas.

3. En cada consulado de Colombia en el exterior se deberá ofrecer la debida información y tomar medidas temporales para garantizar la seguridad de la víctima, salvaguardar su dignidad e integridad personal y apoyarla en las gestiones que deba adelantar ante las autoridades del país extranjero. Esta disposición no implicará el incremento de funcionarios en la planta de personal. Los consulados propenderán, además, por incentivar el análisis del tema y sensibilizar a los medios de comunicación y a las autoridades extranjeras frente a la situación de sus víctimas.

Parágrafo 1º. La prestación de la asistencia mediata estará sujeta a que la víctima haya denunciado el delito ante las autoridades competentes. Esta condición no podrá exigirse para la prestación de la asistencia inmediata.

Parágrafo 2º. El gobierno coordinará con las entidades pertinentes la organización de un programa de repatriación para las víctimas de trata de personas que se encuentren en el exterior. **(Ley 985/2005, art. 7)**

473 Medidas de sensibilización contra pornografía, prostitución y abuso infantil. Las autoridades de los distintos niveles territoriales y el instituto colombiano de bienestar familiar, implementarán acciones de sensibilización pública sobre el problema de la prostitución, la pornografía y el abuso sexual de menores de edad. El gobierno nacional, por intermedio del ministerio de educación, supervisará las medidas que a este respecto sean dictadas por las autoridades departamentales, distritales y municipales.

Parágrafo 1º. Por medidas de sensibilización pública se entiende todo programa, campaña o plan tendiente a informar por cualquier medio sobre el problema de la prostitución, la pornografía con menores de edad y el abuso sexual

de menores de edad; sobre sus causas y efectos físicos y psicológicos y sobre la responsabilidad del estado y de la sociedad en su prevención.

Parágrafo 2º. La procuraduría general de la nación, a través de la delegada para la defensa de la familia y el menor y de los procuradores judiciales harán el seguimiento y el control respectivo. **(Ley 679/2001, art. 12)**

474 Deber de Min. Salud de diseñar medidas frente a la violencia contra la mujer. El ministerio de la protección social, además de las señaladas en otras leyes, tendrá las siguientes funciones:

1. Elaborará o actualizará los protocolos y guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres. En el marco de la presente ley, para la elaboración de los protocolos el ministerio tendrá especial cuidado en la atención y protección de las víctimas.

2. Reglamentará el plan obligatorio de salud para que incluya las actividades de atención a las víctimas que corresponda en aplicación de la presente ley, y en particular aquellas definidas en los literales a), b) y c) del artículo 19 de la misma.

3. Contemplará en los planes nacionales y territoriales de salud un apartado de prevención e intervención integral en violencia contra las mujeres.

4. Promoverá el respeto a las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Parágrafo. El plan nacional de salud definirá acciones y asignará recursos para prevenir la violencia contra las mujeres como un componente de las acciones de salud pública. Todos los planes y programas de salud pública en el nivel territorial contemplarán acciones en el mismo sentido. **(Ley 1257/2008, art. 13)**

475 Eliminación de la discriminación contra la mujer en el sistema de salud.

1. Los estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. **(Ley 51/1981, art. 12)**

476 Deber de incluir violencia contra la mujer en los planes de salud. En cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 9° y 13 de la ley 1257 de 2008 y del artículo 6° de la ley 1438 de 2011, el ministerio de salud y protección social elaborará el plan decenal de salud pública en el que incluirá las estrategias, planes, programas, acciones y recursos para la erradicación de las diferentes formas de violencia contra la mujer.

Los planes decenales territoriales de salud deberán incluir los lineamientos del plan decenal de salud pública en materia de violencia contra la mujer, acorde con la dinámica que en tal materia se presente dentro de la respectiva jurisdicción. **(Decreto 4796/2011, art. 6)**

477 Deber de expedir guías y protocolos de atención para víctimas de maltrato.[131] Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia del presente decreto, el ministerio de salud y protección social, actualizará las guías para la atención de la mujer maltratada y del menor de edad maltratado, contenidas en la resolución 412 de 2000 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. De igual forma, adoptará el modelo y protocolo de atención integral en salud a víctimas de violencia sexual. **(Decreto 4796/2011, art. 5)**

478 Actualización de protocolo de atención de violencia sexual. El protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, adoptado mediante la presente resolución será revisado y actualizado como mínimo cada dos (2) años. **(Min. Salud, Resolución 459/2012, art. 3)**

479 Actualización modelo de atención de violencia sexual. El modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, adoptado mediante la presente resolución, será revisado y actualizado cuando se considere pertinente. **(Min. Salud, Resolución 459/2012, art. 4)**

480 Criterios de la política de salud psicosocial para víctimas del conflicto armado.[132] El gobierno nacional, a través del ministerio de la protección social, creará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley, el programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas, el cual se implementará a través del plan nacional para la atención y reparación integral a las víctimas, comenzando en las zonas con mayor presencia de víctimas.

El programa deberá incluir lo siguiente:

131 NOTA EDITORIAL**:** El Decreto 4796 de 2011 fue publicado en el Diario Oficial del 20 de diciembre de 2011. Por ello, su vigencia comienza a partir del 21 de diciembre de 2011.

132 NOTA EDITORIAL: La Ley 1448 de 2011 fue publicada en el Diario Oficial del 10 de junio de 2011. Por ello, su vigencia comienza a partir del 11 de junio de 2011.

1. Pro-actividad. Los servicios de atención deben propender por la detección y acercamiento a las víctimas.

2. Atención individual, familiar y comunitaria. Se deberá garantizar una atención de calidad por parte de profesionales con formación técnica específica y experiencia relacionada, especialmente cuando se trate de víctimas de violencia sexual, para lo cual deberá contar con un componente de atención psicosocial para atención de mujeres víctimas. Se deberá incluir entre sus prestaciones la terapia individual, familiar y acciones comunitarias según protocolos de atención que deberán diseñarse e implementarse localmente en función del tipo de violencia y del marco cultural de las víctimas.

3. Gratuidad. Se garantizará a las víctimas el acceso gratuito a los servicios del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas, incluyendo el acceso a medicamentos en los casos en que esto fuera requerido y la financiación de los gastos de desplazamiento cuando sea necesario.

4. Atención preferencial. Se otorgará prioridad en aquellos servicios que no estén contemplados en el programa.

5. Duración. La atención estará sujeta a las necesidades particulares de las víctimas y afectados, y al concepto emitido por el equipo de profesionales.

6. Ingreso. Se diseñará un mecanismo de ingreso e identificación que defina la condición de beneficiario del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas y permita el acceso a los servicios de atención.

7. Interdisciplinariedad. Se crearán mecanismos de prestación de servicios constituidos por profesionales en psicología y psiquiatría, con el apoyo de trabajadores sociales, médicos, enfermeras, promotores comunitarios entre otros profesionales, en función de las necesidades locales, garantizando la integralidad de acción para el adecuado cumplimiento de sus fines.

Parágrafo. Los gastos derivados de la atención brindada por el programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas serán reconocidos y pagados por conducto del ministerio de la protección social con cargo a los recursos del fondo de solidaridad y garantía del sistema general de seguridad social en salud (FOSYGA), subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, salvo que estén cubiertos por otro ente asegurador en salud. **(Ley 1448/2011, art. 137)**

481 Deber de diseñar planes, protocolos y programas específicos para atención en salud de víctimas del conflicto armado.[133] *Ante*

133 NOTA EDITORIAL: La sentencia T-045/2010 de la Corte Constitucional fue emitida el 2 de febrero de 2010. Se debe tomar esta fecha como guía para el plazo de seis meses que esta-

la ausencia de programas, protocolos y políticas de atención en salud para las víctimas del conflicto armado se ORDENA **«**al Ministerio de la Protección Social que, en el plazo máximo de seis meses, contados a partir de la notificación de esta providencia, en coordinación con las entidades encargadas de prestar los servicios de salud a nivel territorial y con las entidades del SNAIPD, diseñe e implemente los protocolos, programas y políticas necesarias de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado, sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales, producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país. Estos protocolos, programas y políticas deben, como mínimo, comprender:

1. Un ámbito de cobertura necesario y obligatorio que le permita enfrentar la realidad fáctica de las víctimas de desplazamiento forzado, en particular las afecciones a su salud mental y emocional así como al proyecto de vida y las relaciones con el entorno familiar, cultural y social.

2. Sistema de promoción y prevención de la salud con enfoque diferencial.

3. Construcción de indicadores de impacto que faciliten el seguimiento y veeduría de su aplicación. En este punto además se requiere que se posibiliten prácticas participativas que integren a la comunidad y promuevan su acción en la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud mental.

4. En el diseño de programas de atención en salud mental a víctimas de la violencia sociopolítica se deben incorporar estrategias que permitan abordar las secuelas colectivas y daños psicosociales comunitarios generados por los hechos violatorios; ya que lo colectivo se convierte en condición para garantizar un entorno adecuado y protector de la salud mental. De igual manera se deben contemplar los entornos culturales e históricos.

5. Es también primordial garantizar el acceso a los medicamentos, procedimientos, diagnósticos y atención por servicios especializados, estén o no cubiertos por el POS, como vía para garantizar servicios oportunos y pertinentes adecuados a las necesidades particulares de la población en situación de desplazamiento.

6. Implementar estrategias de divulgación que permitan a la población víctima del conflicto armado y del desplazamiento forzado conocer y acceder a los servicios de salud diseñados especialmente para este sector.

---

blece la orden quinta de la sentencia.

7. Estos programas deben contar con indicadores de resultado de goce efectivo de derechos, así como los criterios de racionalidad señalados por la Corte Constitucional en los Autos 092 y 237 de 2008». **(Corte Constitucional, T-045/10)**

482 Criterios de política para entidades territoriales y ministerios sobre violencia contra la mujer. A partir de los principios de la ley 1257 de 2008 consagrados en el artículo 6°, el ministerio de educación nacional, las entidades territoriales y las instituciones educativas en el ámbito de sus competencias deberán:

1. Vincular a la comunidad educativa en la promoción, formación, prevención y protección de los derechos humanos de las mujeres para vivir una vida libre de violencias.
2. Generar ambientes educativos libres de violencias y discriminación, donde se reconozcan y valoren las capacidades de las mujeres, desde un enfoque diferencial.
3. Fomentar la independencia y libertad de las niñas, adolescentes y mujeres para tomar sus propias decisiones y para participar activamente en diferentes instancias educativas donde se adopten decisiones de su interés.
4. Garantizar el acceso a información suficiente y oportuna para hacer exigibles los derechos de las mujeres.
5. Garantizar la formación, para el conocimiento y ejercicio de los derechos humanos sexuales y reproductivos.
6. Orientar y acompañar a las niñas, adolescentes y jóvenes que han sido víctimas de violencia de género para la atención integral y el restablecimiento de sus derechos.
7. Reconocer y desarrollar estrategias para la prevención, formación y protección de los derechos de las mujeres para vivir una vida libre de violencias, en el marco de la autonomía institucional.
8. Coordinar acciones integrales intersectoriales con el fin de erradicar la violencia contra la mujer. **(Decreto 4798/2011, art. 1)**

6.3.2. Deberes operativos

483 Funcionarios capacitados para atención a víctimas de violencia sexual. En cada una de las entidades públicas en las que se brinde

atención y/o asistencia a víctimas, se dispondrá de personal capacitado en atención de víctimas de violencia sexual y género, que asesore y asista a las víctimas. **(Ley 1448/2011, art. 35, par. 2)**

484 Funcionarios capacitados para atención a víctimas con enfoque en género y violencia sexual. Las entidades a cargo de los Programas de Protección, diseñarán e implementarán una estrategia de capacitaciones, dirigida a sus servidores públicos que participan en los programas de protección.

Se deberá capacitar sobre los derechos de las víctimas, derechos de las mujeres, implementación del enfoque diferencial, rutas de atención en violencia de género y violencia sexual, niños, niñas y adolescentes, entre otros.

Parágrafo. Las entidades desarrollarán y adoptarán una estrategia de capacitación a sus funcionarios. **(Decreto 4800/2011, art. 215)**

485 Capacitación de funcionarios de policía para víctimas de explotación sexual. La Policía Nacional dictará periódicamente cursos y programas de capacitación, con el fin de actualizar al personal policial sobre la legislación vigente en materia de explotación sexual de menores de edad, venta y tráfico de niños, pornografía con menores de edad y atención menores de edad con necesidades básicas totalmente insatisfechas. El Inspector General de la Policía Nacional y el Comisionado Nacional para la Policía realizará los controles necesarios para asegurar el cumplimiento de esta función, sin perjuicio de la vigilancia que corresponde a los organismos de control.

Parágrafo. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las demás entidades públicas, en todos los niveles territoriales, cuyas funciones estén relacionadas con la protección de menores de edad, contribuirán a la capacitación de los miembros de la Policía Nacional. (Ley 679/2001, art. 28)

486 Capacitación y especialización de funcionarios que atienden violencia sexual de mujeres indígenas. El Estado garantizará las siguientes medidas para proteger a las mujeres indígenas en el marco del conflicto armado:

2. Garantizar que los servidores públicos competentes para atender incidentes de violencia sexual reciban una formación que les permita dar respuestas adecuadas a las denuncias, así como adoptar las medidas para que el competente provea la seguridad necesaria de la víctima.

3. Promover la creación de unidades especiales en la Policía Judicial y en la Fiscalía para la investigación de casos de violación y otras formas de violencia sexual;

4. Asegurar la plena participación y promover el liderazgo de las mujeres indígenas en la planeación y ejecución de políticas y prácticas encaminadas a combatir y prevenir la violación y otras formas de violencia sexual en el marco del conflicto armado. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 67)**

487 Capacitación de funcionarios de entidades del COPASO.

Parágrafo 1°. Todas las entidades y establecimientos públicos dentro del Copaso –Comité Paritario de Salud Ocupacional– entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social, deberán incluir la ejecución de talleres que conlleven a concientizar a sus funcionarios en los factores protectores para la prevención de violencia intrafamiliar, sus deberes y derechos, prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y embarazos no deseados, para así ayudar a disminuir los riesgos laborales que esta circunstancia conlleva.

Parágrafo 2°. Las entidades y establecimientos públicos deben presentar la inclusión del ítem de factores para la prevención de la violencia intrafamiliar dentro del plan de trabajo, según el artículo 21, literal f), artículo 35 y 63 del Decreto 1295 de 1994. **(Ley 1453/2011, art. 96)**

6.4. Medidas de prevención

6.4.1. Prevención de la violencia contra la mujer[134]

488 Medidas de sensibilización y prevención de violencia contra la mujer. Todas las autoridades encargadas de formular e implementar políticas públicas deberán reconocer las diferencias y desigualdades sociales, biológicas en las relaciones entre las personas según el sexo, la edad, la etnia y el rol que desempeñan en la familia y en el grupo social.

El Gobierno Nacional:

1. Formulará, aplicará, actualizará estrategias, planes y programas nacionales integrales para la prevención y la erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer.

2. Ejecutará programas de formación para los servidores públicos que garanticen la adecuada prevención, protección y atención a las mujeres

134 NOTA EDITORIAL: Las normas específicas sobre prevención de la violencia contra la mujer destinadas son de carácter general y abarcan distintos sectores.

víctimas de la violencia, con especial énfasis en los operadores/as de justicia, el personal de salud y las autoridades de policía.

3. Implementará en los ámbitos mencionados las recomendaciones de los organismos internacionales, en materia de Derechos Humanos de las mujeres.

4. Desarrollará planes de prevención, detección y atención de situaciones de acoso, agresión sexual o cualquiera otra forma de violencia contra las mujeres.

5. Implementará medidas para fomentar la sanción social y la denuncia de las prácticas discriminatorias y la violencia contra las mujeres.

6. Fortalecerá la presencia de las instituciones encargadas de prevención, protección y atención de mujeres víctimas de violencia en las zonas geográficas en las que su vida e integridad corran especial peligro en virtud de situaciones de conflicto por acciones violentas de actores armados.

7. Desarrollará programas de prevención, protección y atención para las mujeres en situación de desplazamiento frente a los actos de violencia en su contra.

8. Adoptar medidas para investigar o sancionar a los miembros de la policía, las fuerzas armadas, las fuerzas de seguridad y otras fuerzas que realicen actos de violencia contra las niñas y las mujeres, que se encuentren en situaciones de conflicto, por la presencia de actores armados.

9. Las entidades responsables en el marco de la presente ley aportarán la información referente a violencia de género al sistema de información que determine el Ministerio de Protección Social y a la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, a través del Observatorio de Asuntos de Género, para las labores de información, monitoreo y seguimiento.

Departamentos y Municipios

1. El tema de violencia contra las mujeres será incluido en la agenda de los Consejos para la Política Social.

2. Los planes de desarrollo municipal y departamental incluirán un capítulo de prevención y atención para las mujeres víctimas de la violencia. **(Ley 1257/2008, art. 9)**

489 Difusión de la Ley 1257/2008. Los Gobiernos Nacional, departamentales, distritales y municipales, tendrán la obligación de divulgar ampliamente y en forma didáctica en todos los niveles de la población colombiana, y en detalle, las disposiciones contenidas en la presente ley. **(Ley 1257/2008, art. 38)**

6.4.2. Prevención de la violencia intrafamiliar

490 Prevención a cargo del ICBF y entidades territoriales. El Instituto Colombiano de Bienestar diseñará políticas, planes y programas para prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar.

Igualmente, las autoridades departamentales y municipales podrán conformar Consejos de Protección Familiar para adelantar estudios y actividades de prevención, educación, asistencia y tratamiento de los problemas de violencia intrafamiliar dentro de su jurisdicción. **(Ley 294/1996, art. 28)**

6.4.3. Prevención de la violencia sexual contra los niños y la trata de personas

491 Prevención de violencia sexual contra niños. El Gobierno Nacional de manera conjunta con el Instituto Nacional de Radio y Televisión, promoverá la adopción de sistemas de autorregulación eficaces tendientes a motivar a los proveedores y usuarios de los servicios de comunicación en cuanto a la visibilidad de la violencia sexual, la promoción de derechos y relaciones equitativas entre los sujetos y la prevención del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes mediante el diseño de estrategias tendientes a:

1. Sensibilizar, orientar y [sic] conscienciar acerca de la existencia del abuso sexual a niños, niñas y adolescentes y sus consecuencias.
2. Aportar herramientas a los niños, niñas y adolescentes que les faciliten su protección, defensa, detección tendientes a evitar el abuso sexual.
3. Dar a conocer de manera eficaz y pedagógica a los niños, niñas, adolescentes y adultos, las autoridades e instituciones a las cuales dirigirse en procura de ayuda.
4. Enseñar a los niños, niñas y adolescentes y a la ciudadanía en general su derecho a la atención gratuita en salud en los casos de ser objetos de abuso sexual. **(Ley 1146/2007, art. 8)**

492 Prevención de la trata de personas. El Estado colombiano, a través del Gobierno Nacional, de sus instituciones judiciales y de policía, y de las autoridades nacionales y territoriales, tomará medidas y adelantará campañas y programas de prevención de la trata de personas, fundamentados en la protección de los Derechos Humanos, los cuales tendrán en cuenta que la demanda es una de sus causas fundamentales; considerarán los factores que aumentan la vulnerabilidad de la trata, entre ellos la desigualdad, la pobreza y la discrimi-

nación en todas sus formas, y atenderán la diversidad cultural y étnica de las posibles víctimas. **(Ley 985/2005, art. 5)**

493 Competencia del nivel central en la prevención de la trata de personas. De las acciones en materia de prevención de la trata de personas. En el marco de la Estrategia Nacional de lucha contra la trata de personas, corresponderá a las instituciones del Estado definidas en esta ley realizar, como mínimo, las siguientes acciones en materia de prevención de la trata de personas:

1. Bajo la coordinación del Ministerio del Interior y de Justicia, y en colaboración con las instituciones relacionadas con el tema, definidas por el Comité Interinstitucional, establecer programas de prevención, dirigidos a comunidades vulnerables a la trata de personas.

2. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Educación y en colaboración con las instituciones relacionadas con el tema, diseñará y aplicará programas para que se impartan obligatoriamente actividades de prevención de la trata de personas en los niveles de educación básica, media y superior.

3. Organizar y desarrollar, en forma permanente, actividades de capacitación, con el fin de informar y actualizar a los servidores públicos de las entidades que el Comité Interinstitucional considere pertinentes, sobre todos los aspectos relacionados con esta materia, en especial la identificación de las posibles víctimas, la legislación vigente, los instrumentos existentes para la protección de los Derechos Humanos de las víctimas, la forma como opera el crimen organizado nacional y transnacional relacionado con la trata, y las herramientas de investigación y judicialización existentes.

4. Implementar programas de sensibilización pública para dar a conocer la problemática de la trata de personas que se produce tanto dentro del territorio nacional como hacia el exterior, y promover la información relacionada con los peligros de la migración internacional realizada bajo condiciones de vulnerabilidad, riesgo, irregularidad o ilegalidad. Serán responsables por estas acciones el Ministerio de Comunicaciones, la Comisión Nacional de Televisión, las autoridades de policía y judiciales, en el marco de sus competencias, y las demás entidades que determine el Comité Interinstitucional.

5. Corresponde al Ministerio del Interior y de Justicia asesorar a las autoridades departamentales y municipales para que incluyan, en sus planes de desarrollo, programas de prevención de la trata de personas y de atención a las víctimas de la misma. **(Ley 985/2005, art. 6)**

6.5. Información a las víctimas

494 Deber de información sobre oferta institucional. Los municipios y distritos suministrarán información y asesoramiento a mujeres víctimas de violencia adecuada a su situación personal, sobre los servicios disponibles, las entidades encargadas de la prestación de dichos servicios, los procedimientos legales pertinentes y las medidas de reparación existentes.

Las líneas de atención existentes en los municipios y los distritos informarán de manera inmediata, precisa y completa a la comunidad y a la víctima de alguna de las formas de violencia, los mecanismos de protección y atención a la misma.

Se garantizará a través de los medios necesarios que las mujeres víctimas de violencia con discapacidad, que no sepan leer o escribir, o aquellas que hablen una lengua distinta al español, tengan acceso integral y adecuado a la información sobre los derechos y recursos existentes. **(Ley 1257/2008, art. 20)**

495 Deber de información sobre oferta institucional a las víctimas del conflicto armado. Frente a los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, así como los delitos contra la libertad e integridad personal como la desaparición forzada y el secuestro, las autoridades que intervienen en las diligencias iniciales deberán brindar garantías de información reforzadas, mediante personal especializado en atención psicosocial, sobre las instituciones a las que deben dirigirse para obtener asistencia médica y psicológica especializada, así como frente a sus derechos y la ruta jurídica que debe seguir. **(Ley 1448/2011, art. 35, par. 1)**

496 Deber de información sobre oferta institucional a víctimas de violencia intrafamiliar. De conformidad con los principios y medidas consagradas en los artículos 3° y 20 de la Ley 294 de 1996, los funcionarios competentes en la aplicación de las normas previstas para la acción de violencia intrafamiliar, deberán:

[…]

1. Informar a los intervinientes sobre los derechos de la víctima, los servicios gubernamentales y privados disponibles para la atención del maltrato intrafamiliar, así como de las consecuencias de la conducta al agresor, o del incumplimiento de las obligaciones pactadas en el acuerdo o de la medida de protección que imponga la autoridad competente, según sea la naturaleza y gravedad de los hechos. **(Decreto 652/2001, art. 2)**

497 Deber de información a los indígenas víctimas del conflicto armado. El Estado colombiano informará y asesorará a las víctimas de las que

trata el presente decreto sobre los derechos, recursos y de todos los servicios jurídicos, médicos, psicológicos, sociales, administrativos y de otra índole a los que pueden tener derecho, teniendo en cuenta las características ancestrales de cada pueblo, así como el idioma de las víctimas. Los pueblos indígenas accederán a los medios de información para divulgar los derechos y medidas contenidas en este decreto. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 40)**

6.6. Atención

6.6.1. Deberes de atención

498 Cumplimiento de requerimientos técnicos para prestar servicios de salud.[135] Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, deberán cumplir las siguientes condiciones:

3.1 Capacidad Técnico-Administrativa

3.2 Suficiencia Patrimonial y Financiera

3.3 Capacidad Tecnológica y Científica

Parágrafo. Las definiciones, estándares, criterios, parámetros y forma de verificación de las precitadas condiciones, son las establecidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución. **(Min. Salud, Resolución 1441/2013, art. 3)**

499 Consentimiento informado por parte de las víctimas de violencia sexual. Toda víctima de alguna de las formas de violencia previstas en la presente ley, además de los contemplados en el artículo 11 de la Ley 906 de 2004 y el artículo 15 de la Ley 360 de 1997, tiene derecho a: […]

d) Dar su consentimiento informado para los exámenes médico-legales en los casos de violencia sexual y escoger el sexo del facultativo para la práctica de los mismos dentro de las posibilidades ofrecidas por el servicio. Las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud

135 NOTA EDITORIAL El Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios en Salud al que hace referencia el artículo hace parte integral de la Resolución 1441/2013, y se encuentra en los anexos del presente documento. Dicho manual incluye requisitos específicos para quienes presten atenciones de urgencias con relación a estándares mínimos de atención para víctimas de violencia sexual.

promoverán la existencia de facultativos de ambos sexos para la atención de víctimas de violencia; **(Ley 1257/2008, art. 8, lit. d)**

500 Consentimiento informado de víctimas del pueblo ROM. La atención de emergencia que presten las instituciones hospitalarias deberá observar y respetar el estilo de vida y las especificidades culturales y ambientales de los sujetos colectivos étnica y culturalmente diferenciados. Ninguna víctima será atendida de acuerdo a la medicina occidental sin su consentimiento previo, libre e informado. Los servicios de salud consistirán en todos aquellos que se requieran para dar una atención oportuna, con calidez y calidad para preservar la vida como sus condiciones óptimas de salud. **(Decreto-ley 4634/2011, art. 54, par 1)**

501 Consentimiento de las víctimas de violencia sexual en el conflicto para que autoridades indígenas puedan usar sus casos en procesos de construcción de verdad. […] Las autoridades indígenas, en su condición de autoridades públicas de carácter especial, tendrán acceso libre y permanente a los documentos y demás medios o fuentes de información que consideren necesarios para el esclarecimiento de la verdad de las violaciones, salvo que los documentos tengan carácter reservado. En los casos de documentación de hechos de violencia sexual, se deberá contar con el consentimiento de las víctimas. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 12, inc. 3)**

502 Guarda de confidencialidad. Toda víctima de alguna de las formas de violencia previstas en la presente ley, además de los contemplados en el artículo 11 de la Ley 906 de 2004 y el artículo 15 de la Ley 360 de 1997, tiene derecho a: […]

f) Ser tratada con reserva de identidad al recibir la asistencia médica, legal, o asistencia social respecto de sus datos personales, los de sus descendientes o los de cualquiera otra persona que esté bajo su guarda o custodia; **(Ley 1257/2008, art. 8, lit. f)**

503 Confidencialidad para víctimas de trata de personas. Asistencia y protección a las víctimas de la trata de personas.

1. Cuando proceda y en la medida que lo permita su derecho interno, cada Estado Parte protegerá la privacidad y la identidad de las víctimas de la trata de personas, en particular, entre otras cosas, previendo la confidencialidad de las actuaciones judiciales relativas a dicha trata. […] **(Ley 800/2003, art. 6, num. 1)**

504 Obligación de aplicar el protocolo en casos de niños víctima de abuso sexual. Todo profesional de la salud adscrito o no a una institución

de salud, que al atender en consulta a un niño, niña o adolescente, encuentre indicio de que ha sido víctima de abuso sexual, deberá aplicar el protocolo [de atención para víctimas de violencia sexual]. **(Ley 1146/2007, art. 10)**

505 Denunciar violación de derechos de los niños. Las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual. **(Ley 1438/2011, art. 21)**

506 Denunciar abuso sexual de niños en 24 horas. En ejercicio del deber constitucional de protección de los niños, niñas y adolescentes, el Estado y la sociedad tienen el deber de denunciar oportunamente a las autoridades competentes cualquier indicio o caso de abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes dentro de las 24 horas siguientes al conocimiento del hecho.[136] **(Ley 1146/2007, art. 15)**

507 Deber de IPS de remitir información y mantener cadena de custodia. En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente:

(…) 5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia.

6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF. **(Ley 1146/2007, art. 9)**

508 Deber de IPS de remitir información a autoridades competentes en 12 horas. El otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas que acuden a recibir atención médica ante una Institución Prestadora de Servicios de Salud, estará sujeto al siguiente procedimiento:

136 NOTA EDITORIAL: Tener en cuenta que la Ley 1146/2007, art.11, incluye la obligación de docentes de denunciar ante las autoridades administrativas y judiciales competentes, toda conducta o indicio de violencia o abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes del que tenga conocimiento.

1. La Institución Prestadora de Servicios de Salud valorará y atenderá a la mujer víctima de violencia, de conformidad con los protocolos médicos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, de lo cual elaborará el resumen de la atención donde especifique si la mujer víctima tiene una afectación en su salud física o mental relacionada con el evento y si requiere tratamiento médico y/o psicológico. El resumen deberá ser remitido a la autoridad competente dentro de las doce (12) horas siguientes a la culminación de la atención o de la urgencia. Si la mujer víctima de violencia no contare con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la IPS deberá informar del hecho a la entidad territorial con el fin de que se surta el proceso de afiliación al Sistema, en los términos establecidos en los artículos 32 de la Ley 1438 de 2011 y 11 del Decreto número 4796 del mismo año, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. (…) **(Decreto 2734/2012, art. 6)**

509 Obligación de respetar y preservar la cadena de custodia.[137]
Cadena de custodia de evidencia forense. De acuerdo con lo preceptuado en el artículo 255 y siguientes de la Ley 906 de 2004, en concordancia con lo establecido en las resoluciones Nos. 1890 de 2002 y 6394 de 2004:

«La aplicación de la cadena de custodia es responsabilidad de los servidores públicos que entren en contacto con los elementos materiales probatorios y evidencia física.

Los particulares que por razón de su trabajo o por el cumplimento de las funciones propias de su cargo, en especial el personal de los servicios de salud que entren en contacto con elementos materiales probatorios y evidencia física, son responsables por su recolección, preservación y entrega a la autoridad correspondiente».

En consecuencia, la Superintendencia Nacional de Salud, recuerda a los sujetos y entidades vigiladas que en ejercicio de las funciones propias en la prestación del servicio público de salud se debe cumplir con las responsabilidades y obligaciones asignadas por las normas enunciadas, ejerciendo para ello las acciones de capacitación a los profesionales de la salud y demás trabajadores o funcionarios que manejen urgencias y público en general donde se realicen intervenciones médicas que involucren hechos delictivos tales como: lesiones personales, homicidios, suicidios, abortos, delitos de manipulación genética, delitos contra la libertad sexual y en general que tengan que manejar evidencia forense. **(Super. Salud, Circular 049/2008, Tít. 1, Cap. 7)**

137 NOTA EDITORIAL: La circular 049 de 2008 de la Superintendencia de Salud adiciona la Circular 047 de 2007.

510 Deber de informar a las alcaldías sobre víctimas no afiliadas al SGSSS. Las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud informarán a las alcaldías distritales o municipales las mujeres víctimas no afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud para que se ordene su afiliación inmediata al Sistema. **(Decreto 4796/2011, art. 11, inc. 2)**

511 Deber de atención médica de urgencias a víctimas del conflicto.

Parágrafo 2°. Las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, del territorio nacional, que prestan servicios de salud, tienen la obligación de prestar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que la requieran, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión, cuando estas lo requieran en razón a una violación a las que se refiere el artículo 3° de la presente Ley. **(Ley 1448/2011, art. 47, par. 2)**

512 Deber de atención médica de urgencias a víctimas del conflicto. Las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, del territorio nacional, que prestan servicios de salud, tienen la obligación de prestar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que la requieran, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión. **(Ley 1448/2011, art. 53)**

513 Atención diferencial para víctimas del conflicto. En casos de atención en salud para víctimas del conflicto armado, «las entidades públicas encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud, deben preocuparse no sólo por cumplir los cuatro elementos esenciales e interrelacionados del derecho a la salud, a saber, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, sino que además deben contemplar las circunstancias particulares que se desprenden del hecho de ser víctimas del conflicto armando y del desplazamiento forzado(…)». **(Corte Constitucional, T-045/10, pág. 48)**

6.6.2. Atención en Salud

514 Atención en salud para NNA víctimas de violencia sexual. En caso de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud, que en todo caso incluirá como mínimo lo siguiente:

1. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, serán atendidos en las Instituciones Prestadoras de Salud tales como EPS, IPS, ARS previamente mencionadas, de manera inmediata y en cumplimento del principio de prevalencia de sus derechos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica.
2. Examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual adquiridas con ocasión del abuso.
3. Provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/SIDA.
4. Durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y sicológica del niño, niña o adolescente víctima del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias.
5. A que se recoja de manera oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia.
6. Se dará aviso inmediato a la policía judicial y al ICBF.
7. Se practicarán de inmediato las pruebas forenses, patológicas y sicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

Parágrafo. Las EPS, IPS, y ARS u otros prestadores del servicio que no cumplan de manera inmediata con lo ordenado en el presente artículo, serán objeto de sanción por parte de la Superintendencia de Salud, quien para el efecto deberá dentro de los treinta (30) días siguientes a la promulgación de la presente ley, determinar la escala de sanciones y procedimientos que estarán enmarcados dentro de los principios de celeridad y eficacia, a fin de que se cumplan efectivamente los preceptos aquí consagrados. **(Ley 1146/2007, art. 9)**

515 Protocolo de atención integral para víctimas de violencia sexual.[138] Adoptar el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, que hace parte integral de la presente resolución, el cual es de obligatorio cumplimiento para la atención de las víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. **(Min. Salud, Resolución 459/2012, art. 1)**

516 Modelo de atención integral para víctimas de violencia sexual.[139] Adoptar el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de

138 NOTA EDITORIAL: El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual contenido en la Resolución 459/2012 se encuentra en los anexos de la presente compilación.

139 NOTA EDITORIAL: El Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual contenido en la Resolución 459/2012 se encuentra en los anexos de la presente compilación.

Violencia Sexual, publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, como marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. **(Min. Salud, Resolución 459/2012, art. 2)**

517 Servicios de salud mínimos para las víctimas del conflicto, incluyendo víctimas de violencia sexual.

Los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria consistirán en:

1. Hospitalización.
2. Material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de la Protección Social.
3. Medicamentos.
4. Honorarios Médicos.
5. Servicios de apoyo tales como bancos de sangre, laboratorios, imágenes diagnósticas.
6. Transporte.
7. Examen del VIH sida y de ETS, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento.
8. Servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y/o la ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima.
9. La atención para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas.

Parágrafo. El reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a que se refiere este capítulo, se hará por conducto del Ministerio de la Protección Social con cargo a los recursos del Fosyga, subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, únicamente en los casos en que se deban prestar los servicios de asistencia para atender lesiones transitorias permanentes y las demás afectaciones de la salud que tengan relación causal directa con acciones violentas que produzcan un daño en los términos del artículo 3º de la presente ley, salvo que estén cubiertos por planes voluntarios de salud. **(Ley 1448/2011, art. 54)**

518 Atención en salud para víctimas del conflicto pertenecientes a pueblos indígenas. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, públicas o privadas, del territorio nacional, tienen la obligación de suministrar

atención inicial de urgencias de manera inmediata a las víctimas pertenecientes a pueblos y comunidades indígenas que la requieran, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión.

Parágrafo. La atención inicial de urgencias que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud, en la medida de sus condiciones, y de conformidad con los lineamientos que para este caso establezca el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI, ordenado en la Ley 1450 de 2011, deberá respetar la cosmovisión y las especificidades culturales de los pueblos y comunidades indígenas. Ninguna víctima será atendida de acuerdo a la medicina occidental sin su consentimiento previo, libre e informado. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 76)**

519 Servicios de salud para víctimas del conflicto pertenecientes a pueblos indígenas. Los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria consistirán, como mínimo, en:

1. Hospitalización.
2. Material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Medicamentos.
4. Honorarios Médicos.
5. Servicios de apoyo tales como bancos de sangre, laboratorios, imágenes diagnósticas.
6. Transporte del paciente.
7. Examen del VIH sida y de ETS, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento.
8. Servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y/o la ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima.
9. La atención para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas.

Parágrafo. El reconocimiento y pago de los servicios de asistencia en salud no cubiertos a través de los Planes de Beneficios contemplados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a que se refiere este capítulo, se hará por conducto del Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del Fosyga, subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito y de acuerdo a los mecanismos de reconocimiento y pago establecidos para tal fin

que será acordado en la ruta establecida en el artículo 84 del presente decreto. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 77)**

520 Atención en salud para víctimas del conflicto pertenecientes al pueblo ROM. Las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, del territorio nacional, que prestan servicios de salud, tienen la obligación de suministrar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas pertenecientes al pueblo Rom o Gitano y las Kumpañy que la requieran, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión. **(Decreto-ley 4634/2011, art. 54)**

521 Atención en salud para víctimas afrocolombianas, raizales y palenqueras. Las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, del territorio nacional, que prestan servicios de salud, tienen la obligación de prestar atención de emergencia de manera inmediata a las víctimas que la requieran, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión. **(Decreto-ley 4635/2011, art. 54)**

522 Servicios de salud para víctimas afrocolombianas, raizales y palenqueras. Los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria consistirán en:

1. Hospitalización.
2. Material médico-quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, conforme con los criterios técnicos que fije el Ministerio de la Protección Social.
3. Medicamentos.
4. Honorarios Médicos.
5. Servicios de apoyo tales como bancos de sangre, laboratorios, imágenes diagnósticas.
6. Transporte.
7. Examen del VIH/SIDA y de ETS, en los casos en que la persona haya sido víctima de acceso carnal violento.
8. Servicios de interrupción voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y/o la ley, con absoluto respeto de la voluntad de la víctima.
9. La atención para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas. **(Decreto-ley 4635/2011, art. 55)**

523 Atención médica y psicológica de emergencia para víctimas de violencia sexual en el conflicto armado. Las víctimas de que trata el artículo 3º de la presente ley, recibirán ayuda humanitaria de acuerdo a las necesidades inmediatas que guarden relación directa con el hecho victimizante, con el objetivo de socorrer, asistir, proteger y atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, atención médica y psicológica de emergencia, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas, y con enfoque diferencial, en el momento de la violación de los derechos o en el momento en el que las autoridades tengan conocimiento de la misma.

Las víctimas de los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, recibirán asistencia médica y psicológica especializada de emergencia. **(Ley 1448/2011, art. 47)**

524 Remisión de pacientes víctimas del conflicto a otras IPS. Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que resultaren víctimas de acuerdo a la presente ley, serán atendidos por las instituciones prestadoras de salud y una vez se les preste la atención de urgencias y se logre su estabilización, si estas instituciones no contaren con disponibilidad o capacidad para continuar prestando el servicio, serán remitidos a las instituciones hospitalarias que definan las entidades de aseguramiento para que allí se continúe el tratamiento requerido. La admisión y atención de las víctimas en tales instituciones hospitalarias es de aceptación inmediata y obligatoria por parte de estas, en cualquier parte del territorio nacional, y estas instituciones deberán notificar inmediatamente al Fosyga sobre la admisión y atención prestada.

Parágrafo. Aquellas personas que se encuentren en la situación prevista en la presente norma y que no se encontraren afiliados al régimen contributivo de seguridad social en salud o a un régimen de excepción, accederán a los beneficios contemplados en el artículo 158 de la Ley 100 de 1993 mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo o deban estar afiliados a dicho régimen. **(Ley 1448/2011, art. 55)**

525 Remisión a otras IPS de pacientes víctimas del conflicto pertenecientes a pueblos indígenas. Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que resultaren víctimas de acuerdo a lo dispuesto en el presente decreto, serán atendidos por las instituciones prestadoras de salud. Una vez se les preste la atención inicial de urgencias y se logre su estabilización, si estas instituciones no contaren con disponibilidad o capacidad para continuar prestando el servicio, serán remitidos a las IPS que definan las entidades de aseguramiento, dando prioridad a las IPS de carácter indígena, para que allí se continúe el tratamiento requerido.

La admisión y atención de las víctimas en tales instituciones es de aceptación inmediata y obligatoria por parte de estas, en cualquier parte del territorio nacional, y estas instituciones deberán notificar inmediatamente al Fosyga sobre la admisión y atención prestada.

Parágrafo 1°. Toda persona que sea incluida en el Registro Único de Víctimas, accederá por ese hecho a la afiliación al régimen subsidiado del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, salvo en las excepciones establecidas en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará con las entidades territoriales para que se garantice la vinculación al régimen subsidiado a todos los integrantes de pueblos y comunidades indígenas que puedan ser considerados víctimas en los términos de este decreto, y que al momento de recibir la atención inicial de urgencias no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 78)**

526 Remisión a otras IPS de pacientes víctimas del conflicto pertenecientes a pueblos afrocolombianos, raizales o palenqueros. Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que resultaren víctimas de acuerdo al presente decreto, serán atendidos por las instituciones prestadoras de salud y una vez se les preste la atención de urgencias y se logre su estabilización, si estas instituciones no contaren con disponibilidad o capacidad para continuar prestando el servicio, serán remitidos a las instituciones hospitalarias que definan las entidades de aseguramiento para que allí se continúe el tratamiento requerido. La admisión y atención de las víctimas en tales instituciones hospitalarias es de aceptación inmediata y obligatoria por parte de estas, en cualquier parte del territorio nacional, y estas instituciones deberán notificar inmediatamente al Fosyga sobre la admisión y atención prestada.

Parágrafo. Aquellas personas que se encuentren en la situación prevista en la presente norma y que no se encontraren afiliados al régimen contributivo de seguridad social en salud o a un régimen de excepción, accederán a los beneficios contemplados en la Ley 100 de 1993 mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo o deban estar afiliados a dicho régimen. **(Decreto-ley 4635/2011, art. 56)**

6.6.3. Atención Psicológica

527 Derecho a atención psicológica y psiquiátrica para víctimas de violencia sexual. Toda persona víctima de los delitos contra la libertad sexual y la dignidad humana tiene derecho a:

Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado.

Tener acceso gratuito a los siguientes servicios: (…)

2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional. (Ley 360/1997, art. 15, inc. 5, num. 2)

528 Derecho a atención psicológica y psiquiátrica para las mujeres víctimas de violencia sexual. Toda víctima de alguna de las formas de violencia previstas en la presente ley, además de los contemplados en el artículo 11 de la Ley 906 de 2004 y el artículo 15 de la Ley 360 de 1997, tiene derecho a: (…)

g) Recibir asistencia médica, psicológica, psiquiátrica y forense especializada e integral en los términos y condiciones establecidos en el ordenamiento jurídico para ellas y sus hijos e hijas;

h) Acceder a los mecanismos de protección y atención para ellas, sus hijos e hijas; (…). (Ley 1257/2008, art. 8, lit. g)

529 Programas de atención psicológica para los pueblos afrocolombianos, raizales y palenqueros víctimas del conflicto. Módulo étnico del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral para las comunidades y sus miembros. El Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral contendrá un módulo especial a partir de los impactos colectivos causados por los daños sufridos por las comunidades en la dimensión comunitaria, familiar e individual y las afectaciones generadas sobre los derechos colectivos, como la identidad, el territorio, la autonomía y la participación. El Programa se guiará por los siguientes lineamientos:

a) Pro-actividad. Los servicios de atención deben procurar la detección y acercamiento de las víctimas. Para esto se deben identificar en los sujetos colectivos étnica y culturalmente diferenciados, las afectaciones e impactos psicosociales generados por el conflicto armado;

b) Atención individual, familiar y comunitaria. Se deberá garantizar una atención de calidad por parte de profesionales con formación técnica específica y experiencia relacionada, especialmente cuando se trate de víctimas de violencia sexual, para lo cual contará con un componente de atención psicosocial para atención de mujeres y hombres víctimas. Se incluirá entre sus prestaciones la terapia individual, familiar y acciones comunitarias según protocolos de atención que deberán diseñarse e implementarse localmente en función del tipo de violencia y del marco cultural de las víctimas. Este servicio deberá contar con un énfasis en la medicina tradicional y en los propios procesos que llevan a cabo las comunidades con base en sus conocimientos ancestrales y culturales;

c) Rehabilitación colectiva e individual. Creación de procesos formativos para el fortalecimiento psicosocial, desde una perspectiva multidisciplinaria, en el ámbito individual, familiar y colectivo y fortalecimiento de la salud mental de la comunidad;

d) Lógicas no discriminatorias. El programa deberá incluir un componente que contribuya a la destrucción de las lógicas discriminatorias dentro de las propias comunidades contando con un especial enfoque de género y generación;

e) Gratuidad. Se garantizará a las víctimas el acceso gratuito a los servicios del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, incluyendo el acceso a medicamentos en los casos en que esto fuera requerido y la financiación de los gastos de desplazamiento cuando sea necesario;

f) Personalización. La atención estará sujeta a las necesidades particulares de las víctimas y afectados, y al concepto emitido por el equipo de profesionales;

g) Ingreso. Se diseñará un mecanismo de ingreso e identificación que defina la condición de beneficiario del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas y permita el acceso a los servicios de atención;

h) Interdisciplinariedad. Se crearán mecanismos de prestación de servicios constituidos por profesionales en Psicología y Psiquiatría, con el apoyo de antropólogos, trabajadores sociales, médicos, médicos tradicionales, enfermeras, promotores comunitarios, entre otros profesionales, en función de las necesidades locales, garantizando la integralidad de acción para el adecuado cumplimiento de sus fines. **(Decreto-ley 4635/2011, art. 88)**

530 Atención psicológica de mujeres víctimas del conflicto. *Cuando se presten servicios de salud para mujeres víctimas del conflicto armado, la atención psicológica deberá estar enfocada hacia* «la necesidad de romper el aislamiento, reconocer sus experiencias de miedo, identificar sus enfermedades, permitirles hablar de sus sentimientos de vergüenza y de culpa y romper los tabúes que los alimentan. Y, lo más importante, permitirles hablar de lo que vivieron y facilitar la reflexión en la comunidad, combatiendo la estigmatización y promoviendo actitudes positivas que permitan el reconocimiento de las víctimas». **(Corte Constitucional, T-045/2010)**

531 Atención interdisciplinaria para mujeres indígenas víctimas de violencia sexual. El Estado garantizará medidas de satisfacción para los pueblos indígenas tendientes a restablecer las condiciones culturales, sociales,

económicas y territoriales además de mecanismos para difundir la verdad sobre los hechos acaecidos en el modo, tiempo y lugar que los pueblos estimen adecuados para su sociedad y cultura. Dichas medidas buscarán proporcionar bienestar a los pueblos y deberán contribuir a mitigar el dolor colectivo e individual de las víctimas. […]

n) Servicios multidisciplinarios de salud para las mujeres víctimas de violación sexual;

o) Programas participativos para coadyuvar a la reinserción plena en la comunidad de las mujeres indígenas víctimas de violación sexual;

p) Campaña de concientización y sensibilización sobre la prohibición y los efectos de la violencia y discriminación contra las mujeres indígenas. **(Decreto-ley 4633/2011, art. 120, lit. n)**

532 Atención psicológica de emergencia para víctimas de violencia sexual en el conflicto. **[…]** Las víctimas de los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, recibirán asistencia médica y psicológica especializada de emergencia. **(Ley 1448/2011, art. 47)**

533 Estándares de atención en salud para víctimas del conflicto. *Cuando se preste atención en salud, incluida la atención psicosocial, a las víctimas del conflicto armado, se deberán respetar al menos los siguientes estándares:*

1. «Valoración médica especializada (…) que incluya tanto el diagnóstico por parte de profesionales en salud mental (psicólogos y psiquiatras) como salud física, acompañados por profesionales expertos en enfoque psicosocial para víctimas».

2. «Seguimiento continuo al estado de salud física y metal de las *[personas]* afectadas hasta que se restablezcan sus condiciones normales de salud».

3. *El sistema general de salud debe cubrir los gastos que por concepto de transporte se generen para la víctima y sus acompañantes (uno por persona). Igualmente,* «la institución prestadora del servicio de salud a la que corresponda, correrá con todos los gastos de alojamiento y alimentación».

4. *El tratamiento debe vincular* «en la atención psicosocial a las familias de *[la víctima]* y a las personas que después de la evaluación realizada por el equipo interdisciplinario, éste estime conveniente (…)». **(Corte Constitucional, T-045/2010)**

6.6.4. Atención psicosocial

534 Medidas de estabilización de las mujeres víctimas de violencia sexual. Para la estabilización de las víctimas, la autoridad competente podrá:

a) Solicitar el acceso preferencial de la víctima a cursos de educación técnica o superior, incluyendo los programas de subsidios de alimentación, matrícula, hospedaje, transporte, entre otros.

b) Ordenar a los padres de la víctima el reingreso al sistema educativo, si esta es menor de edad.

c) Ordenar el acceso de la víctima a actividades extracurriculares, o de uso del tiempo libre, si esta es menor de edad.

d) Ordenar el acceso de la víctima a seminternados, externados, o intervenciones de apoyo, si esta es menor de edad. **(Ley 1257/2008, art. 22)**

535 Medidas de asistencia social para mujeres víctimas de violencia sexual. Obligación del SGSSS de pagar dichas medidas. Las medidas de atención previstas en esta ley y las que implementen el Gobierno Nacional y las entidades territoriales, buscarán evitar que la atención que reciban la víctima y el agresor sea proporcionada por la misma persona y en el mismo lugar. En las medidas de atención se tendrán en cuenta las mujeres en situación especial de riesgo.

a) Garantizar la habitación y alimentación de la víctima a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen Subsidiado, prestarán servicios de habitación y alimentación en las instituciones prestadoras de servicios de salud, o contratarán servicios de hotelería para tales fines; en todos los casos se incluirá el servicio de transporte de las víctimas de sus hijos e hijas. Adicionalmente, contarán con sistemas de referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, siempre garantizando la guarda de su vida, dignidad e integridad.

b) Cuando la víctima decida no permanecer en los servicios hoteleros disponibles, o estos no hayan sido contratados, se asignará un subsidio monetario mensual para la habitación y alimentación de la víctima, sus hijos e hijas, siempre y cuando se verifique que el mismo será utilizado para sufragar estos gastos en un lugar diferente al que habite el agresor. Así mismo este subsidio estará condicionado a la asistencia a citas médicas, sicológicas o siquiátricas que requiera la víctima.

En el régimen contributivo este subsidio será equivalente al monto de la cotización que haga la víctima al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y para el régimen subsidiado será equivalente a un salario mínimo mensual vigente.

c) Las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen Subsidiado serán las encargadas de la prestación de servicios de asistencia médica, sicológica y siquiátrica a las mujeres víctimas de violencia, a sus hijos e hijas.

Parágrafo 1º. La aplicación de las medidas definidas en los literales a) y b) será hasta por seis meses, prorrogables hasta por seis meses más siempre y cuando la situación lo amerite.

Parágrafo 2º. La aplicación de estas medidas se hará con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 3º. La ubicación de las víctimas será reservada para garantizar su protección y seguridad, y las de sus hijos e hijas. **(Ley 1257/2008, art. 19)**

536 Autoridades competentes para otorgar medidas de atención. Se entiende por autoridad competente para el otorgamiento de las medidas de atención consagradas en el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que la modifiquen o adicionen, el Comisario de Familia del lugar donde ocurrieron los hechos, en los casos de violencia intrafamiliar. En aquellos municipios donde no haya Comisario de Familia, el competente será el Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal del domicilio de la mujer víctima o del lugar donde fue cometida la agresión. Cuando en el domicilio de la persona agredida hubiere más de un despacho judicial, competente para conocer de esta acción, la petición se someterá en forma inmediata a reparto.

Cuando los casos lleguen a la Fiscalía General de la Nación por delito de violencia intrafamiliar o por situaciones de violencia en ámbitos diferentes al familiar, la autoridad competente para el otorgamiento de las medidas de atención será el Juez de Control de Garantías.

En los casos de violencia intrafamiliar, el Fiscal o la Víctima solicitarán al Juez de Control de Garantías el otorgamiento de las medidas de atención de que trata el presente decreto y remitirá las diligencias a la Comisaría de la Familia, Juez Civil Municipal o Promiscuo Municipal para que se continúe con el procedimiento en la forma y términos señalados en el presente decreto.

Cuando los casos lleguen a la Fiscalía General de la Nación por situaciones de violencia en ámbitos diferentes al familiar, el Fiscal o la víctima solicitarán al Juez de Control de Garantías el otorgamiento de las medidas de atención de que trata el presente decreto. **(Decreto 2734/2012, art. 4)**

537 Criterios para conceder las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008. Los criterios para otorgar las medidas de atención relacionadas con los servicios temporales de habitación, alimentación y transporte a que refiere el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, son los siguientes:

a) Afectación para la salud física y/o mental de la mujer víctima, de acuerdo con lo consignado en el resumen de la historia clínica, el cual deberá contener las recomendaciones para el tratamiento médico a seguir.

b) Situación especial de riesgo en la que se encuentre la víctima.

(Decreto 2734/2012, art. 3)

538 Criterios específicos para conceder las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008. Las medidas de atención de que trata el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, serán otorgadas con posterioridad a alguna de las medidas de protección contenidas en los artículos 17 y 18 en concordancia con el artículo 21 de la Ley 1257 de 2008, reglamentadas por el Decreto número 4799 de 2011 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan y su otorgamiento estará sujeto al cumplimiento de las siguientes condiciones.

1. Que la mujer se encuentre en situación especial de riesgo.
2. Que se hayan presentado hechos de violencia contra ella.
3. Que la violencia contra la mujer implique consecuencias para su salud física o mental.
4. Que la mujer requiera atención, tratamiento o cuidados especiales para su salud y sean inherentes al tratamiento médico recomendado por los profesionales de la salud.
5. Que el agresor permanezca o insista en permanecer en el mismo lugar de ubicación de la agredida o que no permaneciendo en este realice acciones que pongan en riesgo la vida o integridad personal de la víctima.
6. Que la víctima acuda ante un comisario de familia, a falta de este ante un juez civil municipal o un juez promiscuo municipal, o acuda ante la Fiscalía General de la Nación, para que de acuerdo con la solicitud de la víctima o el fiscal, el juez de control de garantías evalúe la situación y decida si hay mérito para ordenar la medida.
7. Que la víctima acredite ante la respectiva Entidad Promotora de Salud que la orden ha sido impartida por la autoridad competente; y
8. Que las prestaciones de alojamiento y alimentación sean temporales, es decir, por el lapso que dure la transición de la agredida hacia un estatus habitacional que le permita retomar y desarrollar el proyecto de vida por ella escogido.

Parágrafo. Cuando la mujer víctima se encuentre en un programa de protección de entidades estatales, las medidas de atención de que trata el presente decreto no sustituirán las mismas. El alojamiento, alimentación y transporte se aplicarán dentro de las condiciones de las medidas otorgadas en el programa de protección establecido para la víctima. **(Decreto 2734/2012, art. 5)**

539 Contenido de la orden que concede medidas de atención. La orden emitida por la autoridad competente para la adopción de la medida de atención deberá contener además de los generales de ley:

1. Tiempo por el cual se otorgará la medida de acuerdo a la duración del tratamiento médico recomendado.
2. La necesidad del tratamiento médico en salud física y/o mental de la mujer víctima.
3. Los mecanismos de seguimiento para el cumplimiento y para la determinación de una eventual prórroga de la medida. **(Decreto 2734/2012, art. 9)**

540 Duración de las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008. Las medidas de atención deberán adoptarse por la duración del tratamiento médico recomendado y hasta por un término de seis (6) meses, prorrogable por un periodo igual.

Parágrafo. La autoridad competente de acuerdo con la evaluación de la situación especial de riesgo y con la información de la condición de salud física y mental suministrada por la Institución Prestadora del Servicio de Salud - IPS, evaluará mensualmente la necesidad de dar continuidad a las medidas de atención; y en caso de considerarlo pertinente, podrá revocar las medidas en cualquier momento mediante incidente, de acuerdo a lo estipulado en el parágrafo 2° del artículo 3° del Decreto número 4799 de 2011 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. **(Decreto 2734/2012, art. 10)**

541 Levantamiento de las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008.

Las medidas de atención a que refiere el artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, se levantarán por parte de la autoridad competente, en los siguientes casos:

1. Inasistencia injustificada a las citas o incumplimiento al tratamiento en salud física, psicológica y/o mental.
2. Ausencia recurrente e injustificada del lugar de habitación asignado.
3. Incumplimiento del reglamento interno del lugar de habitación asignado.

4. Utilización del subsidio monetario para fines diferentes a lo previsto en la ley.

Cuando se presente una de estas situaciones, la Institución Prestadora del Servicio de Salud –IPS–, el administrador del lugar de habitación asignado, la Dirección Departamental o Distrital de Salud, o el Régimen Especial o de Excepción, deben reportarlas a la autoridad competente, quien deberá analizar la situación, y de ser el caso revocar las medidas de atención informando de ello a la EPS, a la Dirección Departamental o Distrital de Salud o al Régimen Especial o de Excepción. **(Decreto 2734/2012, art. 16)**

542 Criterios para otorgamiento del subsidio económico para medidas de atención. La asignación del subsidio monetario cuando la mujer víctima decida no permanecer en los servicios de habitación, estará supeditada a:

1. En el departamento o distrito donde resida la mujer víctima no existan servicios de habitación contratados.

2. En el municipio donde resida la mujer víctima no existan los servicios de habitación contratados y ella no pueda trasladarse del municipio por razones de trabajo.

3. Los cupos asignados en el departamento o distrito para servicios de habitación para las mujeres víctimas de violencia se hayan agotado. **(Decreto 4796/2012, art. 9)**

543 Monto del subsidio económico para medidas de atención. De conformidad con lo establecido en la Ley 1257 de 2008, el monto del subsidio será el siguiente:

a) Para la mujer afiliada como cotizante al Régimen Contributivo, el equivalente al monto de la cotización que haga la víctima al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

b) Para la mujer afiliada al Régimen Subsidiado el equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente.

c) Para la mujer víctima que se encuentre afiliada al Régimen Contributivo como beneficiaria, el subsidio monetario será el equivalente al monto que se asigna a las mujeres víctimas afiliadas al Régimen Subsidiado.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social mediante resolución de carácter general determinará los criterios para el pago del subsidio en los casos en que el agresor tenga capacidad de pago para asumirlo, dicha resolución deberá expedirse dentro de los dos (2) meses siguientes a la vigencia del presente decreto.

Parágrafo 2°. El subsidio monetario se entregará por parte del departamento o distrito directamente a la mujer víctima. Para el efecto, dichas entidades podrán suscribir convenios y/o contratos en los que deberán contemplar criterios de eficiencia para el control de la entrega de los subsidios monetarios y de minimización de trámites para las mujeres víctimas. **(Decreto 4796/2012, art. 10)**

544 Entrega del subsidio económico para medidas de atención. Cuando se configure alguno de los criterios señalados en el artículo 9° del Decreto número 4796 de 2011, procederá el otorgamiento del subsidio monetario para lo cual, la Entidad Promotora de Salud informará tal circunstancia tanto a la autoridad competente como a la Dirección Departamental o Distrital de Salud del lugar donde se encuentre la mujer víctima.

La Dirección Departamental o Distrital de Salud hará entrega efectiva del subsidio monetario correspondiente, de acuerdo con el mecanismo que establezca debiendo aplicar para el efecto, los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El subsidio monetario se entregará a la mujer víctima por el tiempo de duración de la medida, para sufragar los gastos de habitación, alimentación y transporte en lugar diferente al que habite el agresor. Así mismo, estará condicionado a la asistencia a las citas médicas, psicológicas o psiquiátricas que requiera la víctima, hijos e hijas.

El desembolso del subsidio del segundo mes en adelante estará supeditado a la previa verificación por parte de la Dirección Departamental o Distrital de Salud de que la mujer víctima hace uso del mismo de acuerdo a lo establecido en el inciso anterior.

Parágrafo. En los casos de mujeres víctimas afiliadas a los Regímenes Especiales o de Excepción, la autoridad competente ordenará el pago del subsidio monetario al régimen al cual corresponda, en los términos del presente artículo. **(Decreto 2734/2012, art. 14)**

545 Procedimiento para que la EPS asuma las medidas de atención. El otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas que acuden a recibir atención médica ante una Institución Prestadora de Servicios de Salud, estará sujeto al siguiente procedimiento: (…)

5. En caso positivo, la autoridad competente remitirá inmediatamente la orden a la Entidad Promotora de Salud - EPS o al Régimen Especial o de Excepción al que se encuentre afiliada la víctima, quien deberá en el término máximo de tres (3) días hábiles contados a partir del recibo de la orden, comunicar a la mujer víctima dicha decisión e informarle el lugar donde se le prestarán las medidas de atención, garantizando su

traslado al mismo. Mientras se surte el traslado de la mujer al lugar de prestación de las medidas por parte de la EPS o del Régimen Especial o de Excepción, la autoridad competente podrá, si fuere el caso, adoptar y ordenar una protección temporal especial por parte de las autoridades de policía. Así mismo informará a la Secretaría Departamental o Distrital de Salud sobre el inicio de la medida de atención, para su seguimiento, monitoreo y control. (…). **(Decreto 2734/2012, art. 6)**

6.6.5. Atención de Otros Sectores

546 ICBF atenderá víctimas de trata de personas cuando sean niños, niñas y adolescentes. En caso de que las víctimas sean personas menores de edad, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar será la entidad encargada de suministrar la atención y asistencia requeridas, para lo cual deberá tener en cuenta su vulnerabilidad, sus derechos y sus necesidades especiales.

En estos casos se les deberá garantizar, sin menoscabo de las demás previsiones que establezca la legislación sobre la materia, como mínimo, asistencia médica y psicológica prestada por personas especializadas, alojamiento temporal en lugares adecuados, reincorporación al sistema educativo, asesoramiento jurídico durante todo el proceso legal al menor y a sus familiares, y reintegración del menor a su entorno familiar, previa verificación de que los tratantes no pertenezcan a su núcleo familiar y que se garanticen las condiciones de seguridad y atención. **(Ley 985/2005, art. 9)**

547 Deber de protección a las víctimas de violencia intrafamiliar. De conformidad con los principios y medidas consagradas en los artículos 3º y 20 de la Ley 294 de 1996, los funcionarios competentes en la aplicación de las normas previstas para la acción de violencia intrafamiliar, deberán:

1. Garantizar la debida protección de las víctimas, en especial de los menores de edad y personas con limitación física, síquica o sensorial, en situación de indefensión y ancianas. **(Decreto 652/2001, art. 2)**

548 Deber de remitir a la víctima a centros de salud. Las autoridades de Policía prestarán a la víctima de maltrato intrafamiliar toda la ayuda necesaria para impedir la repetición de esos hechos, remediar las secuelas físicas y sicológicas que se hubieren ocasionado y evitar retaliaciones por tales actos. En especial, tomarán las siguientes medidas:

a) Conducir inmediatamente a la víctima hasta el centro asistencial más cercano, aunque las lesiones no fueren visibles;

b) Acompañar a la víctima hasta un lugar seguro o hasta su hogar para el retiro de las pertenencias personales, en caso de considerarse necesario para la seguridad de aquella;

c) Asesorar a la víctima en la preservación de las pruebas de los actos de violencia y;

d) Suministrarle la información pertinente sobre los derechos de la víctima y sobre los servicios gubernamentales y privados disponibles para las víctimas del maltrato intrafamiliar.

Parágrafo. Las autoridades de policía dejarán constancia de lo actuado en un acta, de la cual se entregará copia a la persona que alegue ser víctima del maltrato. El incumplimiento de este deber será causal de mala conducta sancionable con destitución. **(Ley 294/1996, art.20)**

549 Deber de remitir a la IPS o ESE para valoración de salud física y mental. El otorgamiento de las medidas de atención de las mujeres víctimas que denuncian la violencia ante las autoridades competentes, estará sujeto al siguiente procedimiento.

1. Puesto en conocimiento el hecho de violencia ante la Comisaría de Familia o la autoridad competente de que trata el artículo 4º del presente decreto, esta deberá inmediatamente de una parte, ordenar alguna de las medidas de protección de conformidad con lo establecido en el Decreto número 4799 de 2011 y de la otra, remitir a la mujer víctima de violencia a la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red adscrita de la entidad a la que aquella se encuentre afiliada. En caso de no estar afiliada a ningún Sistema, deberá remitirla a la Empresa Social del Estado -ESE, más cercana, con el propósito de ser valorada en su condición de salud física y/o mental. **(Decreto 2734/2012, art. 7)**

550 Deber de alcaldías de afiliar al régimen subsidiado. Cuando la mujer víctima no esté afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser afiliada al Régimen Subsidiado en los términos que establece la Ley 1438 de 2011. Las instituciones que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud informarán a las alcaldías distritales o municipales las mujeres víctimas no afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud para que se ordene su afiliación inmediata al Sistema. **(Decreto 4796/2011, art. 12)**

551 Deber de inscribir en el RUPD a personas involucradas en relaciones sentimentales no consentidas con miembros de grupos armados ilegales. *El desplazamiento que es resultado de amenazas contra la vida e integridad como consecuencia de una relación sentimental previa no consentida con un miembro de un grupo armado ilegal se enmarca dentro del*

conflicto armado y da lugar a la inscripción en el RUPD, y todas las demás medidas de protección a la población desplazada. **(Corte Constitucional, T-677/11)**

552 Enfoque diferencial a las víctimas en justicia y paz. Los funcionarios a los que se refiere esta ley adoptarán las medidas adecuadas y todas las acciones pertinentes para proteger la seguridad, el bienestar físico y psicológico, la dignidad y la vida privada de las víctimas y los testigos, así como, la de las demás partes del proceso.

Para ello se tendrán en cuenta todos los factores pertinentes, incluidos la edad, el género y la salud, así como la índole del delito, en particular cuando este entrañe violencia sexual, irrespeto a la igualdad de género o violencia contra niños y niñas.

Se dará capacitación especial a los funcionarios que trabajan con este tipo de víctimas.

Estas medidas no podrán redundar en perjuicio de los derechos del acusado o de un juicio justo e imparcial, ni serán incompatibles con estos. **(Ley 975/2005, art. 38)**

6.7. POS

553 Inclusión de maltrato infantil como evento de interés de salud pública [menores de 6 años].

5. Atención de eventos de interés en salud pública. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las alteraciones asociadas al (…) **Maltrato Infantil,** (…) **(CRES, Acuerdo 31/2012, art. 1, lit. A, num. 5)**

554 Inclusión de maltrato infantil como evento de interés de salud pública. [entre 6 y menores de 14 años]

4. Atención de eventos de interés en salud pública. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las alteraciones asociadas al (…) **Maltrato Infantil,** (…) **(CRES, Acuerdo 31/2012, art. 1, lit. B, num. 4)**

555 Inclusión de maltrato infantil como evento de interés de salud pública. **[entre 14 y menores de 18 años]**

4. Atención de eventos de interés en salud pública. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las alteraciones asociadas al (…) **Maltrato Infantil,** (…) **(CRES, Acuerdo 31/2012, art. 1, lit. C, num. 4)**

556 Atención psicológica o psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física,

sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24 [*del Acuerdo 029 de 2011].* **(CRES, Acuerdo 029/2011, art. 18)**

557 Atención psicológica o psiquiátrica de NNA víctimas de violencia intrafamiliar. El Plan Obligatorio de Salud para los menores de dieciocho (18) años cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para todo menor de edad víctima de violencia intrafamiliar debidamente certificada esa condición por la autoridad competente, de acuerdo con los límites establecidos en los artículos 17 y 24 del presente Acuerdo.

Parágrafo. Estas coberturas son adicionales a las establecidas en salud mental para la población. **(CRES, Acuerdo 029/2011, art. 73)**

558 Atención psicológica o psiquiátrica de NNA víctimas de violencia sexual. El Plan Obligatorio de Salud para los menores de dieciocho (18) años cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para todo menor de edad con diagnóstico confirmado o presuntivo de abuso sexual, de acuerdo con los límites establecidos, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24 [*del Acuerdo 029 de 2011].* **(CRES, Acuerdo 029/2011, art. 74)**

559 Atención psicológica de NNA víctimas de violencia sexual [menores de 6 años].

9. Atención en salud mental**.** Para la atención de menores con trastorno o enfermedad mental se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos el Plan Obligatorio de Salud vigente, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) hasta por 90 días, la psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad y la psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.

Para el caso de víctimas de violencia intrafamiliar y/o con casos de abuso sexual y/o con trastornos alimentarios como anorexia o bulimia y/o con uso de sustancias psicoactivas y/o con discapacidad, estas coberturas se duplican, así:

- La internación total o parcial (hospital día) se cubre hasta por 180 días.
- La psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.

- La psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.

(CRES, Acuerdo 031/2012, art. 1, lit. A, num. 9)

560 Atención psicológica de NNA víctimas de violencia intrafamiliar [menores de 6 años].

10. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual o con trastornos alimentarios como anorexia o bulimia. Para la atención de menores víctimas de violencia intrafamiliar, o con abuso sexual presuntivo o confirmado, o con trastornos alimentarios como Anorexia o Bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes, y todos los procedimientos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. **(CRES, Acuerdo 031/2012, art. 1, lit. A, num. 10)**

561 Atención psicológica de NNA víctimas de violencia sexual [entre 6 y menores de 14 años]. Para la atención de menores con trastorno o enfermedad mental se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud vigente, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) hasta por 90 días, la psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad y la psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.

Para el caso de víctimas de violencia intrafamiliar y/o con casos de abuso sexual y/o con trastornos alimentarios como anorexia o bulimia y/o con uso de sustancias psicoactivas y/o con discapacidad, estas coberturas se duplican, así:

- La internación total o parcial (hospital día) se cubre hasta por 180 días.
- La psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.
- La psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad. **(CRES, Acuerdo 031/2012, art. 1, lit. B, num. 8)**

562 Atención psicológica de NNA víctimas de violencia intrafamiliar [entre 6 y menores de 14 años]. Para la atención de menores víctimas de violencia intrafamiliar, o con abuso sexual presuntivo o confirmado, o con trastornos

alimentarios como Anorexia o Bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes, y todos los procedimientos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud vigente. **(CRES, Acuerdo 031/2012, art. 1, lit. B, num. 9)**

563 Atención psicológica de NNA víctimas de violencia sexual [entre 14 y menores de 18 años]. Para la atención de menores con trastorno o enfermedad mental se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud vigente, incluyendo la internación total o parcial (hospital día) hasta por 90 días, la psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad y la psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, hasta treinta (30) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.

Para el caso de víctimas de violencia intrafamiliar y/o con casos de abuso sexual y/o con trastornos alimentarios como anorexia o bulimia y/o con uso de sustancias psicoactivas y/o con discapacidad, estas coberturas se duplican, así:

- La internación total o parcial (hospital día) se cubre hasta por 180 días.
- La psicoterapia ambulatoria individual por psiquiatría y por psicología, se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad.
- La psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja, por psiquiatría y por psicología, se cubre hasta sesenta (60) sesiones durante el año calendario, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad. **(CRES, Acuerdo 031/2012, art. 1, lit. C, num. 8)**

564 Atención psicológica de NNA víctimas de violencia intrafamiliar [entre 14 y menores de 18 años]. Para la atención de menores víctimas de violencia intrafamiliar, o con abuso sexual presuntivo o confirmado, o con trastornos alimentarios como Anorexia o Bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes, y todos los procedimientos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud vigente. **(CRES, Acuerdo 031/2012, art. 1, lit. C, num. 9)**

565 Planes de Atención Psicosocial para víctimas del conflicto armado. *Cuando una víctima del conflicto armado necesite de atención por parte del sistema de salud, la prestación de servicios «no puede limitarse únicamente a los planes básicos que se contemplan en cada uno de los regímenes, es decir, en el Régimen Contributivo y en el Subsidiado», sino que debe incluir una atención integral que tenga en cuenta su especial condición de víctimas.* **(Corte Constitucional, T-045/10, pág. 49)**

6.8. Financiación

566 Gratuidad de tratamiento para NNA víctimas de violencia sexual. Restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas. **(Ley 1438/2011, art. 19)**

567 Gratuidad de tratamiento para mujeres víctimas de violencia física o sexual. Restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia. La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual, que estén certificados por la autoridad competente, no generará cobro por concepto de cuotas moderadoras, copagos u otros pagos para el acceso sin importar el régimen de afiliación. La atención por eventos de violencia física o sexual será integral, y los servicios serán prestados hasta que se certifique medicamente la recuperación de las víctimas.

La prestación de servicios a las mujeres víctimas de violencias incluirá la atención psicológica y psiquiátrica y la habitación provisional en los términos de la Ley 1257 de 2008. **(Ley 1438/2011, art. 54)**

568 Deber del SGSSS de cubrir las medidas de atención de la Ley 1257/2008. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará los servicios de habitación, alimentación y transporte a que refiere el literal a) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, de acuerdo con los recursos disponibles. **(Decreto 4796/2011, art. 7)**

569 Deber del SGSSS de cubrir las medidas de atención de la ley 1257/2008. Fuente de financiación de las medidas de atención y del subsidio monetario. La financiación de las medidas de atención por concepto de los servicios de habitación, alimentación, transporte y subsidio monetario de que trata el presente decreto, se hará con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad en Salud. **(Decreto 4796/2011, art. 12)**

570 Fuente de financiación de las medidas de atención de la ley 1257/2008. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará los servicios de habitación, alimentación y transporte a que refiere el literal a) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008, de acuerdo con los recursos disponibles. **(Decreto 4796/2011, art. 7)**

571 Fuente de financiación de las medidas de atención de la ley 1257/2008. La financiación de las medidas de atención por concepto de los servicios de habitación, alimentación, transporte y subsidio monetario de que trata el presente decreto, se hará con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad en Salud. **(Decreto 4796/2011, art. 12)**

572 Fuente de financiación de las medidas de atención de la ley 1257/2008. Las medidas de atención para las mujeres afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán financiadas con los recursos a que refiere el Decreto número 1792 de 2012 y los criterios de distribución entre las entidades territoriales que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Tratándose de mujeres víctimas de violencia afiliadas a Regímenes Especiales o de Excepción, la financiación de dichas medidas se hará, por cada uno de ellos, de acuerdo a los procedimientos que establezcan sus propias normas de financiación. **(Decreto 2734/2012, art. 11)**

573 Pago de las medidas de atención de la ley 1257/2008 a las EPS.[140] Las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, pagarán el costo generado por la prestación de las medidas de atención a que refiere este decreto a las Empresas Promotoras de Salud EPS, de acuerdo con los lineamientos que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Bajo ninguna circunstancia de carácter administrativo y/o financiero, las Empresas Promotoras de Salud - EPS, podrán negar o condicionar la prestación y continuidad de las medidas de atención. En todo caso las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, deberán generar mecanismos administrativos que garanticen el pago oportuno de dichas medidas. **(Decreto 2734/2012, art. 12)**

574 Pago de las medidas de atención por parte del agresor. Una vez la autoridad competente establezca la responsabilidad del agresor y este tenga capacidad de pago, le ordenará el pago de los gastos en que incurra el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Régimen Especial o de Excepción para las medidas de atención, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5° de la Ley 294 de 1996, modificado por el artículo 17 de la Ley 1257 de 2008. El pago se efectuará mediante reembolso.

La autoridad competente ordenará que el agresor consigne los valores informados por la Dirección Departamental o Distrital de Salud, en la cuenta estable-

140 NOTA EDITORIAL: En criterio del Editor, el pago al que hace referencia este artículo sólo debe aplicarse en los casos en que la víctima sea afiliada al régimen subsidiado. Cuando la víctima esté afiliada al régimen contributivo, las Secretarías Departamentales y Distritales no deberán pagar el monto de las medidas a las EPS. Todo ello en concordancia con los artículo 1 y 3 del Decreto 1792/2012.

cida por la entidad territorial, y por cada uno de los Regímenes Especiales o de Excepción. **(Decreto 2734/2012, art. 13)**

575 Cubrimiento familiar de las medidas de atención. En el caso de que los hijos e hijas se encuentren afiliados a una EPS diferente a la de la madre víctima de violencia, o a un Régimen Especial o de Excepción, le corresponderá a la EPS o al Régimen Especial o de Excepción al que se encuentra afiliada la mujer víctima, asumir la cobertura total del grupo familiar respecto de las medidas de atención. **(Decreto 2734/2012, art. 19)**

576 Recursos del FOSYGA para las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008. Modifícase el artículo 23 del Decreto 1283 de 1996, el cual quedará, así:

«Artículo 23. Recursos especiales. A la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), ingresarán los recursos provenientes del impuesto social a las armas definido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011. Con ellos se formará un fondo para financiar tanto la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, como las medidas de atención de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, de las mujeres afiliadas al Régimen Subsidiado, de acuerdo con los criterios de priorización y monto que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Una vez la totalidad de esta población se afilie efectivamente al Sistema General de Seguridad Social, en Salud, el monto de los recursos que el Consejo de Administración del Fosyga fije para la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia, se destinará a financiar la UPC del Régimen Subsidiado.

Los recursos a que refiere el presente artículo serán recaudados por Indumil y deberán girarse dentro de los primeros quince días calendario del mes siguiente, al Fondo de Solidaridad y Garantía, (Fosyga), Subcuenta de Solidaridad.

Parágrafo. Los recursos destinados a la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia de la población pobre no asegurada, únicamente podrán ser complementarios de los recursos que deben aportar las entidades territoriales para la financiación de las instituciones prestadoras de servicios de salud que atiendan estos eventos». **(Decreto 1792/2012, art. 1)**

577 Recursos del FOSYGA para las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008. Modifícase el artículo 27 del Decreto 1283 de 1996, el cual quedará, así:

«Artículo 27. Recursos especiales. Los recursos provenientes del impuesto social a las municiones y explosivos de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011, ingresarán a la subcuenta de promoción de la salud y se destinarán a la financiación, tanto de campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial, como de las medidas de atención de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, de acuerdo con los criterios de priorización y monto que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga.

Para efectos de financiar las campañas territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social como Consejo de Administración del Fosyga establecerá los criterios para la distribución de dichos recursos.

Este impuesto será recaudado por Indumil y deberá girarse al Fosyga, dentro de los primeros quince días calendario de cada mes.

Los recursos que se destinen a la financiación de campañas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial se girarán directamente a los fondos de salud de las entidades territoriales una vez la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social haya aprobado los proyectos presentados por las citadas entidades». **(Decreto 1792/2012, art. 3)**

578 Recursos del FOSYGA para el pago de servicios de salud para las víctimas del conflicto con enfoque diferencial. Las solicitudes de recobro por concepto de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, que no estén cubiertos por los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular o beneficiaria la víctima del conflicto armado, en el marco del enfoque diferencial de que trata la Ley 1448 de 2011 y los Decretos 4800, 4634 y 4635 de 2011, serán objeto de auditoría integral y surtirán el procedimiento de recobro ante el Fosyga, previsto en la Resolución 3099 de 2008 y en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan. **(Min. Salud, Resolución 3086/2012, art. 1)**

579 Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de servicios de salud para las víctimas del conflicto con enfoque diferencial. De conformidad con el artículo 89 del Decreto 4800 de 2011, a través de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, sólo se cubrirá el reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, que no estén cubiertos por los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social

en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular o beneficiaria la víctima. **(Min. Salud, Resolución 3086/2012, art. 1)**

580 Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de servicios de salud para las víctimas del conflicto del pueblo ROM.

Parágrafo 2°. El reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a que se refiere este capítulo, se hará por conducto del Ministerio de Salud y la Protección Social con cargo a los recursos del Fosyga, subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, únicamente en los casos en que se deban prestar los servicios de asistencia para atender lesiones transitorias permanentes y las demás afectaciones de la salud que tengan relación causal directa con acciones violentas que produzcan un daño en los términos del Capítulo I del Título I de este Decreto ley. **(Decreto-ley 4634/2011, art. 54, par. 2)**

581 Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de servicios de salud para las víctimas del conflicto del pueblo afrocolombiano, raizal o palenquero.

Parágrafo. El reconocimiento y pago de los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a que se refiere este capítulo, se hará por conducto del Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del Fosyga, subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, únicamente en los casos en que se deban prestar los servicios de asistencia para atender lesiones transitorias permanentes y las demás afectaciones de la salud que tengan relación causal directa con acciones violentas que produzcan un daño en los términos del artículo 3° del presente decreto, salvo que estén cubiertos por planes voluntarios de salud. **(Decreto-ley 4635/2011, art. 55, par. 1)**

582 Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de planes de atención psicológica y psicosocial de comunidades afrocolombianas, raizales y palenqueras. Los gastos derivados de la atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas pertenecientes a las comunidades serán reconocidos y pagados por conducto del Ministerio de Protección Social con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Fosyga), Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, salvo que estén cubiertos por otro plan voluntario de salud. **(Decreto-ley 4635/2011, art. 89)**

583 Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de planes de atención psicológica y psicosocial de víctimas del pueblo ROM.

Parágrafo. Los gastos derivados de la atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas pertenecientes al pueblo ROM,

serán reconocidos y pagados por conducto del Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Fosyga), Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, salvo que estén cubiertos por otro plan voluntario de salud. **(Decreto-ley 4634/2011, art. 83, par 1)**

6.9. Medidas de Protección

584 Medidas de protección para víctimas de violencia intrafamiliar. El artículo 5º de la Ley 294 de 1996, modificado por el artículo 2º de la Ley 575 de 2000 quedará así:

«Artículo 5º. Medidas de protección en casos de violencia intrafamiliar. Si la autoridad competente determina que el solicitante o un miembro de un grupo familiar ha sido víctima de violencia, emitirá mediante providencia motivada una medida definitiva de protección, en la cual ordenará al agresor abstenerse de realizar la conducta objeto de la queja, o cualquier otra similar contra la persona ofendida u otro miembro del grupo familiar. El funcionario podrá imponer, además, según el caso, las siguientes medidas, sin perjuicio de las establecidas en el artículo 18 de la presente ley:

a) Ordenar al agresor el desalojo de la casa de habitación que comparte con la víctima, cuando su presencia constituye una amenaza para la vida, la integridad física o la salud de cualquiera de los miembros de la familia;

b) Ordenar al agresor abstenerse de penetrar en cualquier lugar donde se encuentre la víctima, cuando a juicio del funcionario dicha limitación resulte necesaria para prevenir que aquel perturbe, intimide, amenace o de cualquier otra forma interfiera con la víctima o con los menores, cuya custodia provisional le haya sido adjudicada;

c) Prohibir al agresor esconder o trasladar de la residencia a los niños, niñas y personas discapacitadas en situación de indefensión miembros del grupo familiar, sin perjuicio de las acciones penales a que hubiere lugar;

d) Obligación de acudir a un tratamiento reeducativo y terapéutico en una institución pública o privada que ofrezca tales servicios, a costa del agresor.

e) Si fuere necesario, se ordenará al agresor el pago de los gastos de orientación y asesoría jurídica, médica, psicológica y psíquica que requiera la víctima;

f) Cuando la violencia o maltrato revista gravedad y se tema su repetición la autoridad competente ordenará una protección temporal especial de

la víctima por parte de las autoridades de policía, tanto en su domicilio como en su lugar de trabajo si lo tuviere;

g) Ordenar a la autoridad de policía, previa solicitud de la víctima el acompañamiento a esta para su reingreso al lugar de domicilio cuando ella se haya visto en la obligación de salir para proteger su seguridad;

h) Decidir provisionalmente el régimen de visitas, la guarda y custodia de los hijos e hijas si los hubiere, sin perjuicio de la competencia en materia civil de otras autoridades, quienes podrán ratificar esta medida o modificarla;

i) Suspender al agresor la tenencia, porte y uso de armas, en caso de que estas sean indispensables para el ejercicio de su profesión u oficio, la suspensión deberá ser motivada;

j) Decidir provisionalmente quién tendrá a su cargo las pensiones alimentarias, sin perjuicio de la competencia en materia civil de otras autoridades quienes podrán ratificar esta medida o modificarla;

k) Decidir provisionalmente el uso y disfrute de la vivienda familiar, sin perjuicio de la competencia en materia civil de otras autoridades quienes podrán ratificar esta medida o modificarla;

l) Prohibir, al agresor la realización de cualquier acto de enajenación o gravamen de bienes de su propiedad sujetos a registro, si tuviere sociedad conyugal o patrimonial vigente. Para este efecto, oficiará a las autoridades competentes. Esta medida será decretada por Autoridad Judicial;

m) Ordenar al agresor la devolución inmediata de los objetos de uso personal, documentos de identidad y cualquier otro documento u objeto de propiedad o custodia de la víctima;

n) Cualquiera otra medida necesaria para el cumplimiento de los objetivos de la presente ley.

Parágrafo 1º. En los procesos de divorcio o de separación de cuerpos por causal de maltrato, el juez podrá decretar cualquiera de las medidas de protección consagradas en este artículo.

Parágrafo 2º. Estas mismas medidas podrán ser dictadas en forma provisional e inmediata por la autoridad judicial que conozca de los delitos que tengan origen en actos de violencia intrafamiliar.

Parágrafo 3º. La autoridad competente deberá remitir todos los casos de violencia intrafamiliar a la Fiscalía General de la Nación para efectos de la investigación del delito de violencia intrafamiliar y posibles delitos conexos». **(Ley 1257/2008, art. 17)**

585 Acción de Tutela en casos de violencia intrafamiliar. *Cuando se presenten eventos de violencia intrafamiliar, la acción de tutela será improcedente para la protección de los derechos fundamentales afectados, salvo que se trate de un mecanismo transitorio, o que las medidas legales de protección sean inidoneas o dilatadas injustificadamente.* **(Corte Constitucional, T-133/04)**

586 Medidas de protección para casos diferentes a violencia intrafamiliar. Medidas de protección en casos de violencia en ámbitos diferentes al familiar. Las mujeres víctimas de cualquiera de las modalidades de violencia contempladas en la presente ley, además de las contempladas en el artículo 5º de la Ley 294 de 1996 y sin perjuicio de los procesos judiciales a que haya lugar, tendrán derecho a la protección inmediata de sus derechos, mediante medidas especiales y expeditas, entre las que se encuentran las siguientes:

a) Remitir a la víctima y a sus hijas e hijos a un sitio donde encuentren la guarda de su vida, dignidad, e integridad y la de su grupo familiar.

c) Ordenar el traslado de la institución carcelaria o penitenciaria para las mujeres privadas de la libertad;

d) Cualquiera otra medida necesaria para el cumplimiento de los propósitos de la presente ley. **(Ley 1257/2008, art. 18)**

587 Criterios para determinar medida de protección en caso de violencia intrafamiliar. Criterios para adelantar la conciliación y determinar la medida de protección. De conformidad con los artículos 1º, 7º, 8º, 9º y 10 de la Ley 575 de 2000, para adelantar la conciliación y para dictar el fallo pertinente, el funcionario competente deberá:

a) Evaluar los factores de riesgo y protectores de la salud física y psíquica de la víctima;

b) Evaluar la naturaleza del maltrato, y del hecho de violencia intrafamiliar, así como sus circunstancias, anteriores, concomitantes y posteriores;

c) Determinar la viabilidad y la eficacia del acuerdo para prevenir y remediar la violencia;

d) Examinar la reiteración del agresor en la conducta violenta;

e) Incorporar en el acuerdo los mecanismos de seguimiento, vigilancia y de ser posible la fijación del tiempo del mismo, para garantizar y verificar el cumplimiento de las obligaciones;

f) Propiciar la preservación de la unidad familiar en armonía;

g) Orientar y vigilar que exista congruencia en los compromisos que se adquieran en el acuerdo;

h) Precisar la obligación de cumplimiento de los compromisos adquiridos por los involucrados, en especial el de acudir a tratamiento terapéutico, cuando haga parte del acuerdo. Así como advertir de las consecuencias del incumplimiento de los compromisos. **(Decreto 652/2001, art. 8)**

588 Procedencia de la medida de arresto contra el agresor. De conformidad con el artículo 11 de la Ley 575 de 2000, la orden de arresto prevista se expedirá por el juez de familia o promiscuo de familia, o en su defecto por el juez civil municipal o promiscuo, mediante auto motivado, con indicación del término y lugar de reclusión.

Para su cumplimiento se remitirá oficio al comandante de policía municipal o distrital según corresponda con el fin de que se conduzca al agresor al establecimiento de reclusión y se comunicará a la autoridad encargada de su ejecución así como al comisario de familia si éste ha solicitado la orden de arresto. **(Decreto 652/2001, art. 10)**

589 Procedimiento especial cuando la víctima es menor de 18 años. En los casos que se presente violencia contra la mujer menor de 18 años de edad, deberá intervenir el Ministerio Público y el Defensor de Familia, de acuerdo con las competencias otorgadas por la Ley 1098 de 2006. **(Decreto 2734/2012, art. 18)**

6.9.1. Autoridades y Órganos Especializados

590 Comité interinstitucional consultivo prevención de Violencia Sexual.[141,142] Créase adscrito al Ministerio de la Protección Social, el comité interinstitucional consultivo para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual, mecanismo consultivo de coordinación interinstitucional y de interacción con la sociedad civil organizada (…). **(Ley 1146/2007, art. 3)**

591 Comités territoriales de prevención de la violencia sexual. En los entes territoriales tanto departamentales, como distritales y municipales, se constituirán bajo la coordinación de las secretarías de salud y el instituto colom-

141 NOTA EDITORIAL: Las funciones del Comité Interinstitucional de prevención de la violencia sexual se pueden consultar en el artículo 5 de la ley 1146 de 2007.

142 NOTA EDITORIAL: Este comité está conformado por el Ministro de la Protección Social, el Ministro de Educación, el Ministro de Comunicaciones, el director del ICBF, el Fiscal General de la Nación, el Procurador General de la Nación, el Defensor del Pueblo, el director de Medicina Legal, un delegado de la Policía Nacional, un representante del Consejo Superior de la Judicatura, un representante de asociaciones médicas, y un representante de ONG a favor de los NNA.

biano de bienestar familiar a través de sus regionales, comités interinstitucionales consultivos para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual, según sea su competencia.

Parágrafo 1º. En los entes territoriales, el comité estará integrado además por un representante del ministerio público, una (1) comisaría de familia, el juez de familia del lugar y en su defecto, el juez municipal o el juez promiscuo municipal.

Parágrafo 2º. El comité rendirá informes semestrales y presentará propuestas de políticas y programas ante el subcomité de infancia y familia del consejo de política social correspondiente. **(Ley 1146/2007, art. 4)**

592 Comité de Seguimiento a la violencia contra la mujer. La Consejería para la Equidad de la Mujer en coordinación con la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo crearán el comité de seguimiento a la implementación y cumplimiento de esta ley que deberá contar con la participación de organizaciones de mujeres (…). **(Ley 1257/2008, art. 35)**

593 Comité Interinstitucional para la Trata de Personas. El Comité Interinstitucional para la Lucha contra el Tráfico de Mujeres, Niñas y Niños, creado por el Decreto 1974 de 1996, se denominará en adelante Comité Interinstitucional para la Lucha contra la Trata de Personas y su integración y funciones se regirán por lo dispuesto en la presente ley. (Ley 985/2005, art. 12)

594 Objeto del Comité Interinstitucional para la Trata de Personas. [143] El Comité Interinstitucional para la Lucha contra la Trata de Personas será el organismo consultivo del Gobierno Nacional y el ente coordinador de las acciones que desarrolle el Estado colombiano a través de la Estrategia Nacional para la Lucha contra la Trata de Personas. (Ley 985/2005, art. 13)

595 Comités Territoriales para la Trata de Personas. El Comité promoverá la creación de Comités Regionales departamentales y/o municipales contra la trata de personas, los cuales estarán presididos por los correspondientes gobernadores o alcaldes, y que deberán contar también con una entidad que actuará como Secretaria Técnica. La Estrategia Nacional adoptada por el Comité será la base de su formulación de acción contra la Trata a nivel local haciendo los ajustes necesarios que consulten las especificidades del territorio y la población respectiva. **(Ley 985/2005, art. 14, par. 2)**

143 NOTA EDITORIAL: Las funciones del Comité interinstitucional para la Trata de Personas se pueden consultar en el artículo 15 de la Ley 985 de 2005.

596 Comité Institucional para la Salud y Protección Social de las víctimas del conflicto armado. [144] Créase el Comité Institucional para la Salud y Protección Social de las Víctimas del Conflicto Armado con el fin de que coordine el diseño de planes, programas y proyectos orientados a la asistencia, atención y reparación integral de las víctimas del conflicto armado en Colombia dentro del marco de las competencias asignadas a este Ministerio en la normativa vigente. **(Min. Salud, Resolución 888/2012, art. 1)**

6.9.2. Sistemas de Información

597 Creación de banco de datos de violencia intrafamiliar a cargo del ICBF. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar deberá integrar un banco de datos sobre violencia intrafamiliar, para lo cual todas las autoridades encargadas de recibir las denuncias y tramitarlas, actualizarán semestralmente la información necesaria para adelantar investigaciones que contribuyan a la prevención y erradicación de la violencia intrafamiliar. **(Ley 294/1996, art. 29)**

598 Deber de remitir información al SISPRO. De conformidad con lo establecido en el numeral 9 del artículo 9° de la ley 1257 de 2008, las entidades responsables de reportar información referente a violencia de género en el marco de dicha ley, deberán remitirla al sistema de información de la protección social –SISPRO– del ministerio de salud y protección social, de acuerdo con la reglamentación que este expida. **(Decreto 4796/2011, art. 4)**

599 Deber de entidades de salud de armonizar registros con el SISPRO. Las entidades competentes, incluyendo los regímenes especiales o de excepción, deberán armonizar sus sistemas de información con el sistema de información de la protección social –SISPRO–, para facilitar el registro, seguimiento, evaluación y control de dichas medidas y apoyar la formulación de políticas públicas para la prevención de la violencia en especial, contra la mujer y la atención debida a las víctimas. **(Decreto 2734/2012, art. 17)**

600 Investigación estadística sobre explotación sexual de NNA. El artículo 36 de la ley 679 de 2001 quedará así:

Artículo 36. Investigación estadística. Con el fin de producir y difundir información estadística sobre la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, así como unificar variables, el DANE explorará y probará metodologías estadísticas

144 NOTA EDITORIAL: Las funciones del Comité Institucional para la Salud y Protección Social de las víctimas del conflicto armado pueden consultarse en el artículo 3 de la Resolución 888 de 2012 del Ministerio de Salud.

técnicamente viables, procesará y consolidará información mediante un formato único que deben diligenciar las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y realizar al menos cada dos años investigaciones que permitan recaudar información estadística sobre:

- magnitud aproximada de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años explotados sexual y comercialmente.
- caracterización de la población menor de 18 años en condición de explotación sexual comercial.
- lugares o áreas de mayor incidencia.
- formas de remuneración.
- formas de explotación sexual.
- factores de riesgo que propician la explotación sexual de los menores de 18 años.
- perfiles de hombres y mujeres que compran sexo y de quienes se encargan de la intermediación.

El ICBF podrá sugerir al DANE recabar información estadística sobre algún otro dato relacionado con la problemática. Los gobernadores y alcaldes distritales y municipales, así como las autoridades indígenas, prestarán su concurso al DANE para la realización de las investigaciones.

Toda persona natural o jurídica de cualquier orden o naturaleza, domiciliada o residente en territorio nacional, está obligada a suministrar datos al DANE en el desarrollo de su investigación. Los datos acopiados no podrán darse a conocer al público ni a las entidades u organismos oficiales, ni a las autoridades públicas, sino únicamente en resúmenes numéricos y/o cualitativos, que impidan deducir de ellos información de carácter individual que pudiera utilizarse para fines de discriminación. (…) **(Ley 1336/2009, art. 13)**

601 Deber de reportar información de trata de personas y explotación sexual ante el ICBF. A instancia del ICBF, toda institución de nivel nacional, territorial o local comprometida en desarrollo del plan nacional contra la explotación sexual comercial infantil de niños, niñas y adolescentes, o de los planes correspondientes en su nivel, deberá reportar los avances, limitaciones y proyecciones de aquello que le compete, con la frecuencia, en los plazos y las condiciones formales que señale el instituto. **(Ley 1336/2009, art. 16)**

602 Sistema Nacional de Información sobre la Trata de Personas. El Sistema Nacional de Información sobre la Trata de Personas será un instru-

mento de recolección, procesamiento y análisis de la información estadística y académica relativa a las causas, características y dimensiones de la trata interna y externa en Colombia, que servirá de base para la formulación de políticas, planes estratégicos y programas, y para la medición del cumplimiento de los objetivos trazados en la Estrategia Nacional.

La Secretaría Técnica del Comité desarrollará, coordinará y mantendrá la operación del sistema de información. Para ello recogerá y sistematizará la información estadística que suministren las distintas entidades que integran el Comité, los resultados de las investigaciones académicas, sociales y criminológicas a las que se refiere el artículo 19 de esta ley, datos que serán actualizados permanentemente. **(Ley 985/2005, art. 17)**

603 Suministro de información al Sistema Nacional de Información sobre la Trata de Personas. Las entidades y organismos del Estado que manejen información relacionada con la trata de personas deberán colaborar con la Secretaría Técnica, suministrándole los datos que esta requiera para el desarrollo del sistema de información a las que se refiere la presente disposición, que en ningún caso podrán referirse a asuntos de reserva legal.

Los datos suministrados a la Secretaría Técnica se podrán dar a conocer al público en resúmenes numéricos y estadísticos, que no incluyan datos personales de las víctimas y que no hagan posible deducir de ellos información alguna de carácter individual que pudiera utilizarse con fines discriminatorios o que pudiera amenazar los derechos a la vida y a la intimidad de las víctimas.

604 Investigaciones acerca de la Trata de Personas. El Gobierno Nacional, y las entidades que integran el Comité Interinstitucional, realizarán por sí mismas o en asocio con instituciones de educación superior y centros de investigación, investigaciones sobre aspectos relacionados con la trata de personas, tales como, las causas que la propician, las consecuencias para menores y adultos, la efectividad de la legislación existente, las características de sus víctimas y de la criminalidad nacional e internacional relacionada con estos hechos, y las particularidades regionales del fenómeno al interior del país. El resultado de estas investigaciones servirá para orientar las políticas públicas del Estado sobre trata de personas. **(Ley 985/2005, art. 19)**

605 Sistema de información de delitos sexuales – Consejo Superior de la Judicatura.[145] En aplicación del artículo 257-5 de la constitución, el sistema de información sobre delitos sexuales contra menores de que trata el artículo 15 de la ley 679 de 2001 estará a cargo del consejo superior de

145 NOTA EDITORIAL: El número total de disposiciones es 606 pues en la numeración de la Recopilación se incluyó la 029A.

la judicatura, quien convocará al ministerio del interior y de justicia, al departamento administrativo de seguridad, das, a la policía, al instituto colombiano de bienestar familiar, a medicina legal y a la fiscalía general de la nación para el efecto. El sistema se financiará con cargo al presupuesto del consejo superior.

El consejo superior reglamentará el sistema de información de tal manera que exista una aproximación unificada a los datos mediante manuales o instructivos uniformes de provisión de información. El consejo también fijará responsabilidades y competencias administrativas precisas en relación con la operación y alimentación del sistema, incluyendo las de las autoridades que cumplen funciones de policía judicial; y dispondrá sobre la divulgación de los reportes correspondientes a las entidades encargadas de la definición de políticas asociadas a la ley 679 de 2001. Asimismo, mantendrá actualizado el sistema con base en la información que le sea suministrada. **(Ley 1336/2009, art. 17)**

Indice

001 ***Sexualidad y roles de género,*** 17
002 ***Sexualidad y relación sexual,*** 17
003 ***Afectación a la vida sexual y vulneración de otros derechos fundamentales,*** 17
004 ***Definición y alcance de los derechos sexuales y reproductivos,*** 18
005 ***Los derechos sexuales y reproductivos según la Corte Constitucional,*** 18
006 ***Derecho a la información para la promoción de la salud,*** 18
007 ***Función de la educación en materia de derechos sexuales y reproductivos,*** 18
008 ***Especial protección para las mujeres,*** 19
009 ***Acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva,*** 19
010 ***Derechos sexuales y reproductivos para las personas con discapacidad,*** 19
011 ***Actitud del médico hacia el paciente,*** 20
012 ***Autorización del tratamiento,*** 20
013 ***Justificaciones para no atender un paciente,*** 20
014 ***Solicitud del consentimiento a los pacientes,*** 20
015 **Deber de información del médico,** 20
016 ***Deber del médico de advertir los posibles riesgos,*** 21
017 ***Excepciones al deber de información,*** 21
018 ***Constancia de la información en la historia clínica,*** 21
019 ***Efectos del consentimiento informado,*** 21
020 ***Derecho de los pacientes a ser informados,*** 21
021 ***Requisitos para el consentimiento informado,*** 22
022 ***Características del consentimiento informado,*** 22
023 ***Consentimiento informado como exoneración de la responsabilidad médica,*** 22
024 ***El consentimiento informado debe ser libre,*** 22
025 ***Consentimiento sustituto,*** 23
026 ***Consentimiento futuro,*** 23
027 ***Primacía de la razón médica,*** 23
028 ***Secreto profesional,*** 23
029 ***Revelación del secreto profesional,*** 23
029A ***Limitación constitucional de loscasos en los que puede revelarse el secreto médico,*** 24
030 ***Responsabilidad del médico por sus auxiliares,*** 24
031 ***La historia clínica debe ser reservada,*** 24
032 ***Carácter reservado de la historia clínica a pesar de la muerte,*** 24
033 ***Excepciones al carácter reservado de la historia clínica,*** 24

034 **Del derecho a la objeción de conciencia,** 25
035 ***La objeción de conciencia del médico,*** 25
036 ***La objeción de conciencia del profesional de enfermería,*** 25
037 ***La objeción de conciencia no es un derecho absoluto,*** 25
038 **Responsabilidad en el ejercicio médico,** 25
039 **Exoneración de responsabilidad del médico,** 26
040 ***No se presume la culpa médica,*** 26
041 ***Carga dinámica de la prueba en la responsabilidad médica,*** 26
042 ***Condiciones para el ejercicio de la enfermería,*** 26
043 ***El profesional de enfermería y el consentimiento informado,*** 27
044 ***Responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica,*** 27
045 ***Suministro de medicamentos por profesionales de enfermería,*** 27
046 ***Secreto profesional en la enfermería,*** 27
047 ***Deber de cuidado en la enfermería,*** 27
048 ***Obligaciones de las EPS,*** 28
049 ***Obligaciones de las IPS,*** 29
050 ***La referencia,*** 29
051 ***La contrarreferencia,*** 29
052 ***Obligación de crear el proceso de referencia y contrarreferencia,*** 29
053 ***Creación de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos,*** 30
054 ***Recursos financieros para inversión en programas de salud sexual y reproductiva,*** 30
055 ***Recursos para el fortalecimiento de programas de salud sexual y reproductiva,*** 31
056 ***Asignación de recursos para programas de salud sexual y reproductiva,*** 32
057 ***Adolescentes,*** 33
058 **Protección Integral,** 34
059 **Interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes,** 34
060 **Atención Preferente,** 34
061 **Trato digno a los usuarios,** 34
062 ***Prioridad de los niños, niñas y adolescentes en la atención de urgencias,*** 35
063 ***Violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes,*** 35
064 **Derechos de protección de los niños, niñas y adolescentes,** 35
065 ***Obligación del Estado de afiliar a los niños, niñas y adolescentes al Sistema de Seguridad Social en Salud,*** 36
066 ***Obligación de atender de manera gratuita a niños, niñas y adolescentes no afiliados,*** 36
067 **Obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud frente a los niños, niñas y adolescentes,** 36
068 **Objetivos comunes de todos los niveles de educación,** 37
069 ***Enseñanza obligatoria de educación sexual,*** 37

070 **Cátedra de educación para la sexualidad,** 38

071 ***Acreditación de docentes para la cátedra de salud sexual y reproductiva,*** 38

072 **Educación para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos,** 38

073 ***Fortalecimiento educación sexual para prevenir el embarazo adolescente,*** 38

074 ***Evaluación de los programas de educación sexual por el Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual,*** 38

075 ***Identificación del abuso sexual,*** 39

076 ***Obligación del docente de denunciar la violencia o abuso sexual,*** 39

077 ***Explicación inadecuada en materia de educación sexual,*** 39

078 ***Violación del derecho a la dignidad por señalamientos en relación con la sexualidad,*** 39

079 ***Violación del derecho a la intimidad por divulgar información relativa a la sexualidad de un niño, niña o adolescente,*** 40

080 ***Violación del derecho al buen nombre por intervenciones relacionadas con la sexualidad de un niño, niña o adolescente,*** 40

081 ***Violación del derecho a la educación por no implementar programas de educación sexual,*** 40

082 **Presunción de capacidad,** 41

083 ***Incapacidad relativa de los menores adultos***41

084 ***Evolución de las facultades del niño, niña y adolescente,*** 41

085 ***Patria Potestad,*** 41

086 **Capacidad para contraer matrimonio,** 42

087 **Derechos y deberes de los padres,** 42

088 ***Intervención quirúrgica en niños, niñas y adolescentes,*** 42

089 ***Casos de garantía de actuación inmediata a niños, niñas y adolecentes,*** 42

090 ***Participación en la toma de decisiones,*** 42

091 ***Manejo Ético y Confidencial de la Información,*** 42

092 **Revelación del secreto profesional,** 43

093 ***Capacidad del menor adulto para otorgar consentimiento para el acceso a métodos temporales de planificación familiar,*** 43

094 ***Elementos del consentimiento del paciente niño, niña o adolescente,*** 43

095 ***Límite a la capacidad de los padres de decidir por sus hijos,*** 44

096 ***Consentimiento de niños, niñas y adolescentes en casos de trasfusiones sanguíneas,*** 44

097 ***Consentimiento de los padres en casos de tratamientos de remodelación genital,*** 44

098 ***Consentimiento para la IVE en caso de niñas y adolescentes,*** 44

099 ***Prohibición de obstáculos para práctica de la IVE en caso de niñas y adolescentes,*** 45

100 ***Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar,*** 45

101 **Ruta de Atención Integral para la Convivencia Escolar,** 46

102 **Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar,** 46

103 ***Obligaciones del Ministerio de Salud y la Protección social en el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la Prevención y mitigación de la Violencia Escolar,*** 47

104 ***Capacitación de funcionarios como medida de prevención,*** 48

105 ***Políticas para el pleno disfrute de la Salud Sexual y Reproductiva,*** 48

106 ***Permanencia en el sistema educativo,*** 48

107 ***Desarrollo de programas para la prevención del embarazo adolescente,*** 49

108 ***Prevención del embarazo adolescente,*** 49

109 ***Separación del hijo de la madre adolescente,*** 49

110 ***Presunción de inconstitucionalidad de las medidas adoptadas por los colegios que den un trato diferenciado a las adolescentes embarazadas,*** 49

111 ***Discriminación de las adolescentes embarazadas,*** 49

112 ***Presunción de violencia sexual en el caso de menores de 14 años,*** 50

113 **Protección de identidad de niños, niñas y adolescentes que solicitan amparo de derecho fundamental a la IVE,** 50

114 **Funciones del Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual,** 50

115 ***Visibilidad de Violencia Sexual,*** 51

116 ***Capacitación a funcionarios para la detección de la violencia sexual,*** 52

117 ***Comisarios de Familia,*** 52

118 ***Sensibilización sobre el problema de la prostitución, la pornografía y el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes,*** 53

119 ***Permanencia de los adolescentes con diagnóstico de VIH en el sistema educativ***53

120 ***Campañas educativas anticoncepción,*** 54

121 ***Tubectomía en casos de mujeres en situación de discapacidad cognitiva,*** 54

122 ***Acceso gratuito a servicios de salud sexual y reproductiva,*** 54

123 ***Garantía de la prestación del servicio en el marco de la ruta de atención integral del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar***, 55

124 ***Atención a la Salud Mentalen el marco de la ruta de atención integral del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar***, 55

125 ***Detección temprana de las alteraciones del embarazo***, 55

126 ***Atención embarazo de adolescentes entre 6-14 años,*** 56

127 ***Atención embarazo de adolescentes entre 14-18 años,*** 56

128 **Restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados,** 57

129 ***Atención Integral en Salud para Niños, Niñas y Adolescentes***, 57

130 ***Protocolo de Diagnóstico de Abuso Sexual de niños, niñas y adolescentes***, 58

131 ***Protocolo de Atención para Víctimas de Violencia Sexual,*** 58

132 ***Atención a las víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual entre 6-14 años,*** 59

133 ***Atención a las víctimas de violencia intrafamiliar o abuso sexual entre 14-18 años,*** 59

134 ***Servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas certificadas***, 59

135 ***Atención a niños, niñas y adolescentes entre 6-14 años con diagnóstico de VIH,*** 59

136 ***Atención a niños, niñas y adolescentes entre 14-18 años con diagnóstico de VIH***, 59

137 **Vacunación contra el virus del papiloma humano,** 60

138 ***Adopción de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres***, 60

139 ***Anticoncepción de emergencia***, 60

140 ***Reporte al Sistema Unificado de Información en el marco del Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar***, 60

141 **Obligación de denunciar posible vulneración de derechos o maltrato,** 61

142 **Funciones del Comité Interinstitucional para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual,** 61

143 **Funciones del Comité Interinstitucional para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas del abuso sexual,** 61

144 **Deber de denunciar,** 61

145 **Sistema de Información sobre delitos sexuales contra menores,** 62

146 ***Obligaciones del Estado***, 62

147 ***Recursos para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual***, 62

148 ***Manejo de recursos cuenta para la prevención del abuso sexual***, 63

149 ***Recursos para la vacunación contra el virus del papiloma humano***, 63

150 ***Cobertura Universal vacunación contra el virus del papiloma humano,*** 64

151 ***Protección especial de la maternidad***, 66

152 ***Protección a la mujer embarazada***, 66

153 ***Prohibición de discriminación a la mujer por razones de la maternidad,*** 66

154 ***No discriminación por la procreación,*** 66

155 ***No discriminación a la mujer en materia de atención médica***, 67

156 ***La maternidad debe ser protegida como un derecho humano,*** 67

157 ***Importancia de la mujer en situación de maternidad,*** 67

158 ***Asistencia y protección del Estado a la mujer gestante***, 67

159 ***Grupos prioritarios para subsidios,*** 67

160 ***Prevalencia de los derechos de la mujer en estado de embarazo,*** 68

161 ***Acceso inmediato a los servicios de salud,*** 68

162 ***El daño causado a una mujer en embarazo habla por sí solo,*** 68

163 ***Responsabilidad en el caso de dejar un cuerpo extraño en el organismo de la mujer en el momento de practicar la cesárea,*** 68

164 ***Deber de prestar atención a la maternidad***, 69

165 ***Obligación de afiliación al Régimen subsidiado,*** 69

166 **Cobertura para el uso de las tecnologías en salud,** 69

167 ***Deberes de las EPS para garantizar la maternidad segura a nivel nacional***, 70

168 ***Deberes de las IPS para garantizar la maternidad segura a nivel nacional***, 70

169 ***Acciones de promoción de salud,*** 71

170 ***Garantía de los planes de atención integral,*** 71

171 ***Manejo de la paciente obstétrica***, 72

172 **Programas de detección temprana,** 72

173 **Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención,** 72

174 **Atención de eventos de interés en salud pública,** 72

175 ***Atención inmediata a la mujer gestante,*** 73

176 ***Atención mujeres en estado de embarazo,*** 73

Servicios de salud en el POS para las mujeres embarazadas, 73

178 ***Procedimientos obstétricos en el POS,*** 74

179 ***Atención obstétrica para el nivel I,*** 74

180 ***Derechos de sala de parto,*** 74

181 **Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio,** 75

182 **Régimen subsidiado, identificación de potenciales beneficiarios,** 75

183 **Descanso remunerado en la época del parto,** 75

184 **Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad,** 76

185 **Pago de prestaciones económicas,** 76

186 **Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud,** 76

187 ***Períodos mínimos de cotización,*** 76

188 **Reconocimiento de la licencia de maternidad en caso de aborto o parto prematuro no viable,** 77

189 **Descanso remunerado en caso de aborto**, 77

190 ***La licencia de maternidad como protección especial y no mera prestación económica, (Corte Constitucional, T-115/2010),*** 77

191 ***La mujer puede acudir a la tutela para obtener el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad,*** 78

192 ***Presunciones a favor de la mujer que reclama el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad a través de la tutela,*** 78

193 ***Condiciones para reclamar el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad a través de la tutela,*** 78

194 ***Intensificación de acciones de vigilancia epidemiológica,*** 78

195 ***Casos en que no se sanciona penalmente la IVE,*** 79

196 ***La IVE es un derecho fundamental,*** 79

197 ***Normatividad aplicable en aborto,*** 80
198 ***Derecho al acceso a la IVE,*** 80
199 ***Derecho a decidir la práctica sobre la IVE,*** 80
200 ***Derecho a decidir autónomamente sobre continuación o interrupción de embarazo en casos despenalizados,*** 80
201 ***Obligación de prestar el servicio de IVE,*** 80
202 ***Obligación de garantizar diagnóstico para la práctica de la IVE,*** 81
203 ***Obligación de aplicar las reglas de la Sentencia C-355/2006,*** 81
204 ***Confidencialidad en casos de IVE***, 82
205 ***Confidencialidad de IVE en el sector salud,*** 82
206 ***Reserva de identidad en proceso judicial respecto a tutelas sobre IVE,*** 82
207 ***Obligación de consentimiento idóneo e informado para IVE,*** 82
208 ***Objeción de conciencia de los profesionales de la salud frente al aborto,*** 83
209 ***Instrucciones sobre objeción de conciencia en IVE,*** 83
210 ***Solamente pueden presentar objeciones de conciencia las personas naturales, (Corte Constitucional C-355/2006),*** 84
211 ***No pueden objetar de conciencia frente a la IVE las autoridades judiciales,*** 84
212 ***Personal administrativo no puede objetar conciencia ante IVE,*** 84
213 ***Prohibición de invocar objeción de conciencia por personas que no participen directamente en la IVE,*** 84
214 ***Requisitos formales a la objeción de conciencia frente a la IVE,*** 84
215 ***Obligación del médico de remitir a la paciente a otro profesional en caso de objeción de conciencia frente a la IVE,*** 85
216 ***Valoración de Tribunales de Ética Médica ante objeción de conciencia en casos de IVE,*** 85
217 ***Prohibición de exigir requisitos adicionales para IVE,*** 85
218 ***Prohibición de generar barreras administrativas para la práctica de la IVE,*** 86
219 ***Prohibición de discriminación en casos de IVE,*** 86
220 ***Prohibición de juicios de valoren casos de IVE***, 87
221 ***Prohibición a las entidades de salud de elevar juicios de valor o de responsabilidad en casos de IVE,*** 87
222 ***Prohibición de obstáculos, exigencias o barreras adicionales para IVE,*** 87
223 ***Prohibición de negación de la IVE por el tipo de afiliación a la seguridad social o por condiciones sociales y/o similares,*** 87
224 ***Prohibición de discriminación por práctica de IVE,*** 87
225 ***Prohibición de dilación o negación de diagnósticos o certificados para IVE,*** 88
226 ***Autonomía e independencia de los eventos despenalizados para la IVE,*** 88
227 ***Requisitos para el acceso a la IVE en la causal vida o salud,*** 88
228 ***La causal vida o salud de la mujer incluye la salud mental,*** 88
229 ***Requisitos para el acceso a la IVE en la causal violencia sexual,*** 88
230 ***Solicitud de práctica de IVE para mujeres en condición de discapacidad,*** 89

231 ***Práctica de la IVE cuando la mujer embarazada tenga limitaciones para manifestar su consentimiento y haya sido víctima de violencia sexual,*** 89

232 ***Prohibición de obstáculos formales para IVE a mujer en condición de discapacidad o con limitaciones, en causal de violencia sexual,*** 89

233 **Celeridad en la prestación de servicios de IVE,** 90

234 **Tiempo razonable para practicar la IVE,** 90

235 **No existencia de restricción temporal para la IVE,** 90

236 ***Falta de competencia de los jueces para definir edad gestacional para la IVE,*** 91

237 ***Decisión sobre la realización de IVE en etapa de gestación cercana al nacimiento,*** 91

238 ***Tiempo razonable para la realización de IVE,*** 91

239 ***Plazo para refrendar o refutar certificado médico para IVE de un profesional de la salud no adscrito a la entidad,*** 91

240 ***Reporte de procedimientos IVE,*** 92

241 ***Codificación de procedimientos IVE,*** 92

242 ***Vigilancia salud pública para IVE,*** 92

243 ***Información sobre instituciones con servicios***, 92

244 ***Deber de contar con personal para IVE,*** 93

245 ***Red pública para la prestación del servicio de IVE,*** 93

246 ***Deber de contar con profesionales en el Sistema de Seguridad Social en Salud para asegurar IVE,*** 93

247 ***Deber de definir médicos habilitados en las IPS para asegurar IVE,*** 93

248 ***Disponibilidad de servicios IVE en el territorio nacional,*** 94

249 ***Disponibilidad suficiente de servicios IVE a nivel local,*** 94

250 ***Prohibición de emitir informaciones erradas respecto a IVE,*** 94

251 ***Sistema de Referencia y Contrarreferencia para IVE***, 94

252 ***Información y apoyo para pacientes sobre serviciosIVE,*** 95

253 ***Formación profesional IVE,*** 95

254 ***Derecho a información suficiente sobre IVE,*** 95

255 ***Faceta de diagnóstico para IVE,*** 95

256 ***Obligación de contar conprotocolos de diagnóstico rápido para IVE,*** 96

257 ***Inclusión en POS de Misoprostol para IVE***, 96

258 ***Procedimientos y medicamentos incluidos en el POS para IVE,*** 96

259 ***Medidas de prevención, protección, promoción y garantía de los derechos de los y las jóvenes***, 98

260 **Anticoncepción quirúrgica, (Ley 1412/2010, art, 11),** 99

261 **Ligadura de trompas,** 99

262 **Vasectomía,** 99

263 **Gratuidad,** 99

264 ***Derecho a decidir el número de hijos,*** 99

265 **La paternidad y la maternidad responsables son un derecho y un deber ciudadano,** 99

266 **Obligaciones de la familia,** 99

267 **No discriminación de las mujeres en la atención médica,** 100

268 **Del consentimiento informado y cualificado para la anticoncepción quirúrgica,** 100

269 **Consentimiento de discapacitados para la anticoncepción quirúrgica,** 100

270 ***Recuperación del paciente de anticoncepción quirúrgica,*** 100

271 ***Consentimiento en procesos de inseminación in vitro***, 100

272 ***Anticonceptivos de emergencia no están limitados a causales en las que la IVE está despenalizada***, 101

273 ***Derecho de las mujeres presas a recibir visita conyugal y no usar anticonceptivos,*** 101

274 **Prohibición de anticoncepción quirúrgica en menores de edad,** 101

274 **a Prohibición de *esterilización forzada en mujer declarada interdicta,*** 101

275 ***Esterilización de personas en condición de discapacidad,*** 101

276 ***Promoción de la ley sobre anticoncepción quirúrgica, vasectomía y ligadura de trompas***, 102

277 ***Campañas educativas sobre anticoncepción***, 102

278 ***Planificación familiar gratuita y obligatoria,*** 102

279 ***Protección específica a la planificación familiar,*** 102

280 **Adopción de norma técnica,** 103

281 ***Establecimiento de actividades, procedimientos e intervenciones,*** 103

282 ***Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios***, 103

283 ***Vasectomía y ligadura de trompas gratuitas en el plan obligatorio de salud***, 103

284 ***Solicitud escrita para vasectomía y ligadura de trompas,*** 104

285 **Exclusión de los tratamientos para la infertilidad del plan obligatorio de salud,** 104

286 ***Exclusión de los diagnósticos y tratamientos para la infertilidad en el régimen contributivo del plan obligatorio de salud,*** 104

287 ***Derecho a exámenes diagnósticos de enfermedades asociadas a la infertilidad en el plan obligatorio de salud,*** 104

288 ***Casos en los que las entidades prestadoras de salud están obligadas a realizar diagnósticos o proveer tratamientos para la infertilidad en el plan obligatorio de salud***, 105

289 **Adopción de norma técnica,** 105

290 ***Método anticonceptivo anovulatorio oral combinado (monofásico)***, 105

291 ***Método anticonceptivo oral de solo progestágeno***, 105

292 ***Método anticonceptivo inyectable mensual combinado,*** 106

293 ***Método anticonceptivo inyectable trimestral***, 106

294 ***Dispositivo Intrauterino de intervalo***, 106

295 ***Dispositivo Intrauterino de Post evento Obstétrico (posparto y posaborto)***, 107

296 ***Métodos anticonceptivos subdérmicos - implante subdérmico***, 107

297 ***Métodos anticonceptivos de emergencia***, 107

298 ***Método anticonceptivo de emergencia por dispositivo intrauterino,*** 108

299 ***Uso del Misoprostol***, 108

300 ***Registro de ligadura de trompas y vasectomías***, 109
301 ***Reglas que guían conducta de los médicos en la anticoncepción***, 109
302 ***Requisitos para donantes y receptoras de gametos y pre embriones,*** 109
303 ***Exámenes para donantes y receptoras de gametos y pre embriones,*** 109
304 ***Registro de donantes***, 109
305 ***Registro de receptoras***, 110
306 ***Definiciones de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual),*** 111
307 ***SIDA como enfermedad ruinosa o catastrófica,*** 114
308 **Cáncer de cérvix y SIDA como enfermedades de alto costo,** 114
309 **Definición del paciente con enfermedades de alto costo,** 114
310 **Patologías de tipo catastrófico,** 115
311 ***Derecho a no ser objeto de un trato discriminatorio***, 115
312 ***Discriminación por sospecha o confirmación de estar infectado por VIH***, 115
313 ***Protección constitucional especial***, 115
314 ***Derechos de los trabajadores infectados por VIH***, 115
315 ***Consentimiento para práctica de pruebas para detectar VIH,*** 116
316 ***Consentimiento informado para detección de VIH,*** 116
317 ***Derecho a decidir la inhumación o cremación,*** 116
318 ***Amparo del derecho a la salud de las personas con diagnóstico de VIH,*** 116
319 **Derecho a la Promoción, Prevención y Educación en Salud,** 117
320 ***Obligación de proporcionar asistencia a paciente infectado con VIH/SIDA,*** 117
321 ***Continuidad del servicio de salud en caso de pacientes con diagnóstico de VIH,*** 118
322 **Atención por parte del estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA,** 118
323 ***Situación de debilidad manifiesta de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA,*** 118
324 **Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud,** 118
325 **Deberes de las IPS y personas del equipo de salud,** 119
326 ***Deber de realización de pruebas en los bancos de sangre y órganos,*** 119
327 ***Obligación de realizar pruebas,*** 119
328 ***Obligaciones de realizar acciones de promoción, prevención y asistencia de las EPS,*** 120
329 **Deberes de la comunidad,** 120
330 **Deber de la confidencialidad,** 120
331 ***Confidencialidad respecto de la identidad de la persona diagnosticada con VIH,*** 121
332 ***Deber de información, capacitación y educación***, 121
333 ***Deber de informar de la persona con diagnóstico de VIH***, 121
334 **Deber de no infectar,** 121
335 ***Información que deben reportar las EPS y otras entidades,*** 121
336 **Preparación a la familia o responsables del paciente,** 122

337 **Ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento,** 122

338 ***Obligaciones de los representantes legales con sujetos de especial protección,*** 122

339 ***Posibilidad de denunciar personas son diagnóstico de VIH que no cumplen deberes legales de no infectar***, 122

340 **Sanciones,** 122

341 ***Restricción de donar sangre con base en comportamientos sexuales riesgosos y no en orientación sexual del donante***, 123

342 **Prohibición para realizar pruebas,** 123

343 **Prohibición de pruebas diagnósticas para la cobertura de servicios,** 123

344 **Prohibición de la referencia en carnets,** 124

345 **Personas privadas de la libertad,** 124

346 ***Deber de protección a internos infectados con VIH***, 124

347 **Promoción,** 124

348 **Prevención,** 124

349 **Gasto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad,** 125

350 **Intersectorialidad en promoción y prevención,** 125

351 **Protocolos de atención integral en VIH/SIDA,** 125

352 ***Educación para la prevención de ETS y SIDA,*** 125

353 **Difusión de mensajes,** 126

354 ***Participación de las ONG para la promoción y la prevención de VIH y SIDA,*** 126

355 **Disponibilidad de condones,** 126

356 ***Componentes del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectiva,*** 127

357 ***Componentes del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas***, 127

358 ***Criterios que deben ser cumplidos por los prestadores para detección temprana,*** 128

359 **Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas,** 128

360 **Identificación de la población en riesgo,** 129

361 **Atención básica,** 129

362 **Atención integral a lucha contra VIH y SIDA,** 129

363 **Atención integral de la salud,** 130

364 ***La atención en salud en VIH/SIDA debe ser integral,*** 130

365 **Tratamiento para enfermedades ruinosas o catastróficas,** 130

366 ***Excepción a la regla de período mínimo de cotización cuando el paciente requiere el tratamiento de urgencia y no tiene capacidad de pago,*** 131

367 ***Guías de Práctica Clínica VIH /SIDA,*** 131

368 ***Modelo de Atención VIH /SIDA***, 131

369 **Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública,** 132

370 ***Red de prestadores de servicios de las actividades, que garanticen atención en salud,*** 132

371 **Financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública,** 132

372 **Responsabilidades de los departamentos, distritos, y municipios categoría e, 1, 2, y 3,** 133

373 **Manualde actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud,** 133

374 **Promoción de la salud y prevención de la enfermedad,** 133

375 **Complementos nutricionales incluidos en el Plan Obligatorio de Salud,** 133

376 ***Coberturas del Plan Obligatorio de Salud para menores de 18 años***, 134

377 **Beneficios de transición para la población afiliada al régimen subsidiado sin unificación,** 136

378 ***Estrategias para disminuir costos de medicamentos VIH/SIDA,*** 136

379 ***Sistema centralizado de negociación de precios y compras de medicamentos,*** 136

380 ***Del diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA),*** 137

381 **Indicación de las pruebas diagnósticas,** 137

382 **Realización de pruebas diagnósticas**, 137

383 **Entrega de resultados de las pruebas,** 137

384 ***Medidas de Bioseguridad para diagnóstico de ITS***, 137

385 ***Lineamientos de capacitación para la realización de pruebas,*** 138

386 **Personal autorizado para realizar la asesoría para prueba voluntaria del VIH (APV)**, 138

387 **Realización de pruebas rápidas por profesionales de la salud y auxiliares de enfermería diferentes a los profesionales de bacteriología,** 139

388 **Alcance de las pruebas rápidas para VIH, sífilis y otras ITS**, 139

389 ***Monitoreo y control de calidad de pruebas,*** 139

390 ***Pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH/SIDA,*** 140

391 ***Períodos mínimos de cotización,*** 140

392 **Cuenta de alto costo,** 141

393 **Administración de la Cuenta de Alto Costo,** 141

394 **Copagos y cuotas moderadoras**, 141

395 ***Financiación de las ITS en el régimen contributivo,*** 141

396 ***Financiación de las ITS en el régimen subsidiado,*** 142

397 **Servicios sujetos al cobro de copagos,** 142

398 ***Cuotas moderadoras y copagos enfermedadesalto costo,*** 142

399 ***Copagos enfermedades alto costo,*** 142

400 ***Cuotas moderadoras o copago son legítimas***, 142

401 **Información de casos**, 143

402 ***Revelación del secreto profesional***, 143

403 ***Revelación del secreto profesional a familiares del paciente,*** 143

404 ***Revelación del secreto profesional a los interesados cuando esté en peligro la vida,*** 143

405 **Vigilancia sobre las ONG,** 144

406 ***Evaluación de la calidad de los reactivos de diagnóstico in vitro,*** 144

407 ***Validación técnica para los reactivos de diagnóstico in vitro,*** 144

408 ***Programa de reactivo-vigilancia para reactivos de diagnóstico in vitro,*** 144

409 ***Competencia para ejercer acciones de inspección, vigilancia y control sanitario,*** 145

410 **Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad**, 145

411 **Exoneración de responsabilidades,** 146

412 **Consecuencias del cierre del establecimiento,** 146

413 **Funciones de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud,** 146

414 **Estructura organizacional,** 146

415 **Consejo Nacional de SIDA,** 147

418 ***Comité Técnico para la Evaluación de los Productos de Diagnóstico para Enfermedades Infecciosas,*** 148

419 ***Mecanismo de distribución excepcional de pacientes con VIH-SIDA,*** 149

420 **Procedimiento para el cálculo de pacientes a distribuir,** 149

421 ***Prueba para detectar anti-cuerpos contra el VIH,*** 150

422 **Práctica de pruebas para garantizar la calidad de órganos y tejidos donados,** 151

423 ***Pruebas para transfusión de sangre,*** 151

424 ***Selección de donantes***, 152

425 ***Requisitos para ingresar al Programa de Fertilización***, 152

426 ***Donantes y gametos que deben ser descartados,*** 152

427 **Normas para la investigación terapéutica**, 153

428 **Estímulo a la investigación,** 153

429 **Investigación Epidemiológica,** 154

430 **Definición del paciente con enfermedades de alto costo,** 154

431 **Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios,** 154

432 ***Recomendación de entrenamientos y capacitaciones***, 155

433 ***Garantía de vacunación por parte del Gobierno,*** 155

434 ***Actualización del Programa Ampliado de Inmunización (PAI),*** 155

435 ***Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud***, 156

436 ***Definición violencia contra la mujer,*** 157

437 ***Definición violencia sexual, física, psicológica y económica,*** 158

438 **Definición violencia contra la mujer,** 158

439 ***Definición de discriminación contra la mujer,*** 158

440 ***Actos que no se consideran discriminación,*** 158

441 **Concepto de daño contra la mujer,** 159

442 ***Definición violencia sexual contra NNA,*** 159

443 ***Definición víctimas de violencia intrafamiliar,*** 160

444 ***Definición de trata de personas,*** 160

445 ***Definición medidas de atención y situación de riesgo,*** 161

446 ***Definición poblaciones vulnerables,*** 161

447 ***Definición de daño a las mujeres indígenas en el marco del conflicto armado,*** 161

448 ***Definición de daño a los niños niñas y adolescentes en el marco del conflicto armado,*** 161
449 ***Criterios de interpretación en casos de violencia contra la mujer,*** 162
450 ***Garantías de derechos mínimos,*** 162
451 ***Interpretación ley en el tiempo para Ley 1257/2008,*** 162
452 **Acreditación de situaciones de violencia,** 162
453 **Derechos de las víctimas de violencia sexual,** 163
454 ***Derechos de las mujeres,*** 163
455 ***Derechos de las mujeres,*** 163
456 ***Derechos de las mujeres,*** 164
457 ***Derecho a una vida libre de violencia,*** 164
458 **Derechos de las mujeres,** 164
459 ***Derechos de las mujeres víctimas de violencia,*** 164
460 **Derechos de las mujeres indígenas en el marco del conflicto armado,** 165
461 ***Derecho a presencia de personal especializado para rendir declaraciones,*** 166
462 ***Derechos de las personas indígenas que han sido víctimas de violencia sexual***, 166
463 ***Derechos de los afrocolombianos, raizales y palenqueros que han sido víctimas de violencia sexual***, 166
464 ***Derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto,*** 167
465 ***Deber del estado de adelantar políticas contra la discriminación hacia la mujer,*** 167
466 ***Objetivos de la política contra la discriminación de la mujer,*** 168
467 ***Deber de diseñar política de equidad de género,*** 168
468 ***Deber de diseñar política de lucha contra violencia contra la mujer,*** 168
469 ***Deber del ICBF de diseñar planes contra violencia intrafamiliar,*** 169
470 ***Deber del estado de adelantar política contra trata de personas,*** 169
471 **Estrategia nacional contra la trata de personas,** 169
472 ***Criterios para diseño de medidas de protección y atención a las víctimas de trata de personas,*** 169
473 ***Medidas de sensibilización contra pornografía, prostitución y abuso infantil,*** 170
474 ***Deber de Min, Salud de diseñar medidas frente a la violencia contra la mujer,*** 171
475 ***Eliminación de la discriminación contra la mujer en el sistema de salud,*** 171
476 ***Deber de incluir violencia contra la mujer en los planes de salud,*** 172
477 ***Deber de expedir guías y protocolos de atención para víctimas de maltrato,*** 172
478 ***Actualización de protocolo de atención de violencia sexual,*** 172
479 ***Actualización modelo de atención de violencia sexual,*** 172
480 ***Criterios de la política de salud psicosocial para víctimas del conflicto armado,*** 172
481 ***Deber de diseñar planes, protocolos y programas específicos para atención en salud de víctimas del conflicto armado,*** 173

482 ***Criterios de política para entidades territoriales y ministerios sobre violencia contra la mujer,*** 175

483 ***Funcionarios capacitados para atención a víctimas de violencia sexual,*** 175

484 ***Funcionarios capacitados para atención a víctimas con enfoque en género y violencia sexual,*** 176

485 ***Capacitación de funcionarios de policía para víctimas de explotación sexual,*** 176

486 ***Capacitación y especialización de funcionarios que atienden violencia sexual de mujeres indígenas,*** 176

487 ***Capacitación de funcionarios de entidades del COPASO,*** 177

488 ***Medidas de sensibilización y prevención de violencia contra la mujer,*** 177

489 ***Difusión de la Ley 1257/2008,*** 178

490 ***Prevención a cargo del ICBF y entidades territoriales,*** 179

491 ***Prevención de violencia sexual contra niños,*** 179

492 ***Prevención de la trata de personas,*** 179

493 ***Competencia del nivel central en la prevención de la trata de personas,*** 180

494 ***Deber de información sobre oferta institucional,*** 181

495 ***Deber de información sobre oferta institucional a las víctimas del conflicto armado,*** 181

496 ***Deber de información sobre oferta institucional a víctimas de violencia intrafamiliar***181

497 **Deber de información a los indígenas víctimas del conflicto armado,** 181

498 ***Cumplimiento de requerimientos técnicos para prestar servicios de salud,*** 182

499 ***Consentimiento informado por parte de las víctimas de violencia sexual,*** 182

500 ***Consentimiento informado de víctimas del pueblo ROM,*** 183

501 ***Consentimiento de las víctimas de violencia sexual en el conflicto para que autoridades indígenas puedan usar sus casos en procesos de construcción de verdad,*** 183

502 ***Guarda de confidencialidad,*** 183

503 ***Confidencialidad para víctimas de trata de personas***183

504 ***Obligación de aplicar el protocolo en casos de niños víctima de abuso sexual,*** 183

505 ***Denunciar violación de derechos de los niños,*** 184

506 ***Denunciar abuso sexual de niños en 24 horas,*** 184

507 ***Deber de IPS de remitir información y mantener cadena de custodia,*** 184

508 ***Deber de IPS de remitir información a autoridades competentes en 12 horas,*** 184

509 ***Obligación de respetar y preservar la cadena de custodia,*** 185

510 ***Deber de informar a las alcaldías sobre víctimas no afiliadas al SGSSS,*** 186

511 ***Deber de atención médica de urgencias a víctimas del conflicto,*** 186

512 ***Deber de atención médica de urgencias a víctimas del conflicto,*** 186

513 ***Atención diferencial para víctimas del conflicto,*** 186

514 ***Atención en salud para NNA víctimas de violencia sexual,*** 186

515 ***Protocolo de atención integral para víctimas de violencia sexual,*** 187

516 ***Modelo de atención integral para víctimas de violencia sexual,*** 187

517 ***Servicios de salud mínimos para las víctimas del conflicto, incluyendo víctimas de violencia sexual,*** 188

518 ***Atención en salud para víctimas del conflicto pertenecientes a pueblos indígenas,*** 188

519 ***Servicios de salud para víctimas del conflicto pertenecientes a pueblos indígenas,*** 189

520 ***Atención en salud para víctimas del conflicto pertenecientes al pueblo ROM,*** 190

521 ***Atención en salud para víctimas afrocolombianas, raizales y palenqueras***, 190

522 ***Servicios de salud para víctimas afrocolombianas, raizales y palenqueras,*** 190

523 ***Atención médica y psicológica de emergencia para víctimas de violencia sexual en el conflicto armado,*** 191

524 ***Remisión de pacientes víctimas del conflicto a otras IPS,*** 191

525 ***Remisión a otras IPS de pacientes víctimas del conflicto pertenecientes a pueblos indígenas,*** 191

526 ***Remisión a otras IPS de pacientes víctimas del conflicto pertenecientes a pueblos afrocolombianos, raizales o palenqueros***, 192

527 ***Derecho a atención psicológica y psiquiátrica para víctimas de violencia sexual,*** 192

528 ***Derecho a atención psicológica y psiquiátrica para las mujeres víctimas de violencia sexual,*** 193

529 ***Programas de atención psicológica para los pueblos afrocolombianos, raizales y palenqueros víctimas del conflicto***, 193

530 ***Atención psicológica de mujeres víctimas del conflicto,*** 194

531 ***Atención interdisciplinaria para mujeres indígenas víctimas de violencia sexual***, 194

532 ***Atención psicológica de emergencia para víctimas de violencia sexual en el conflicto,*** 195

533 ***Estándares de atención en salud para víctimas del conflicto,*** 195

534 ***Medidas de estabilización de las mujeres víctimas de violencia sexual,*** 196

535 ***Medidas de asistencia social para mujeres víctimas de violencia sexual, Obligación del SGSSS de pagar dichas medidas,*** 196

536 ***Autoridades competentes para otorgar medidas de atención,*** 197

537 ***Criterios para conceder las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008,*** 198

538 ***Criterios específicos para conceder las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008,*** 198

539 ***Contenido de la orden que concede medidas de atención,*** 199

540 ***Duración de las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008,*** 199

541 ***Levantamiento de las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008,*** 199

542 ***Criterios para otorgamiento del subsidio económico para medidas de atención,*** 200

543 ***Monto del subsidio económico para medidas de atención,*** 200

544 ***Entrega del subsidio económico para medidas de atención,*** 201
545 ***Procedimiento para que la EPS asuma las medidas de atención,*** 201
546 ***ICBF atenderá víctimas de trata de personas cuando sean niños, niñas y adolescentes,*** 202
547 ***Deber de protección a las víctimas de violencia intrafamiliar,*** 202
548 ***Deber de remitir a la víctima a centros de salud,*** 202
549 ***Deber de remitir a la IPS o ESE para valoración de salud física y mental,*** 203
550 ***Deber de alcaldías de afiliar al régimen subsidiado,*** 203
551 ***Deber de inscribir en el RUPD a personas involucradas en relaciones sentimentales no consentidas con miembros de grupos armados ilegales,*** 203
552 ***Enfoque diferencial a las víctimas en justicia y paz,*** 204
553 ***Inclusión de maltrato infantil como evento de interés de salud pública [menores de 6 años],*** 204
554 ***Inclusión de maltrato infantil como evento de interés de salud pública, [entre 6 y menores de 14 años],*** 204
555 ***Inclusión de maltrato infantil como evento de interés de salud pública,*** 204
556 ***Atención psicológica o psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia,*** 204
557 ***Atención psicológica o psiquiátrica de NNA víctimas de violencia intrafamiliar,*** 205
558 ***Atención psicológica o psiquiátrica de NNA víctimas de violencia sexual,*** 205
559 ***Atención psicológica de NNA víctimas de violencia sexual [menores de 6 años],*** 205
560 ***Atención psicológica de NNA víctimas de violencia intrafamiliar [menores de 6 años],*** 206
561 ***Atención psicológica de NNA víctimas de violencia sexual [entre 6 y menores de 14 años],*** 206
562 ***Atención psicológica de NNA víctimas de violencia intrafamiliar [entre 6 y menores de 14 años],*** 206
563 **Atención psicológica de NNA víctimas de violencia sexual [entre 14 y menores de 18 años],** 207
564 ***Atención psicológica de NNA víctimas de violencia intrafamiliar [entre 14 y menores de 18 años],*** 207
565 ***Planes de Atención Psicosocial para víctimas del conflicto armado,*** 207
566 ***Gratuidad de tratamiento para NNA víctimas de violencia sexual,*** 208
567 ***Gratuidad de tratamiento para mujeres víctimas de violencia física o sexual,*** 208
568 ***Deber del SGSSS de cubrir las medidas de atención de la Ley 1257/2008,*** 208
569 ***Deber del SGSSS de cubrir las medidas de atención de la ley 1257/2008,*** 208
570 ***Fuente de financiación de las medidas de atención de la ley 1257/2008,*** 208
571 ***Fuente de financiación de las medidas de atención de la ley 1257/2008,*** 209
572 ***Fuente de financiación de las medidas de atención de la ley 1257/2008,*** 209
573 ***Pago de las medidas de atención de la ley 1257/2008 a las EPS,*** 209
574 ***Pago de las medidas de atención por parte del agresor,*** 209
575 ***Cubrimiento familiar de las medidas de atención,*** 210

576 ***Recursos del FOSYGA para las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008,*** 210

577 ***Recursos del FOSYGA para las medidas de atención del artículo 19 de la ley 1257/2008,*** 210

578 ***Recursos del FOSYGA para el pago de servicios de salud para las víctimas del conflicto con enfoque diferencial***, 211

579 ***Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de servicios de salud para las víctimas del conflicto con enfoque diferencial***, 211

580 ***Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de servicios de salud para las víctimas del conflicto del pueblo ROM,*** 212

581 ***Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de servicios de salud para las víctimas del conflicto del pueblo afrocolombiano, raizal o palenquero,*** 212

582 ***Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de planes de atención psicológica y psicosocial de comunidades afrocolombianas, raizales y palenqueras,*** 212

583 ***Recursos del FOSYGA-ECAT para el pago de planes de atención psicológica y psicosocial de víctimas del pueblo ROM,*** 212

584 ***Medidas de protección para víctimas de violencia intrafamiliar,*** 213

585 ***Acción de Tutela en casos de violencia intrafamiliar,*** 215

586 ***Medidas de protección para casos diferentes a violencia intrafamiliar,*** 215

587 ***Criterios para determinar medida de protección en caso de violencia intrafamiliar,*** 215

588 ***Procedencia de la medida de arresto contra el agresor,*** 216

589 ***Procedimiento especial cuando la víctima es menor de 18 años,*** 216

590 ***Comité interinstitucional consultivo prevención de Violencia Sexual,*** 216

591 ***Comités territoriales de prevención de la violencia sexual,*** 216

592 ***Comité de Seguimiento a la violencia contra la mujer,*** 217

593 ***Comité Interinstitucional para la Trata de Personas,*** 217

594 ***Objeto del Comité Interinstitucional para la Trata de Personas,*** 217

595 ***Comités Territoriales para la Trata de Personas,*** 217

596 ***Comité Institucional para la Salud y Protección Social de las víctimas del conflicto armado,*** 218

597 ***Creación de banco de datos de violencia intrafamiliar a cargo del ICBF,*** 218

598 ***Deber de remitir información al SISPRO,*** 218

599 ***Deber de entidades de salud de armonizar registros con el SISPRO,*** 218

600 ***Investigación estadística sobre explotación sexual de NNA,*** 218

601 ***Deber de reportar información de trata de personas y explotación sexual ante el ICBF,*** 219

602 ***Sistema Nacional de Información sobre la Trata de Personas,*** 219

603 ***Suministro de información al Sistema Nacional de Información sobre la Trata de Personas,*** 220

604 **Investigaciones acerca de la Trata de Personas,** 220

605 ***Sistema de información de delitos sexuales – Consejo Superior de la Judicatura,*** 220

CAPÍTULO

04.

Debates sobre temas concretos: el análisis de las normas compiladas

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenido

4.1. Caracterización del inventario de las normas y polución normativa 8

4.1.1. Descripción del inventario de normas 8

Normas sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes 12

Normas sobre maternidad segura 13

Normas sobre anticoncepción 13

Normas sobre ITS 13

Normas sobre violencia sexual y violencia basada en género 14

4.1.2. Descripción de la Recopilación Normativa 14

4.1.3. Salud sexual y reproductiva: ¿un campo normativo en polución? 16

4.2. El debate sobre temas concretos 22

4.2.1. Salud sexual y reproductiva de adolescentes 22

4.2.1.1. El embarazo en niñas menores de 14 años 23

4.2.1.2. Acceso a métodos anticonceptivos 26

4.2.1.3. Confidencialidad en el manejo de la información 28

4.2.1.4. Secreto profesional e ITS 31

4.2.2. Salud materna e IVE 32

4.2.2.1. Salud materna 32

4.2.2.2. IVE 34

Problemas generales general 34

Objeción de conciencia 36

4.2.3. ITS y VIH/SIDA 38

4.2.3.1. Prevención y tratamiento 38

4.2.3.2. Transmisión del VIH y penalización 39

4.2.4. Violencia sexual y basada en género 41

4.2.4.1. Violencia de género 41

4.2.4.2. Prácticas tradicionales 41
4.2.4.3. Violencia y VIH 42
4.2.4.4. Denuncia en casos de violencia y secreto profesional 42
4.2.5. Otros temas 44
4.2.5.1. SSR y enfoque diferencial 44
4.2.5.2. Redes de prestadores 45
4.2.5.3. Financiamiento 46
4.2.5.4. Desarrollos normativos pendientes 46

Este capítulo presenta una aproximación analítica a la recopilación normativa vigente en salud sexual y reproductiva (en adelante SSR) en Colombia en cinco temas: sexual y reproductiva de adolecentes; salud materna e IVE; anticoncepción; ITS y VIH; Violencia sexual y basada en género. Para esto, primero, incluye una caracterización del inventario[1] de los cuerpos normativos y las disposiciones que integran la recopilación normativa, así como algunas conclusiones sobre el fenómeno de la polución normativa en el caso de la SSR. Y, segundo, ofrece un análisis, desde las perspectivas jurídica y de salud pública, de algunos problemas normativos identificados en la recopilación.

Este análisis parte de una identificación de posibles contradicciones, vacíos o lagunas,[2] superposiciones, barreras o inconsistencias con el marco de derechos humanos, así como problemas de aplicación. Nos centramos en este documento en aquellos aspectos que resultan más controvertidos o discutibles jurídicamente o desde la salud pública, con el fin de ofrecer interpretaciones o herramientas jurídicas para enfrentarlos y que, en esa medida, contribuyan a la labor de aplicación de los operadores del sistema de salud, minimizando las barreras que pudieran originarse en las normas. Otros aspectos analíticos importantes se han incorporado directamente en el texto de la recopilación normativa, a modo de notas editoriales.

El análisis de los problemas que vamos a discutir mas adelante, y que hemos denominado «debates sobre temas concretos», se realizó con base en tres insumos principales: **el diagnóstico**[3] (las normas versus la situación de salud y las barreras de acceso en cada una de las áreas de la compilación), **el marco conceptual** (el deber ser del contenido de las normas a la luz del marco inter-

1 Esta caracterización, no obstante, se centra en el conjunto de normas que se revisaron en la compilación y no exclusivamente en la recopilación. Para ampliar ver **inventario de las normas.**

2 Conceptualmente, los vacíos pueden ser de dos tipos: lagunas o vacíos del derecho. Una laguna, en términos técnicos, es un hecho que debería estar regulado, según las reglas legales vigentes y que no lo está. Por su parte el vacío del derecho se trata de un tema no regulado (que no ha sido considerado por el derecho). El vacío, la laguna, técnicamente hablando, es un defecto de una regulación existente. El tema no regulado es un asunto sobre el cual no existe política legislativa alguna, o la política legislativa es el silencio. Arrieta Aquiles. Ejemplos: Artículo X- La mujer podrá acceder al servicio de IVE, si y sólo sí, cuenta con el certificado médico dado por la autoridad y en los términos definidos en la resolución Z. Dos años después se deroga la resolución Z. En este caso hay un vacío, técnicamente hablando, pues no habría ni autoridad ni competencia sobre el certificado que las propias normas exigen. Ese es un defecto en sentido puramente técnico. Un ejemplo de un tema no regulado, es la fertilización in vitro de parejas de personas del mismo sexo. En este caso no hay un vacío, dentro de la regulación existente. En este caso se cree que hay un vacío porque, para algunas personas, es un tema de debería ser objeto de regulación: Eugenio Bulygin: **http://www.derecho.uba.ar/multimedia/v_bulygin_01.php.Es importante aclarar que en este documento, el análisis de los vacíos, si bien busca atender a esta distinción, se hace en términos más generales que los acá explicados.**

3 Todas las cifras sobre situación de salud que se utilizan en este análisis, pueden consultarse en el documento sobre el diagnóstico, salvo que acá se indique expresamente otra fuente. De la misma manera, las referencias a la Corte Constitucional, el bloque de constitucionalidad, las subreglas, pueden consultarse en el **marco conceptual**.

nacional de los derechos humanos y la Constitución, así como la polución normativa) y el **marco general del sistema de salud** (para entender las normas en contexto). Adicionalmente, algunas de las ideas acá elaboradas resultan directamente de preocupaciones expresadas o recomendaciones hechas por las y los expertos que participaron de las mesas técnicas, ampliamente explicadas en el **capítulo sobre metodología**, así como de reuniones del equipo de investigación con el Ministerio de Salud, en las que se discutieron en profundidad algunos asuntos clave.

Este capítulo está ordenado de la siguiente manera: (4.1) la caracterización del inventario de normas y las conclusiones sobre la polución normativa en SSR, (4.2) los debates sobre temas concretos desde las perspectivas jurídicas y de salud pública. Estos últimos, se han organizado en torno a las 5 áreas de la compilación.

4.1. Caracterización del inventario de las normas y polución normativa

4.1.1. Descripción del inventario de normas

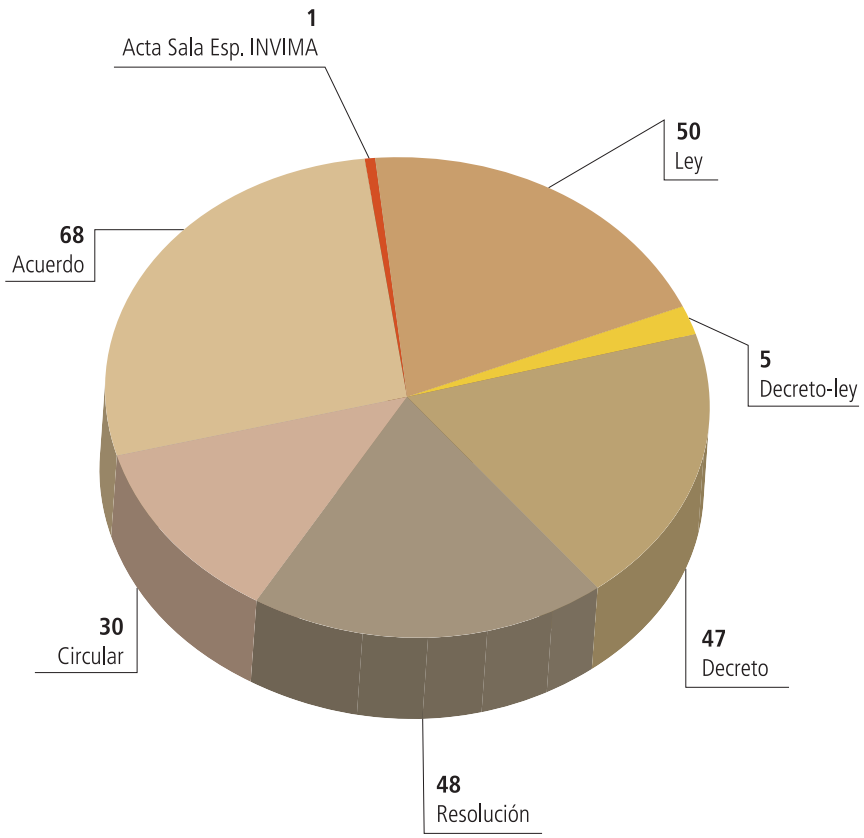
El inventario de normas a partir del cual se elaboró la Recopilación Normativa revela algunas características de la actividad regulatoria en el tema de salud sexual y reproductiva en Colombia, que merecen atención. Integran este inventario un total de 249 cuerpos normativos[4] distribuidos así:

Tipo de cuerpo normativo	
Ley	50
Decreto-ley	5
Decreto	47
Resolución	48
Circular	30

4 Se entiende aquí por cuerpo normativo un conjunto de reglas que se agrupa bajo una numeración y título, por ejemplo: Ley 25 de 1992, Circular 4444 de 2013, etc. Este recuento se hizo con base en el inventario de normas que hace parte de esta compilación. En esta parte y en lo que sigue, sin embargo, debe entenderse que no se incluyen las sentencias revisadas dentro de la categoría de «cuerpo normativo». Se excluyeron las sentencias porque la aproximación a las mismas no tuvo la intención de ser cuantitativamente exhaustiva sino cualitativamente concluyente.

Tipo de cuerpo normativo	
Acuerdo	68
Acta Sala Esp. INVIMA	1
TOTAL	249

Tipo de cuerpo normativo



En cuanto al peso relativo de cada tipo de norma, cabe anotar que el número de leyes identificadas como directamente relevantes es similar al número de normas de rango inferior, siendo superado solamente por el número de acuerdos. La expectativa regulatoria, teniendo en cuenta la noción introducida por Kelsen con la pirámide[5], sería que los cuerpos normativos de rango inferior a las leyes fuesen mucho más abundantes. De un lado, los cuerpos normativos de rango inferior se relacionan con temas especializados. De otro lado, procesalmente es mucho más fácil producir y derogar los cuerpos normativos de rango inferior al de las leyes: no se requieren debates democráticos complejos ni votaciones extensas;

5 Véase al respecto el **marco conceptual** y las **consideraciones metodológicas**.

el criterio es más técnico que político. El importante número de leyes relevantes, en nuestra opinión, puede tener relación con estrategias de movilización social enfocadas en el legislador, por oposición a las burocracias, dado el prestigio y la estabilidad de la producción de leyes, por oposición a otros tipos de normas. Sería importante revisar esta hipótesis en trabajos futuros.

Ahora bien, del total de cuerpos normativos incluidos en el inventario, doscientos cuarenta y nueve, han sido afectados por alguna derogatoria (parcial o total)[6], 83 cuerpos normativos. Esto equivale a un 33,3% del total de cuerpos normativos. Aquí si es clara la mayor variabilidad y fragilidad de las normas de rango inferior a las leyes: mientras solamente un 12% de las leyes se han visto afectadas por alguna derogatoria y solamente un 6% han sido derogadas totalmente; un 58,8% de los acuerdos han sido derogados parcial o totalmente, y un 54,4% han sido derogados totalmente; y un 50% de las resoluciones ha sido derogado totalmente.

Cuerpos normativos derogados parcial o totalmente

	DP●	DT◆	Totales
Ley	3	3	6
Decretos-Ley	0	1	1
Acuerdos	3	37	40
Circular	0	14	14
Decretos	5	5	10
Resolución	3	9	12
Total normas derogadas	14	69	83

● La sigla DP corresponde a Derogatoria parcial.
◆ La sigla DT corresponde a Derogatoria total.

En este contexto de las derogatorias vale la pena resaltar también que en la mayoría de los casos las derogatorias han provenido del mismo ejecutivo, habiendo una importante deferencia de parte de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado. En las 30 sentencias de constitucionalidad relacionadas con las normas incluidas en el inventario solamente 4 sentencias declararon alguna norma

6 Las normas pueden perder vigencia de varias formas: 1) porque una disposición incluida en un cuerpo normativo expedido con posterioridad explícitamente señala que han perdido vigencia (DEROGATORIA EXPRESA); 2) porque un cuerpo normativo expedido con posterioridad cambia la totalidad o una parte del texto (SUBROGACIÓN O MODIFICACIÓN); 3) porque el Consejo de Estado considera que la norma vulnera el régimen legal correspondiente o es contraria a la Constitución (ANULACIÓN); 4) porque la Corte Constitucional considera que la norma vulnera la Constitución (INEXEQUIBILIDAD o EXEQUIBILIDAD CONDICIONADA). En todos estos casos, la pérdida de vigencia puede afectar solamente algunas disposiciones del cuerpo normativo o a la totalidad del cuerpo normativo. Para efectos de esta caracterización, consideramos DEROGATORIAS PARCIALES todas las formas de pérdida de vigencia que afectan solamente una o varias disposiciones y DEROGATORIAS TOTALES las que afectan a todo el cuerpo normativo.

inexequible. De las 13 sentencias de nulidad, solamente 3 declararon alguna norma nula.

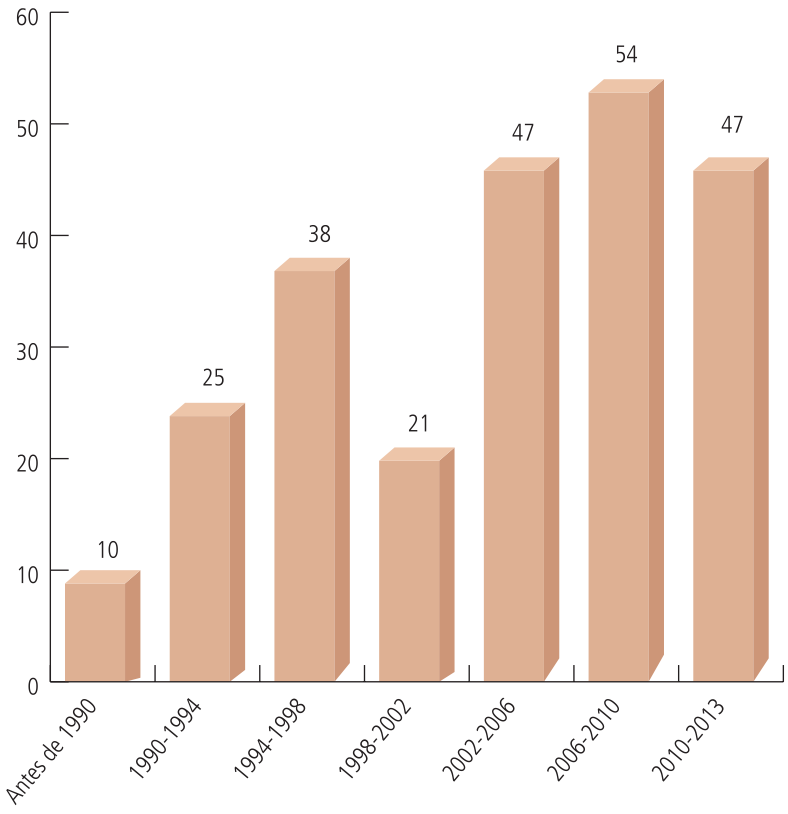
Sentencias de constitucionalidad•	30
Declara alguna norma inexequible	4
Declara alguna norma exequible condicionadamente	5
Declara algunas normas exequibles	24
Inhibición	2

• Algunas sentencias se refieren a todo el cuerpo normativo y otras a varios artículos. Cuando se trata de varios artículos, la Corte puede declarar algunos exequibles, otros inexequibles y frente a otros puede inhibirse. Por esta razón, si bien son 30 sentencias en total, la suma de los rubros da un número superior (35).

Sentencias de nulidad	13
Anulados	3
Vigente	10

En relación a la actividad regulatoria a lo largo del tiempo, el inventario de normas muestra aumentos en la producción normativa, con disminuciones notables en el período de 1998 a 2002. Llama la atención, igualmente, la preponderancia del tema de maternidad hasta la década del 2000 y la importancia que adquiere el tema de violencia a partir del 2006.

Período	Número	Tema principal
Antes de 1990	10	Anticoncepción y maternidad
1990-1994	25	Maternidad y VIH-ITS
1994-1998	38	Maternidad y VIH-ITS
1998-2002	21	VIH-ITS y Maternidad
2002-2006	47	VIH-ITS y Maternidad
2006-2010	54	Maternidad y violencia
2010-2013	47	Violencia y maternidad
Total	**249**	



Vistos en su totalidad, los cuerpos normativos del inventario de normas reflejan la gran importancia que se ha concedido a la maternidad segura y las infecciones de transmisión sexual, muy especialmente el VIH, y la menor relevancia de temas como anticoncepción y violencia. A continuación detallamos tema por tema cómo se distribuyen los cuerpos normativos. Es importante advertir, eso sí, que los cuerpos normativos pueden referirse a más de un tema y por eso la suma de estos, por tema, es superior a la suma total de cuerpos normativos.[7]

Normas sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes

En el inventario de normas identificamos 28 cuerpos normativos[8] como relevantes para el tema de adolescentes, entre otros temas. De estos 28 cuerpos normativos, 14 son leyes. La gran mayoría de estas leyes se relacionan con el tema de educación y se incluyen aquí por el tratamiento que dan al tema de educación sexual. También se incluyen las leyes generales de infancia y adolescencia (ley

7 Para mayor información remitimos al lector al **inventario de normas.**
8 Los cuerpos normativos se refieren a los textos completos (ley, decreto, etc.).

1098 de 2006) y el estatuto de ciudadanía juvenil (ley 1622 de 2013). La mayoría de estos cuerpos normativos (21 de 28) se han expedido después del año 2000.

Normas sobre maternidad segura

Identificamos 93 cuerpos normativos como relevantes en el tema de la maternidad, ya sea de manera exclusiva o en concurrencia con otros temas. 11 de estos cuerpos normativos son leyes, 2 son decretos legislativos, 17 son decretos reglamentarios, 10 son resoluciones, 33 son acuerdos y 20 son circulares. Aproximadamente la mitad de los cuerpos normativos (49) fueron expedidos antes del 2001; 44 fueron expedidos a partir del 2000. Buena parte de la normatividad está dedicada al tema de cubrimiento del sistema de salud y seguridad social. Existen algunas normas sobre lactancia.

17 cuerpos normativos se identificaron como relevantes para el tema de IVE, todos menos 2 posteriores a la sentencia C-355 de 2006. La ley 23 de 1981, que contiene un artículo relevante [para el tema, y la ley 599 de 2000 (Código Penal) son las únicas leyes con contenidos relacionados con la IVE. 5 de estos cuerpos normativos han sido declarados nulos o derogados expresamente. La mayoría de las reglas vigentes sobre IVE se encuentran en la jurisprudencia de tutela de la Corte Constitucional.

Normas sobre anticoncepción

Identificamos 41 cuerpos normativos como relevantes para el tema; 9 son leyes; 1 decretos legislativos; 6 son acuerdos, 2 circulares y 11 resoluciones; 12 son decretos. 5 de los 41 cuerpos normativos son anteriores al año 2001.. La ley más notable es la 1412 de 2010, que promueve la esterilización definitiva como manera de promover la paternidad y maternidad responsable.

Normas sobre ITS

Identificamos 94 cuerpos normativos como relevantes para el tema de Infecciones de Trasmisión Sexual, incluyendo el Cáncer de Cuello Uterino y el VIH. 8 de estos 84 son leyes; 20 son decretos; 19 son resoluciones; 11 son circulares; 36 son acuerdos. De las leyes, son leyes especiales sobre el tema la ley 972 de 2005 (sobre enfermedades catastróficas, especialmente el VIH/SIDA) y la ley 1626 de 2013 (sobre cáncer cérvico uterino). 85 de los 94 cuerpos normativos se refieren al VIH. 26 de los cuerpos normativos relevantes para el tema de VIH son anteriores al 2001.

Normas sobre violencia sexual y violencia basada en género

De los cuerpos normativos incluidos en el inventario de normas, 56 corresponden al tema de violencia sexual y violencia basada en género. 18 de estos cuerpos normativos son leyes; 3 son decretos leyes; 9 son decretos reglamentarios; 10 son acuerdos, 11 resoluciones y 5 circulares. 8 cuerpos normativos fueron expedidos antes de 2001; los otros 48 son posteriores. 28 cuerpos normativos son posteriores al 2010 (más de la mitad)

4.1.2. Descripción de la Recopilación Normativa

Como se explicó en el apartado de **consideraciones metodológicas**, la Recopilación Normativa no incluyó la totalidad de los cuerpos normativos contenidos en el inventario: excluyó los cuerpos normativos y las disposiciones que no se encuentran vigentes, las guías y normas técnicas y algunas normas que no se consideraron directamente relevantes para el trabajo cotidiano dentro del sector salud. Por otra parte, la Recopilación incluye sub-reglas derivadas de la jurisprudencia constitucional y del Consejo de Estado y la Corte Suprema de Justicia que no fueron analizadas en la descripción del inventario, así como estándares internacionales que tampoco fueron analizados en esta descripción, por las razones explicadas allí.

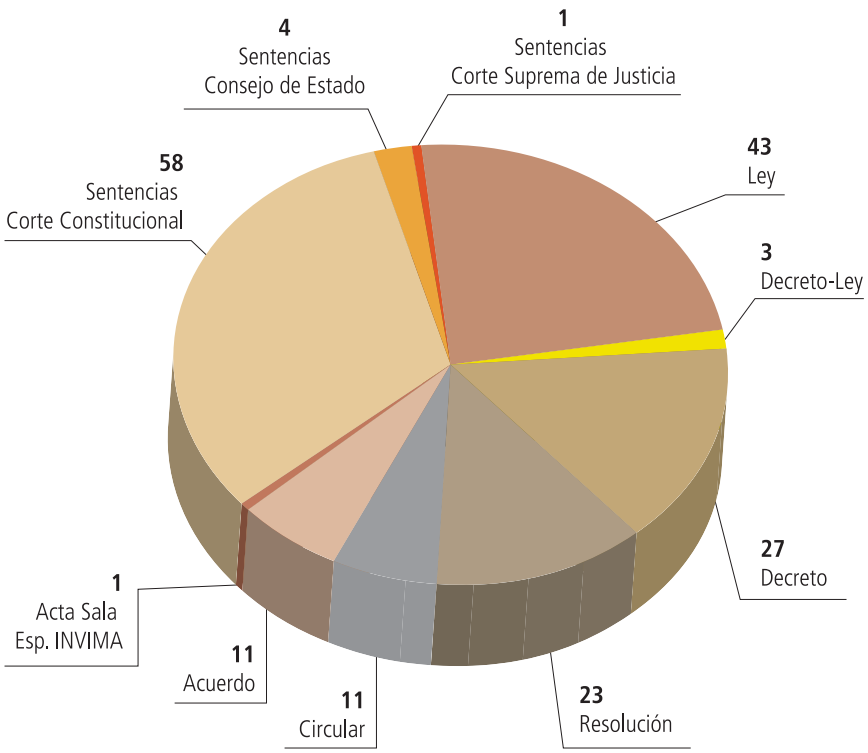
Así, a diferencia del inventario de normas, la Recopilación Normativa incluye disposiciones[9] provenientes de 182 cuerpos normativos, sentencias de la Corte Constitucional, de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo de Estado de las que se extrajeron sub-reglas. Estos cuerpos normativos se distribuyen así:

Tipos de disposición en la Recopilación Normativa	
Ley	43
Decreto-Ley	3
Decreto	27
Resolución	23
Circular	11
Acuerdo	11
Acta Sala Esp. INVIMA	1
Sentencias Corte Constitucional	58
Sentencias Consejo de Estado	4

9 Las disposiciones se refieren a los artículos concretos que hay en cada cuerpo normativo. En cada tema se incluyen disposiciones de varios cuerpos normativos.

Tipos de disposición en la Recopilación Normativa	
Sentencias Corte Suprema de Justicia	1
TOTAL	182

Tipos de cuerpos normativos en la Recopilación Normativa



Las disposiciones incluidas en la Recopilación, de otro lado, suman un total de 606.[10] Un número importante de estas disposiciones se refieren a violencia sexual y basada en género, ITS y VIH y maternidad segura e IVE. Las disposiciones se distribuyen así por tema dentro de la Recopilación:

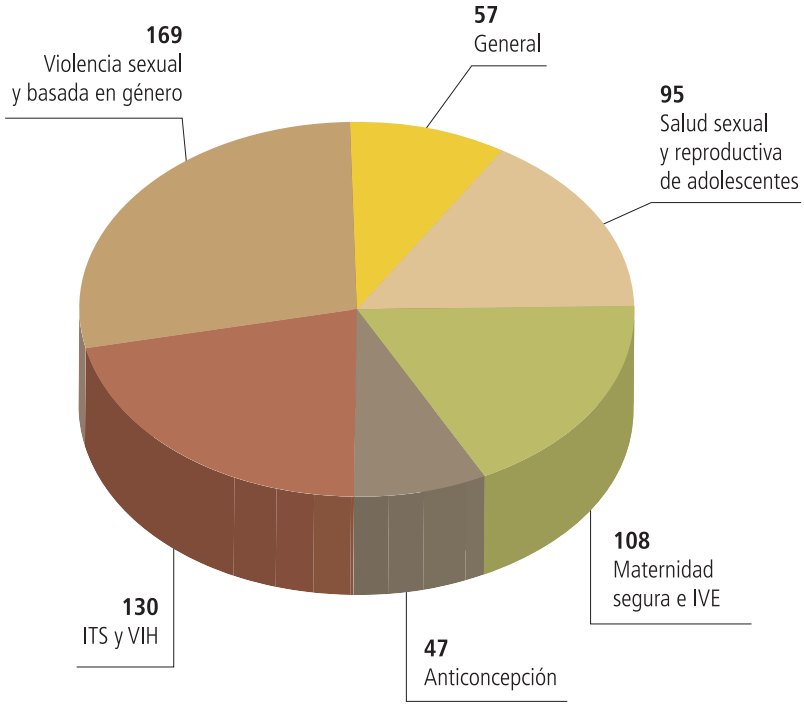
Normas por tema	
General	57
Salud sexual y reproductiva de adolescentes	95
Maternidad segura e IVE	**108**

10 Aquí los cálculos se hacen con base en la Recopilación y se cuenta cada disposición de manera individual. En este sentido, se incluyen solamente normas vigentes y se incluyen de manera separada siguiendo los temas de la compilación.

Normas por tema	
Anticoncepción	47
ITS y VIH	**130**
Violencia sexual y basada en género	**169**
TOTAL	606•

• El número total de disposiciones es 606 y no 605 como aparece en el inventario cuando se miran de forma consecutiva, pues en la numeración de la Recopilación se incluyó la 029A.

Número de disposiciones por tema en la Recopilación



4.1.3. Salud sexual y reproductiva: ¿un campo normativo en polución?

Una de las hipótesis que dio origen a la compilación de normas en SSR se basa en la percepción, relativamente generalizada entre actores del sistema, de que en Colombia hay una inflación de normas en este campo, de muy diversos tipos y expedidas por variados actores, lo que genera complejidades tanto en el ámbito jurídico como en el de las políticas. Por eso, una vez finalizado el proceso de elaboración de la recopilación normativa, y teniendo claro cuántos cuerpos normativos y disposiciones resultan relevantes en los cinco temas de SSR selec-

cionados, la primera pregunta que surge es si realmente existe polución normativa en este ámbito o no.

En esta compilación, la polución es entendida como la inflación ó súper producción normativa que puede acompañarse de la existencia de normas innecesarias, contradictorias o vagas, generando problemas para la interpretación y aplicación de las normas vigentes. La inflación resulta de un complejo proceso en el que confluirían múltiples factores de diversa naturaleza, entre los que se destacan: i) algunas características de los sistemas jurídicos contemporáneos,[11] como la existencia de múltiples fuentes de producción normativa, ii) algunas disfunciones del mismo, como la falta de técnica legislativa, y iii) causas políticas [12]. Su existencia se verificaría en varios elementos: i) existencia de un número muy elevado de disposiciones para regular un campo normativo; ii) presencia de varias normas que regulan un mismo tema en términos similares y que por tanto resultan innecesarias; iii) normas que se contradicen o que pueden producir resultados contradictorios; y iv) normas con lenguaje vago y contradictorio.[13]

Enmarcar el análisis de la recopilación normativa en la literatura sobre inflación de normas resulta importante al menos por dos razones. En primer lugar, porque la inflación de normas puede generar problemas importantes para quienes deben aplicarlas, bien sea porque desconocen las normas existentes, no tienen clara su vigencia, o aun sabiéndola encuentran disposiciones contradictorias. Esto, a su vez, puede generar problemas para los ciudadanos, pues puede generar inseguridad jurídica y afectaciones a derechos fundadas en aplicaciones equivocadas de las normas. En segundo lugar, la producción desordenada de reglas, lejos de garantizar alguna coherencia para el sistema jurídico colombiano, puede contribuir a acentuar vacíos y lagunas lógicas y argumentativas. De esta forma, las consecuencias del fenómeno de la polución, tienden a concretarse en dos facetas analíticamente distinguibles: la del prestador (incertidumbre) y la de los usuarios del sistema (desconocimiento de derechos), especialmente las mujeres en este caso concreto. Esto puede entonces conducir, desde el punto de vista de las autoridades, a formular políticas públicas que precisa-

11 La polución normativa suele caracterizar los sistemas jurídicos contemporáneos, debido a que estos tienden a estar constituidos por ordenamientos abiertos, en los que confluyen fuentes de producción normativa tanto internas como externas, y están además sometidos a continuos cambios en su tejido normativo. Véase: SAINZ, Fernando. «Problemas actuales de la técnica normativa» en: Anuaro Jurídico de la Rioja. España: Universidad de la Rioja, 1995

12 PINEDA, Rodrigo. «Teoría de la legislación- algunos planteamientos iniciales» en: Revista de Derechos Fundamentales, Nº. 3, págs. 137-156. Chile: Universidad de Viña del Mar. 2009, pág. 140.

13 Estos indicadores los hemos desarrollado a partir de la literatura relevante en el tema, citada en el marco conceptual de la compilación analítica de normas. Además de estos, podrían incluirse otros indicadores, como la abundancia de cuerpos normativos de bajo nivel, que no resultan vinculantes y que pueden llenar de material normativo innecesario el sistema jurídico. Este último no lo incluimos en el presente ejercicio, porque la sistematización normativa solamente se centró en las normas que resultan vinculantes para los actores del sistema.

mente debido a esa polución normativa, terminan siendo ineficaces pues no logran cumplir su propósito, ya que el exceso regulativo frustra el alcance de las finalidades que se pretendían. Las regulaciones se tornan entonces, como ha dicho Cass Sunstein, auto frustrantes (self defeating) y contraproductivas[14] pues terminan produciendo resultados distintos o incluso opuestos a los buscados. Y, desde el punto de vista de los usuarios, esa polución normativa les produce una gran inseguridad jurídica pues no tienen claro hasta donde están amparados sus derechos.

A partir de los elementos identificados previamente, es posible abordar el análisis de la pregunta inicialmente propuesta, es decir, si en Colombia es posible afirmar que existe una polución normativa en materia de salud sexual y reproductiva. Para ello, a continuación, vamos a usar los cuatro indicadores señalados arriba.

El primer indicador a analizar es el número de disposiciones que conforman la regulación de los temas analizados. Al respecto, la recopilación normativa nos permitió encontrar 606 disposiciones, dentro de las cuales hay conceptos normativos[15], disposiciones de cuerpos normativos concretos (leyes, decretos, resoluciones, circulares, etc.), y sub reglas jurisprudenciales. Todos ellos con relevancia jurídica para definir el funcionamiento del sistema de salud en materia de derechos sexuales y reproductivos. Dado que se trata solamente de cinco temas analizados, y que en virtud de la delimitación del trabajo de campo la recopilación normativa solamente retoma asuntos directamente relacionados con dichos temas, este número indica que en el país hay una importante producción de normas.

No obstante, este primer indicador no es suficiente para afirmar la polución, por dos razones fundamentales. En primer lugar, porque no existe un criterio técnico que permita definir cuál es el número de normas necesario para regular adecuadamente cierto tema, y por tanto no podría simplemente afirmarse que 606 disposiciones constituyen un volumen innecesario de normas. A pesar de esto, en todo caso es claro que el número señalado constituye un cuerpo amplio de normas que puede ser de difícil manejo para los operadores del sistema y para la ciudadanía en general. En segundo lugar, y este es el criterio más importante, porque al analizar de manera más detallada por sub temas, al interior de los cinco grandes ejes temáticos, resulta claro que hay aspectos que no están regulados en lo absoluto, mientras que sobre otros confluyen un gran número de normas. La maternidad es un ejemplo de esto último, pues es un tema que ha tenido en los últimos años múltiples ciclos de producción normativa en virtud

14 Cass Suntein. After the Rights Revolution. Reconceiving the regulatory State. Cambridge, Harvard University Press, 1993, pp 106 y ss

15 Estas incluyen entre otras, las definiciones a partir de las cuales deben interpretarse las normas, como por ejemplo, la definición de salud sexual y reproductiva.

de los cuales en la actualidad hay una pluralidad de normas que podrían afectar de manera particular el conocimiento de las normas vigentes. Esto permitiría, sin embargo, afirmar que algunos aspectos de los cinco temas de salud sexual y reproductiva analizados si podrían tener una inflación de normas.

El número de normas, en todo caso, no es un indicador suficiente para afirmar la polución. Por ello, es importante analizar los demás indicadores señalados. Así, el segundo se refiere a la existencia de normas innecesarias, por la existencia de varias que regulan un mismo tema. En este sentido encontramos que este fenómeno puede presentarse en casos muy puntuales, en los que una disposición repite de manera casi idéntica el contenido de una previa. Este, sin embargo, no es un fenómeno general identificado en la recopilación de normas aunque presente en algunos temas.

El tercer indicador es si existen contradicciones entre las normas. Al respecto encontramos algunos temas en donde se evidencian este tipo de problemas relacionados con la polución normativa. Este es el caso, como veremos más adelante, de la objeción de conciencia. En esta encontramos varias normas que regulan el tema para prestadores específicos, y que se contradicen con las sub reglas jurisprudenciales desarrolladas por la Corte Constitucional en el tema. Esto puede generar problemas adicionales para que los operadores interpreten el marco normativo en la materia.

Finalmente, el cuarto indicador se refiere al lenguaje de las normas, y en particular a si este es vago o contradictorio. En este sentido, encontramos múltiples normas que hacen referencia a términos médicos que pueden ser de difícil comprensión para el público en general, e incluso para un auditorio jurídico en particular. No obstante, esta parece ser una característica del sistema de salud que no implica obligatoriamente un problema de técnica legislativa. Además, dado que son normas que aplicarán principalmente profesionales de la salud, esto no debería generar mayores problemas interpretativos, al menos en principio. Y encontramos también lenguaje descriptivo que no siempre acoge la terminología más actualizada o la más acorde con el marco de derechos humanos.

Al hacer un balance a partir del análisis de estos indicadores es posible afirmar que en Colombia se ha dado una importante producción de normas en materia de salud sexual y reproductiva, en especial en algunos temas. Esto puede afectar las posibilidades de que los prestadores del servicio de salud las conozcan plenamente al momento de aplicarlas a casos concretos. Estas dificultades pueden verse profundizadas por la existencia de normas contradictorias, y algunas que se limitan a reproducir contenidos normativos, sin aportar nuevos elementos al marco regulatorio de la salud sexual y reproductiva. Todo esto permite afirmar que en Colombia habría una súper producción de normas, que en algunos ám-

bitos puede generar polución, por las dificultades que implicaría para su interpretación y aplicación.

Al indagar por los factores que contribuyen a generar esta situación, encontramos que se cumplen los elementos presentados como parte de la hipótesis de partida del marco conceptual de la compilación analítica de normas. En este sentido, existen tres factores que contribuyen a generar esta súper producción de normas en algunos temas de la salud sexual y reproductiva.

En primer lugar, nuestro actual sistema de seguridad social en salud tiene un proceso complejo de producción normativa en el que intervienen tanto el poder legislativo como el ejecutivo. Así, mientras que el legislativo brinda el marco general de actuación del sector salud, una multiplicidad de instituciones que hacen parte del ejecutivo regulan de manera específica los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Esto se evidenció en la dificultad que supuso durante el trabajo de campo, la consecución de algunas normas. En ocasiones estas regulaciones no son ampliamente conocidas, o se producen de manera tan rápida que no hay total claridad sobre cuáles se encuentran vigentes y son por tanto aplicables, siendo así como la compilación cumple una función fundamental en tanto ordena y consolida la producción hecha hasta la fecha. La vigencia por tanto ha sido el primer ejercicio de análisis para determinar las normas integradas a la recopilación.

En segundo lugar, este proceso de producción normativa ha tenido como actor clave al sistema judicial colombiano, y en especial a las altas cortes, como el Consejo de Estado y la Corte Constitucional. Estas últimas, además de definir la vigencia de las normas mediante el control de legalidad y constitucionalidad, respectivamente, han adoptado decisiones en las que se define el alcance de los derechos sexuales y reproductivos y, por tanto, se convierten en parámetros importantes para determinar la forma como deben aplicarse ciertas normas generales y regulaciones específicas. La Corte Constitucional, por ejemplo, ha definido elementos importantes sobre el alcance del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo –IVE- y la forma como el Estado debe garantizar el acceso a la prestación de los servicios necesarios para hacerlo efectivo. A pesar de que las decisiones judiciales juegan un papel importante en el marco normativo que regula la salud sexual y reproductiva, no siempre son conocidas por el sector salud, y por tanto no se aplican de manera directa. Además, en ocasiones tampoco son reconocidas. Algunas de las decisiones judiciales, incluso cuando son conocidas, no son asumidas como obligatorias o vinculantes, lo cual también afecta la aplicación del marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva.

En tercer lugar, las propias dinámicas del sector salud generan ciclos constantes de producción normativa. En efecto, los avances tecnológicos, los nuevos problemas epidemiológicos (o la transición epidemiológica), el surgimiento de nuevos medicamentos, e incluso la presión de grupos organizados o la participación de diversos actores cuya participación se hace necesaria para responder a los problemas con normas que competen a diversos sectores, entre otros factores, generan la necesidad de crear nuevas regulaciones que permitan responder a las nuevas dinámicas del sector con el fin de garantizar efectivamente los derechos[16].

En este contexto y dado que en Colombia se combinan todas estas situaciones que explican la inflación normativa, se hace necesario avanzar con estrategias que permitan enfrentar las consecuencias negativas de esta situación. Los autores positivistas, por ejemplo, consideran que la fórmula es mejorar la técnica normativa, con el fin de estructurar un ordenamiento jurídico que cumpla con el principio de seguridad jurídica, para lo cual sería necesario asegurar la calidad de las normas y desarrollar técnicas de integración de éstas al ordenamiento. Esta estrategia, aunque tiene como destinatario al legislador y a los restantes órganos encargados de la producción normativa, pues son quienes deben elaborar las reglas, incluye al menos dos elementos que se retoman en este proyecto. Por una parte, aclarar la vigencia de las normas, con el fin de eliminar los supuestos normativos que realmente no deberían regular el comportamiento de los actores del sector salud. Por la otra, promover el conocimiento efectivo de las normas, por medio de la sistematización de las mismas, para favorecer el ejercicio de derechos.

La recopilación normativa acá presentada, es una herramienta que puede contribuir a responder a estas dos facetas, generando certidumbre[17] (ordena normas vigentes, analiza problemas de aplicación y propone rutas de solución) y favoreciendo el ejercicio de derechos, en tanto condensa las normas aplicables y crea mecanismos para su difusión[18].

16 Los últimos años por ejemplo reflejan la creación de un sinnúmero de comités en los que participan muchas veces los mismos actores con funciones y objetivos que combinan temas de las 5 áreas de esta compilación.

17 La faceta de la certidumbre es además una oportunidad -para realizar ajustes y propuestas de mejoramiento- en el marco de los procesos de reglamentación de la Ley 1438, parte de los cuales se orientan a la formulación de políticas nacionales que involucran la SSR como una prioridad (el Plan Decenal de Salud Pública y la estrategia de APS por citar dos ejemplos).

18 En todo caso es importante reconocer que no siempre la falta de claridad del marco normativo afecta la garantía de los derechos fundamentales de las personas. Como lo ha reconocido Atienza, en algunos contextos la falta de claridad puede ser útil para que los destinatarios de las normas exploren las fisuras del ordenamiento jurídico y por esta vía puedan exigir la satisfacción de sus derechos. A pesar de este posible efecto de la inflación normativa, se trata de un fenómeno con efectos negativos importantes.

4.2. El debate sobre temas concretos

A continuación presentamos algunos aspectos de la recopilación normativa que generan preguntas sobre su aplicación, con el fin de proponer un análisis que permita enfrentar las dificultades que pueden generar algunas de las disposiciones del marco normativo vigente en SSR en el país. Este análisis se hace tanto desde la salud pública, como desde el derecho, y las discusiones acá planteadas servirán tanto para entender mejor el sentido de las normas como para hacer recomendaciones cuando fuere pertinente.

En el análisis que presentamos a continuación el derecho internacional de los derechos humanos juega un papel central. En este sentido, en primer lugar, es tomado como un conjunto de normas de jerarquía superior, no solamente porque el Estado colombiano se ha obligado a nivel internacional a cumplirlo, e incluso a ajustar sus normas internas a los derechos en él reconocidos, sino porque en virtud de la figura de bloque de constitucionalidad, algunas de sus disposiciones tienen rango constitucional, y otras son relevantes para interpretar el alcance de los derechos constitucionales.[19] Por tanto, dado que la Constitución es norma de normas,[20] las regulaciones producidas a nivel nacional en materia de salud sexual y reproductiva, deben tomar en consideración el marco general de derechos humanos.

En segundo lugar, el bloque de constitucionalidad se asume como una fuente de principios constitucionales que deberían cumplir una doble función. Por una parte, la de ayudar a integrar el orden normativo, cuando se presenten vacíos, lagunas o incluso contradicciones. Teniendo en cuenta que las disposiciones constitucionales son normas directamente aplicables, estos principios podrían ser usados para enfrentar la falta de regulación de algunos aspectos. Por la otra, una función de interpretación, para poder seleccionar entre las interpretaciones posibles de una norma o conjunto de normas, aquella que mejor garantice los derechos fundamentales en juego.

4.2.1. Salud sexual y reproductiva de adolescentes

Uno de los debates más complejos con que se encuentra esta compilación es la zona «gris» en que se encuentra el operador cuando se trata del consentimiento de la menor de 14 para algunas decisiones sobre su SSR. La razón fundamental

19 Para profundizar al respecto, véase el **marco conceptual** de la presente compilación.
20 Constitución Política Colombiana, artículo 4.

es que se trata de asunto que a nivel normativo no resulta del todo claro, pues no existe regulación explícita sobre la capacidad de los menores de 14 años para dar su consentimiento informado frente, por ejemplo, a la realización de ciertos procedimientos o el acceso a medicamentos. Por esta razón, suele enfrentarse el vacío existente con la aplicación de las normas de otros campos jurídicos, y en este caso, con las normas del derecho civil, según las cuales los niños y niñas menores de 14 años no tienen capacidad jurídica, y deben ser entonces representados por sus padres en la toma de decisiones. Al integrarse las normas civiles, se entendería que los niños y niñas menores de 14 años no tienen la capacidad para tomar decisiones autónomas en relación con su salud sexual y reproductiva.

Esta interpretación, sin embargo, desconoce que existen normas del derecho internacional y del derecho constitucional que reconocen que los niños y niñas tienen derechos y deben ser escuchados cuando se definan asuntos que son importantes para su desarrollo, ya que en todo caso se trata de considerar las capacidades progresivas y el mejor interés para estos menores.

A continuación, partiendo de los principios generales en relación con el derecho de los niños y niñas a ser escuchados, a participar en las decisiones que los afectan y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta, se plantean los términos concretos de algunas de las discusiones más relevantes en materia de capacidad de decidir, consentimiento informado y salud sexual y reproductiva de las personas menores de 14 años. Los temas que tratamos son fundamentalmente cuatro: i) el embarazo en niñas menores de 14 años; ii) el consentimiento para el acceso a anticonceptivos; iii) la confidencialidad en el manejo de la información; y iv) el secreto profesional en casos de ITS en menores de 14 años.

4.2.1.1. El embarazo en niñas menores de 14 años

El embarazo adolescente en menores de 14 años supone una tensión básica, pues al mismo tiempo que obliga a RECONOCER (como un problema de salud), obliga a DENUNCIAR (como un delito) el embarazo en esta población, por considerarse que las relaciones sexuales con menor de 14 años constituyen una violación.

La primera dimensión, el reconocimiento, obliga al prestador a atender la intención de la adolescente de continuar o no el embarazo y en tal caso proveerle atención integral al proceso de gestación o IVE. Pero además, supone que estas niñas y adolescentes puedan acceder a métodos anticonceptivos para evitar embarazos subsiguientes. Según algunos expertos, centrar la atención solamente en evitar la repetición del delito de violación y no permitir el acceso a métodos anticonceptivos es, lamentablemente, exponerlas a nuevos embarazos, toda vez que con fre-

cuencia el abusador es parte del entorno familiar de la menor y quien al mismo tiempo tendría que participar del consentimiento de la misma para usar métodos anticonceptivos, pues no hay una norma expresa que como en el caso de la IVE otorgue consentimiento pleno a la menor para decidir en esta situación.

La segunda dimensión, la de la denuncia, implica que el tratamiento que hay que dar al embarazo en menor de 14 años, es el de la existencia de un delito y no solo el de «maternidad en la niñez», so pena de ocultar en la atención a su salud y a su embarazo, el hecho más dramático: la violación.

Sobre los dos problemas acá planteados, la violación y el embarazo, los debates indican falta de claridad en las normas relativas al consentimiento y en algunos momentos, falta de claridad sobre la urgencia de separar y tratar ambos problemas de forma independiente y complementaria.

En cuanto a la violación, es imperativo que el país enfrente el problema del embarazo en menor de 14 años como un asunto de derechos y no solo como un problema de atención en salud de la «maternidad en la niñez», sobre todo si, como indican las cifras del diagnóstico[21], mas de un 90% de estos embarazos suceden por hombres mayores de 15 años, y por lo tanto es necesario que el delito se investigue y se castigue de acuerdo a las leyes. En todos los casos de embarazo de menor de 14 años se presumiría que es consecuencia de un acto de violencia, pues el derecho penal asume que no hay voluntariedad de parte de la niña. Por lo tanto, como veremos más adelante al analizar las normas sobre violencia, el personal médico debería iniciar la ruta de protección correspondiente. No obstante, tratándose de pares, es decir, cuando el hombre también es un niño, dado que los menores de 14 años no son sujetos de responsabilidad penal, el abordaje médico debería prevalecer, con el fin de brindar las condiciones para el correcto desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes. Estos casos, en que las parejas que son menores de 15 años[22] sin embargo, son la excepción, de acuerdo con las cifras oficiales en la materia, pues no superarían el 0.8%.

En resumen el embarazo en la menor de 14 años plantea dos áreas en que las normas deben responder de manera definitiva: el consentimiento de la menor para usar métodos anticonceptivos y las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes. Además, claro está de la posibilidad de que ante la continuación

21 Las fuentes completas se encuentran en el documento de referencia: diagnóstico en SSR. Allí además se pueden ampliar los datos.

22 Al respecto, según un diagnóstico del embarazo en la adolescencia realizado por el Ministerio de Protección Social en el año 2010, sobre datos de las estadísticas vitales del DANE del año 2008, tenemos que sólo el 0,8% de los nacimientos de adolescentes de 10 a 14 años, tiene un padre de la misma edad de la madre. En el 39% de los nacimientos de adolescentes de 10 a 14 años el padre tiene entre 15 y 19 años y en el 61% tienen padres mayores de 20 años.

del embarazo, esta pueda interrumpirlo si así lo desea o continuarlo con la debida atención oportuna e integral[23].

De otro lado, y dada la trascendencia que ha tenido en el país el desarrollo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes como parte de la estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia (CONPES 147 de 2012) y prioridad del Plan Decenal de Salud Pública, es importante resaltar que si bien las normas contemplan la prestación de servicios especializados de salud sexual y reproductiva, no lo están de manera explícita los servicios amigables. Abordar este vacío podría contribuir a enfrentar de manera mas consistente con las políticas públicas, la situación del embarazo adolescente y la prevención de embarazos subsiguientes en esta misma etapa de la vida.

La atención integral en SSR para adolescentes es la meta que se ha propuesto el país para abordar las distintas problemáticas que afectan a esta población y en este sentido, el debate que se plantea sobre algunos asuntos en este apartado, busca determinar la existencia de lagunas normativas o contradicciones con la plena protección de los derechos para esta población que incluyen el acceso efectivo y oportuno a servicios de SSR. La integralidad resalta entre otras, la importancia del acceso gratuito a condones de calidad para esta población. Sin embargo la cobertura de del condón masculino de látex, de acuerdo a las normas actuales, se limita a pacientes con diagnóstico de ITS o VIH positivos pese a que una de las barreras atribuibles a problemas del sistema de salud es la del acceso restringido a condones de calidad. En este sentido y dado que el condón se plantea como un método adecuado para doble protección en adolescentes y jóvenes, y que el acceso a métodos es uno de los elementos para la garantía del acceso gratuito de adolescentes a servicios especializados de SSR, estaríamos frente a una laguna normativa.

Finalmente, en esta área como en otras de la compilación, enfrentamos brechas entre las normas y su aplicación. Es así como pese a la existencia de la obligación

23 En todo caso el embarazo en la niñez es un asunto grave y uno de los más fuertes constreñimientos para superar el círculo de la pobreza o para avanzar en otros ámbitos de las vida. En este sentido, es importante entender que las normas que regulan su atención integral, no pueden ser entendidas como una «naturalización» del embarazo en esta población, que es además un fenómeno que comporta situaciones de violación. Por tal motivo sería conveniente revisar la norma que incorpora la atención integral «asegurada en el POS para adolescentes (atención asegurada en 6-14 años)» puesto que podría entenderse como una naturalización, del problema, como puede apreciar a continuación: «la atención integral de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud, ambulatorias y de internación por la especialidad médica que sea necesaria...y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido…garantizándoles todas las tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud vigente para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en Salud Pública, acorde a las normas técnicas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución número 412 de 2000 y modificada por la Resolución número 3384 de 2000.

establecida por ley, de garantizar la permanencia en el sistema educativo de adolescentes y jóvenes en estado de embarazo – y jóvenes portadores de VIH SIDA- como una prioridad para el estado, algunos datos arrojados en el diagnostico podrían reflejar que la norma no logra cumplir la función con la que fue promulgada. Según la Encuesta Nacional de Deserción Escolar, ENDE, mas del 50% de estudiantes en algunas entidades -(Facatativá, Atlántico, Ipiales, Sabaneta y Vaupés -pertenecientes a regiones muy diversas del país-) que alguna vez han abandonado el sistema educativo lo hicieron porque «iban a ser padres o madres».

4.2.1.2. Acceso a métodos anticonceptivos

La norma técnica para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres, adoptada por el Ministerio de la Protección Social mediante Resolución 769 del 3 de marzo de 2008 se manifiesta expresamente sobre la autonomía de los y las adolescentes mayores de 14 años en relación con la elección del método más conveniente de planificación familiar, estableciendo unas exigencias especiales en relación con el DIU y el implante subdérmico. Sin embargo, no incorpora medidas en relación con los niños y niñas que inician su vida sexual antes de los 14 años. ¿Debe entenderse entonces que ellos no pueden acceder a este tipo de métodos? ¿O estas normas implican que los padres, en tanto representantes legales, son quienes deben decidir sobre el suministro de anticonceptivos para los niños y niñas, pues ellos no tienen la capacidad o madurez suficiente para dar su consentimiento?

Es evidente la laguna existente en la materia y, en esa medida, la dificultad principal consiste en establecer el alcance de la intervención de los adultos –médicos/as, padres y legislador al prohibir determinadas conductas- en la decisión de los niños. Para enfrentar la ausencia de una regulación específica que resuelva el problema planteado, hay ciertos elementos del marco normativo internacional y constitucional que resultan relevantes.

En primer lugar, el punto de partida para el análisis deberían ser los derechos de los niños, y en especial, sus derechos a la información, el derecho a participar en las decisiones que los afectan y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta. Estos están consagrados tanto en la Convención sobre los Derechos del Niño, que ha sido ratificada por Colombia, como en la Constitución Nacional. Además, dado que estos derechos están incorporados principalmente en la Convención señalada, deben ser interpretados conforme lo propone su intérprete autorizado: el Comité de los Derechos del Niño. Así, el artículo 12 de la Convención y la Observación General No. 4 establecen con claridad que todos los niños tienen derecho a que sus opiniones sean tenidas en cuenta, sin hacer distinción frente a los menores de 14 años. Esto adquiere especial relevancia cuando se toma en

cuenta que los niños y niñas son titulares de derechos que deben ser asumidos por los ordenamientos jurídicos nacionales como personas con capacidades evolutivas, respecto de los cuales debe velarse siempre por su interés superior. Esto implica, por una parte, que en materia de salud sexual y reproductiva es particularmente relevante considerar cuáles son las medidas que protegen y garantizan mejor los derechos de los niños y niñas. Por la otra, que deberán privilegiarse aquellas que les permitan gozar de sus derechos de manera más integral.

Luego debe concluirse que estos niños y niñas sí tienen derecho a opinar en relación con la adopción de los métodos anticonceptivos. La consideración de los padres no puede ser un argumento definitivo para conceder o no el acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, es preciso que esta opinión esté precedida por una información suficiente y adecuada a su edad, y una consideración sobre la madurez y el juicio del niño, con base en algunos parámetros más o menos objetivos, pero que respondan a las especificidades de la situación en concreto.

En segundo lugar, teniendo en cuenta lo anterior, es importante que la interpretación de la norma técnica sea sistemática con las normas señaladas anteriormente. De esta forma, interpretar que esta debe llevar a excluir a los menores de 14 de la posibilidad de decidir sobre los métodos anticonceptivos que podrían usar resultaría problemático a la luz de las normas superiores que resultan vinculantes para el Estado y los particulares. Primero, porque restringe de manera definitiva los derechos sexuales y reproductivos de niños y niñas, especialmente el derecho a decidir sobre el número de hijos del que son titulares los más pequeños, aun cuando no estén en la capacidad para ejercerlos plenamente. Segundo, porque las prohibiciones para los particulares deben estar establecidas de forma expresa en la ley, ya que para ellos «lo que no está prohibido, está permitido». Tercero, porque aunque conforme a la ley civil los niños están representados para todos los asuntos legales por un adulto, esta representación no se extiende de manera automática a los derechos humanos del niño o la niña: estos son considerados sujetos de derechos y, por tanto, pueden exigir por sí mismos la protección de sus derechos fundamentales e incluso ya intervienen en asuntos tales como la asignación de su sexo, una vez cumplen 5 años.

En tercer lugar, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reconocido a las niñas y adolescentes, incluso aquellas menores de 14 años, la posibilidad de decidir sobre sus derechos reproductivos de manera autónoma. Así, por ejemplo, en la sentencia T-388 de 2009 la Corte Constitucional establece que las niñas menores de 14 años que estén en estado de gravidez deben poder exteriorizar su consentimiento informado frente a la interrupción voluntaria del embarazo. De esta forma, si ellas pueden decidir sobre el acceso a la IVE, con mayor razón deben poder decidir sobre su acceso a métodos anticonceptivos para prevenir futuros embarazos no deseados o no planeados. En otras palabras, para deter-

minar el uso de métodos anticonceptivos, debe garantizarse al niño/a que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho de expresar su opinión, en función de su edad y madurez, y en este sentido, una menor de 14 años embarazada puede prestar su consentimiento para usar un método y prevenir embarazos futuros.

En todo caso, teniendo en cuenta las exigencias de la norma técnica y la sentencia T-850 de 2002, se esperaría que para acceder al implante subdérmico y el DIU se obtenga una autorización por escrito del solicitante, bien sea a través de los padres o directamente proveniente de los niños y niñas que se acerquen a los 14 años de edad.

En relación con el acceso a los métodos de anticoncepción definitivos, como la ligadura y la vasectomía, existen consideraciones adicionales que resulta importante tener en cuenta. Al respecto, el artículo 7 de la Ley 1412 de 2010 -por medio de la cual se autoriza su realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio- establece la prohibición de la práctica de la anticoncepción quirúrgica a menores de edad. Esto implicaría una limitación total de la posibilidad de los niños, niñas y adolescentes de decidir sobre su acceso a los mismos. Surge entonces la pregunta sobre si esta limitación resulta razonable o por el contrario, es desproporcionada y contraria al marco constitucional.

En este caso, la naturaleza de esos métodos resulta relevante, pues dado que pueden ser irreversibles, podría justificarse cierta limitación del poder de decisión de los niños, niñas y adolescentes, para evitar que tomen decisiones tempranas y/o poco informadas, sobre un aspecto que los puede afectar definitivamente. Sin embargo, una prohibición total puede ser problemática, pues niega de plano el derecho de decisión de los menores y desconoce su capacidad evolutiva para tomar decisiones sobre sus derechos. Sería entonces recomendable revisar esta norma, con el fin de que se permita la salvaguarda del interés superior del menor y se reconozca su poder de decisión.

Finalmente, si el niño o la niña tienen alguna discapacidad, deben tomarse en cuenta las posibilidades de recuperación de la persona y que los padres pueden adoptar una decisión en soledad únicamente en los casos en los que se ha decretado la interdicción del niño o la niña (T-492 de 2006, T-560A de 2007).

4.2.1.3. Confidencialidad en el manejo de la información

Conforme a la Ley 23 de 1981, no es ético para los médicos/as revelar todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión hayan visto, oído o comprendido.

Sin embargo, cuando un niño o niña menor de 14 años acude al médico para consultar asuntos relativos a sus derechos sexuales y reproductivos, ITS, o la posible configuración de algunas de las causales de IVE, no es claro si el médico tiene el mismo deber de guardar el secreto médico frente a los padres del niño y frente a las autoridades, o si, por el contrario, debe informarles porque los niños y niñas no tienen capacidad para decidir. No sería entonces claro si la solicitud de los niños y niñas en relación con que no se revelen determinados aspectos de su consulta tiene alguna validez, o si el médico debe expresar todo lo conversado durante el examen a los padres o representantes legales de las niñas. Se presenta así una tensión entre el deber constitucional de los médicos/as de guardar el secreto profesional, los derechos de los niños y niñas a la intimidad, por una parte, y los derechos de los niños a ser cuidados y a ser protegidos de las afectaciones a su vida y a su integridad física, por la otra.

De forma general, el artículo 38 de la misma Ley 81 prescribe que «teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia», el médico puede revelar el secreto profesional a los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad –es decir, a todos los menores de 18 años sin distinción-. Esta norma fue declarada exequible mediante sentencia C-264 de 1996, pero solo bajo el entendido de que el menor, «de acuerdo con su grado de madurez y el impacto del tratamiento sobre su autonomía actual y futura» pueda decidir sobre la práctica de un determinado tratamiento y sobre la reserva de ciertos datos de su intimidad. ¿Qué implica esto para los menores de 14 años? ¿Deben los /as guardar el secreto profesional cuando se trate de menores de 14 años, o compartir información con los padres?

Aunque no existe una regulación que se refiera expresamente al manejo de la información de la salud sexual y reproductiva de un menor de 14 años, es importante interpretar las normas existentes a la luz de los estándares internacionales y constitucionales en la materia. Así, en primer lugar, acudiendo a las disposiciones de la Convención sobre los derechos del niño, según las cuales no es aconsejable que los Estados «introduzcan por ley o en la práctica límites de edad que restrinjan el derecho del niño a ser escuchado en todos los asuntos que lo afectan», cualquier conclusión en relación con la madurez de un niño o niña y el impacto de un tratamiento tiene que considerar, que sin importar su edad, debe ser escuchado y esa opinión debe tener algún efecto útil en las consideraciones del médico para establecer si razonablemente está o no dentro de la causal que le exige comunicar a los acudientes del menor todos los pormenores del diagnóstico médico.

En segundo lugar, de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, los niños y niñas deben ser asumidos como personas titulares de derechos, que tienen capacidades evolutivas. De esta forma, las interpretaciones que

nieguen de plano la capacidad de los menores de 14 años resultan jurídicamente problemáticas. En sentido similar, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reconocido que la edad de la persona no puede ser entendida como un criterio objetivo de capacidad para decidir, sino como un indicador de la misma.

Sobre el tema una referencia fundamental es la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el consentimiento de los niños y niñas en estados intersexuales. En la sentencia T-477 de 1995 dicho Tribunal manifestó que por principio general, el médico debe contar con «*el consentimiento informado de su paciente para adelantar tratamientos terapéuticos, ya que éstos pueden afectar la dignidad humana de éste* último.» En ese sentido, los padres, aún cuando pueden tomar decisiones con respecto a tratamientos médicos de sus hijos, en los casos de adecuación de sexo tal potestad se encuentra restringida. Para ello, la Corte consideró que la decisión debe tomarse con base en tres criterios «*i) la urgencia e importancia misma del tratamiento para los intereses del menor, (ii) los riesgos y la intensidad del impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño y (iii) la edad del paciente.*» Para el caso particular la Corte decide que no es posible la readecuacióin del sexo sin la autorizacióin directa del paciente puesto que «*Los niños no son propiedad de nadie: ni son propiedad de sus padres, ni son propiedad de la sociedad. Su vida y su libertad son de su exclusiva autonomía.*» Esta misma línea fue reiterada por la providencia SU-337 de 1999 donde se amparó el derecho constitucional a la autonomía de la menor.

En posteriores sentencias (T-1390 de 2000, T-1021 de 2003 T-1025 de 2002) la Corte Constitucional ordenó la realización de los procedimientos aplicando la regla de los 5 años según la cual «*Se impone, por consiguiente, establecer si, dadas las circunstancias del caso, para proceder a la protección de los derechos fundamentales invocados por el infante resulta viable que la intervención requerida para la asignación de sexo se realice a partir del consentimiento sustituto de los padres, o si, por el contrario, como se trata de un menor que ha sobrepasado el umbral de los cinco años, se hace indispensable, de conformidad con la línea jurisprudencial fijada por esta Corporación, esperar a que adquiera la madurez suficiente para adoptar por sí mismo dicha decisión.*»

Esto significa, por una parte, que no podría dejar de consultarse a los niños y niñas sobre si le pueden ser revelados aspectos de la consulta a sus padres. Por la otra, que incluso siendo menores de 14, si el personal médico encuentra que el niño o niña entiende la información que le suministra y puede comprender las implicaciones del diagnóstico, debería respetar la decisión informada que tome sobre la comunicación a sus padres. De la misma manera, no sería posible revelar a los padres información sobre adolescente entre 14 y 18 años. A esto se suma el hecho de que, desde una perspectiva de salud pública, es importante que los menores no sientan la búsqueda de servicios como una

amenaza –en tanto la información que ellos entregan es fácilmente revelada a los adultos- ya que esto puede generar una búsqueda tardía e inoportuna de la atención en salud.

4.2.1.4. Secreto profesional e ITS

El consentimiento con respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se encuentra regulado por el Decreto 1543 de 1997 en tres aspectos: consentimiento de la prueba, el secreto profesional y la autorización del tratamiento. Con respecto al consentimiento para la prueba del VIH, no existen normas que regulen el consentimiento de los menores de edad en cuanto a si pueden practicárselas solos o deben ir con sus padres. De otro lado, sobre la obligación que tienen los profesionales de la salud de guardar el secreto médico, el artículo 34 dispone que «por razones de carácter sanitario, el médico tratante, teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia», tendrá la potestad de revelar el secreto profesional a «los responsables de la persona infectada cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces». Y finalmente, sobre el consentimiento para recibir tratamiento, el artículo 43 del mismo decreto señala:

> *«ARTICULO 43. DERECHO A LA INFORMACION SOBRE EL ESTADO DE SALUD. Toda persona tiene derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el equipo de salud, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar, al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve; y a que por sí misma, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o disminución de la capacidad, acepten o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia.»*

Como en el caso anterior, las normas no son del todo claras en señalar hasta dónde llega el secreto profesional en casos en los que personas menores de 14 años tengan una ITS. Sin embargo, una interpretación sistemática de estas disposiciones, y armónica con los estándares internacionales y constitucionales, debería llevar a considerar que, por una parte, los niños y niñas menores de 14, como personas titulares de derechos, deben ser informados sobre su estado de salud y las consecuencias del mismo. Por la otra, que los médicos/as pueden informar a los padres sobre dicho estado -previa información a los niños y niñas- y deberían hacerlo en especial cuando se trata de infecciones o enfermedades particularmente graves, para las cuales se requieran tratamientos especiales. Así, sin importar su edad, debe ser escuchado y esa opinión debe tener algún efecto útil en las consideraciones del médico para establecer si razonablemente está o

no dentro de la causal que le exige comunicar a los acudientes del menor todos los pormenores del diagnóstico médico.

4.2.2. Salud materna e IVE

4.2.2.1. Salud materna

Es altamente notoria la prioridad que este tema tiene en el conjunto de las normas sobre SSR (una de las áreas con mayor cantidad de normas totales) y sobretodo, es altamente notorio que el tema se ha regulado desde todas las perspectivas buscando abordarlo integralmente: priorizando a la mujer embarazada como sujeto de protección especial, prohibiendo su discriminación, ordenando su atención inmediata sin excusas de tipo administrativo u operativo, asegurando la gratuidad para el proceso de embarazo, parto y puerperio, entre otras. Adicionalmente, una buena parte de las normas están concentradas en reiterar una y otra vez las responsabilidades en términos del financiamiento de la atención a la mujer embarazada, lo cual podría indicar que persiste la falta de claridad en el operador sobre la responsabilidad final a este respecto, o también que no está clara la ruta que se establece y está generando las mayores barreras para el acceso.[24]

Pese a estas normas, las cifras de mortalidad materna evitable en Colombia son muy altas y revelan importantes diferencias regionales, tal como se indica en el diagnóstico de esta compilación. Así, mientras Bogotá reportaba 44,6 muertes (estando por debajo del indicador nacional), el Chocó reportaba 213,3, Vaupés 585,9 y Vichada 624. Las variaciones regionales son desproporcionadas y la mortalidad materna es dramática en las zonas marginales del país que tienen alta población indígena y negra. Una de las causas fundamentales de la mortalidad materna es el acceso a servicios de salud de calidad y estas diferencias regionales se explican en buena parte por dificultades geográficas, falta de vías de acceso rápido, pero también por las diferencias entre el centro y la periferia en cuanto a la tecnología, calidad y disponibilidad de servicios de salud. Finalmente, el 50% de la población mas pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad materna y la mitad de la población menos educada experimenta el 53%.

24 Sólo el tratamiento de la infertilidad –que no fue incluido expresamente en esta compilación- es motivo de una regulación muy escasa que en términos generales la excluye de las prestaciones por tratarse de los tratamientos considerados «cosméticos, estéticos o suntuarios». Sin embargo, la Corte Constitucional ha insistido que por ejemplo es necesario que esta población pueda acceder a la realización de los exámenes que sean necesarios. Consideramos que esta laguna debe ser resuelta en el marco del debate mas amplio que está dando el país sobre las exclusiones del POS, considerando que la salud reproductiva incluye no solo la atención al embarazo sino también la posibilidad de decidir si tener hijos y cuando.

En este contexto surgen al menos dos reflexiones, una de carácter más general y que debería tenerse en cuenta en la lectura global de la compilación, y otra más específica sobre la salud materna: (i) la aplicación de las normas en lo local; (ii) las normas en salud materna versus la operación del sistema general de seguridad social en salud y las normas generales.

(i) Muchas de las barreras que enfrentan las mujeres embarazadas y otras poblaciones en distintas áreas de la SSR, ponen de presente la importancia de la aplicación de las normas en los niveles territorial y municipal pues no está claro qué tanto las normas se divulgan y aplican a este nivel, de que manera las entidades territoriales las asumen como propias pese a su carácter obligante, y por tanto que tipos de acción podrían fortalecerse desde el Ministerio de Salud a través de la asistencia técnica, incluida la promoción de desarrollos normativos que en lo local incorporen las especificidades de los territorios al mismo tiempo que se acoplan a los mandatos nacionales.

(ii) Por otro lado, cabria preguntarse si las brechas en la implementación, en los indicadores y las barreras para el acceso se derivan más de problemas del marco general del sistema que de las normas sobre SSR. Por ejemplo, la protección a la maternidad tan taxativamente establecida en las normas se ve afectada en la práctica –según informe de los expertos del Ministerio- por distintos aspectos que con frecuencia se observan en las minutas de contratación suscritas entre aseguradores y prestadores. Cabe destacar, los períodos de carencia (no se han eliminado para gestantes), los problemas de multiafiliación, la portabilidad nacional, el no pago oportuno de la mensualidad por patrono o por el pagador al SGSSS. Es decir que en la práctica y pese a que la atención a la mujer gestante, se encuentra unificada en el Plan Obligatorio de Salud, las mujeres gestantes afiliadas al régimen subsidiado deben esperar la autorización a procedimientos, actividades o intervenciones que se brindan de manera expedita a las mujeres gestantes cubiertas pro el régimen contributivo. Todas estas constituyen barreras que se derivan de las normas generales como por ejemplo la que crea el «acuerdo de voluntades» que han permitido que las situaciones arriba mencionadas se conviertan en barreras para el acceso.[25]

A esta situación se suma, la morbilidad materna extrema que es una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. Al respecto, si bien el reporte sobre esta forma de morbilidad no es aún sistemático en el nivel nacional, información aportada por 15 entidades territoriales, nos indican por ejemplo que una de cada 5 embarazadas en esta situación

25 Resolución 3047 de 2008, artículo 4; Decreto 4747 de 2007, Artículo 2, literal F.

corresponde a adolescentes, que un 28% son mujeres sin ningún nivel educativo y que 43% tuvieron deficientes controles prenatales. En este sentido y dado que las normas internacionales indican que los Estados deben adoptar medidas para la prevención de la mortalidad y morbilidad materna, sería importante que se regular mas claramente la prevención y atención oportuna de la morbilidad materna extrema, máxime cuando refleja que en esta situación confluyen claramente una serie de desventajas sociales que conducen en últimas a una muerte materna.

En este contexto, no hay ninguna razón desde el marco normativo vigente en SSR, por la que a una mujer se le pueda negar la atención integral y oportuna durante el embarazo, más cuando en caso de dudas como lo plantean los estándares internacionales en la material, debe aplicarse la norma que mejor es corresponda con la protección de los derechos de las mujeres. No es posible que siendo la maternidad un evento de protección especial, las mujeres sigan enfrentando barreras de acceso al servicio (por razones del sistema o de la contratación), o bien por razones geográficas, o por fragmentación de la atención (debidas a veces a la propia contratación) o por desconocimiento de los factores de riesgo frente al embarazo, o deficiencias en la referencia, o la escasez de insumos, o la ausencia de servicios de atención obstétrica de emergencia accesibles, entre otros, como se indica en el documento del diagnóstico.

Finalmente, tal como se explicó en el marco conceptual, el derecho fundamental a la información involucra la posibilidad de contar con toda la información necesaria para tomar decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y este es un derecho que atraviesa de manera medular, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, la regulación nacional en materia de salud materna no lo regula de manera sustantiva, salvo para situaciones específicas también muy importantes, como la IVE. Este aspecto recobra mayor importancia si se tiene en cuenta que el 50% de los casos de mortalidad se relacionan con los retrasos Tipo I, los que incluyen el desconocimiento de factores de riesgo asociados con el embarazo; desconocimiento de signos y síntomas de alarma durante del embarazo; y desconocimiento de los derechos de la mujer en salud reproductiva.

4.2.2.2. IVE

Problemas generales general

A luz de nuevos estudios en Colombia y de las preocupaciones expresadas por los expertos durante las mesas técnicas, resulta importante analizar la forma como en el país se vienen prestando los servicios de IVE y la relación entre esta prestación y las normas vigentes.

Pese a que en Colombia el aborto se despenalizó en tres circunstancias en 2006, el 99% de los abortos continúan realizándose en condiciones de ilegalidad, hay un aumento de las complicaciones por cada mil mujeres (de 7,1 a 9) y el aborto sigue siendo una causa importante de muerte materna (8%). 70 mujeres mueren cada año por aborto inseguro: casi 6 mujeres por mes, mas de una por semana (1.5). En 2012 recibieron tratamiento aproximadamente 102.000 mujeres por complicaciones (71% en segundo nivel y 29% en tercer nivel) y esta atención le representa al sistema 14.4 millones anuales por costos directos.

La IVE está regulada hoy en día a través de una única norma del ejecutivo, de la propia sentencia de constitucionalidad que despenalizó la práctica en tres circunstancias y de una serie de subreglas de la Corte Constitucional. Entre las órdenes que allí se establecen está la de la obligación de los entes territoriales de vigilar que los servicios de IVE estén disponibles en todo el territorio nacional. Los departamentos, distritos y municipios deben contar con una amplia red pública que garantice la prestación del servicio de IVE. No obstante, en la práctica, el acceso a este servicio viene siendo limitado e inapropiado para las mujeres en todos los niveles de atención y el acceso suele ser más fácil en algunas de las grandes ciudades, presentando más dificultad para las mujeres que habitan zonas y municipios lejanos.

Según un estudio reciente realizados en Colombia[26] el costo del aborto legal es menor[27] en centros especializados en donde la provisión del aborto genera menores costos en medicamentos, procedimientos y personal. En el primer nivel los servicios no solo son menos costosos sino que usan procedimientos menos invasivos y más eficientes. Por otro lado, el costo del aborto legal resulta entre 4 a 5 veces más alto en segundo y tercer nivel que es donde están atendiéndose mayoritariamente los abortos legales. El costo es mayor en los casos de aborto legal cuando se realiza en instituciones de segundo y tercer nivel y esto se debe a varias razones: (i) se les imponen barreras administrativas: atención más tardía, en edades gestacionales superiores; (ii) se incrementan, a más del doble, los costos del personal de salud: mas tiempo en los casos de aborto legal, mayor lapso de hospitalización (iii) utilizan las técnicas menos recomendadas (dilatación y curetaje en lugar de AMEU y/o misoprostol); (iv) los protocolo que se establecen en los hospitales para realizar interrupciones más tardías requieren la aprobación de un comité médico y especialistas (anestesiólogos, ginecólogos, internistas, psiquiatras y perinatólogos) todo lo cual implica tiempos y especia-

26 Instituto Guttmacher, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. El Costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia. Elena Prada, Isaac Maddow Zimet y Fátima Juárez. Bogotá. 2013.

27 El costo en dólares del aborto legal en Colombia varia según el nivel de atención: primer nivel (45), segundo (213) y tercero (189), siendo MENOR el costo en el primer nivel y 4 a 5 veces mas alto en segundo y tercer nivel.

lidades innecesarias contraviniendo todas las normas técnicas de la OMS y la propia sentencia de la Corte.

En síntesis, en Colombia no se está garantizando el acceso apropiado, oportuno ni efectivo y por el contrario se retrasan con diversas barreras las atenciones de abortos legales y se realizan en niveles superiores de generando mayores riesgos y costos (perversión del sistema).

En este sentido, correspondería la expedición de una norma adoptando un protocolo de atención de carácter obligatorio, que basado en estándares internacionales y en la evidencia científica nacional, clarificara a los operadores las condiciones en que los servicios de aborto legal deben prestarse y se eliminaran las barreras de acceso. Esto supondría entre otras, escalar en el país el modelo de los servicios especializados y atender a en el nivel primario los abortos que es donde cuestan menos tanto los servicios de aborto legal como la atención de las complicaciones. Esto generaría un mejor y mayor uso de métodos costo efectivos y un mayor impacto sobre el sistema de salud en términos de ahorro financiero, y sobretodo, apuntaría en la línea de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en esta área.[28]

Objeción de conciencia

El derecho a la objeción de conciencia no se encuentra consagrado de forma expresa en la Constitución Política de Colombia, no obstante, la Corte Constitucional lo reconoció como un derecho fundamental innominado que se deriva de la libertad de conciencia consagrada en el artículo 18 de la Carta Política en la sentencia C-728 de 2009[29]. El desarrollo legislativo previo sobre este tema y el desarrollo jurisprudencial que ha ocurrido desde entonces, ha dado como resultado una pluralidad de normas y sub reglas, algunas de las cuales se contradicen con normas y no existe una ley estatutaria que desarrolle dicho derecho en su integridad.

La compilación normativa evidencia la existencia de esa pluralidad de normas sobre el tema. Primero, la Ley 911 de 2004 «Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de

28 Otros de los temas que deberán ser abordados por el protocolo son el reporte de procedimientos IVE, la codificación de procedimientos IVE y la vigilancia salud pública para IVE.

29 En Colombia ha objeción de conciencia ha sido reconocida como un derecho fundamental por la Corte Constitucional. No obstante, a nivel regional hay un debate teórico sobre la conveniencia de reconocerla como tal. Para algunos autores, esta debería ser considerada un mecanismo para garantizar derechos fundamentales y en especial la libertad de conciencia, pero no como un derecho autónomo, con todas las consecuencias normativas que ello tiene. Para este análisis, en todo caso, retomamos los desarrollos jurisprudenciales de la Corte

enfermería» permite el uso de la objeción para el profesional de enfermería cuando haya leyes o normas que permitan procedimientos que vulneren el respeto a la vida, la dignidad y los derechos de los seres humanos. Segundo, la Ley 23 de 1981 por la cual se dictan materias sobre Ética Médica señala en el art.6 que el médico podrá rehusar a la prestación de servicios para actos que sean contrarios a la moral. Y tercero, el artículo 37 de la Ley 1164 de 2007 según la cual el personal de salud puede presentar objeción de conciencia ante todo lo que la pueda violentar. Todas estas son leyes ordinarias.

En contraste con estas normas, la Corte Constitucional ha precisado el alcance constitucional del derecho a la objeción de conciencia de manera diferente. Así, a partir de su jurisprudencia sobre IVE, ha desarrollado un conjunto amplio de sub reglas que establecen los límites dentro de los cuales se puede ejercer el derecho cuando se trata de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. De acuerdo con estas sub reglas, por ejemplo, la Corte ha precisado que la objeción de conciencia no puede ser ejercida por el simple desacuerdo de la persona con la IVE, y que no es un derecho absoluto sino que debe ser ponderado frente a otros derechos, en este caso particular a los derechos de las mujeres a acceder a una IVE. Por ello, no podrá ejercerse de forma que implique una restricción desproporcionada de los derechos de las mujeres. (Sentencia C-355 de 2006); que en IVE sólo puede ser ejercida por el médico que de manera directa debe practicar los procedimientos. (Corte Constitucional, Sentencia C-355 de 2006, T-209 de 2008, T-388 de 2009)

Surgen entonces dos problemas jurídicos. El primero es, ¿Cómo debería ser regulada la objeción de conciencia, dado que se trata de un derecho fundamental y que existe una evidente dispersión normativa en la materia? El segundo es sobre si existen contradicciones en los desarrollos normativos y jurisprudenciales que se refieren al derecho de objeción de conciencia.

En primer lugar, las normas analizadas sugieren que puede existir un vacío normativo, pues dado que la objeción de conciencia es un derecho fundamental, debería ser regulado por una Ley Estatutaria. Como se dijo previamente, las leyes identificadas son ordinarias y no cumplirían entonces con el mandato constitucional que ordena que los derechos fundamentales sean regulados por leyes estatutarias. No obstante, dado que estas normas no han sido declaradas inconstitucionales, puede entenderse que siguen vigentes. Ello lleva entonces al segundo problema. Al respecto, parece claro que sí se generan contradicciones entre las disposiciones mencionadas y la jurisprudencia constitucional, pues mientras que las primeras permitirían un uso amplio de la objeción de conciencia, la segunda la limita, al menos en el caso de IVE.

Para resolver estos problemas, lo deseable sería que el parlamento colombiano, dentro sus facultades legislativas, aprobara una ley que regulara el tema de obje-

ción de conciencia. Dado que la Corte la ha considerado un derecho fundamental, dicha ley debería ser estatutaria. Sin embargo, como en la actualidad varios proyectos de ley se acercan al congreso con fines de regulación, al momento no existe tal desarrollo y las necesidades diarias requieren una solución jurídica que permita aplicar el derecho a la objeción de conciencia sin caer en yerros jurídicos

Así las cosas, es necesario brindar una solución más inmediata y, en ese sentido, precisar qué hacer ante la evidente contradicción de normas expuesta. Dicha solución debería darse por vía interpretativa, para lo cual, el punto de partida sería que por ser la Corte Constitucional el órgano garante de la Constitución, sus disposiciones son de obligatorio cumplimiento cuando estos constituyen ratios decidendi,[30] tal como sucede en el caso del derecho a la objeción de conciencia en casos de IVE. De esa forma, frente a la contradicción de normas, el operador jurídico debe, de acuerdo a la jerarquía superior de la Corte Constitucional y la obligatoriedad de su precedente, aplicar al caso la interpretación que vaya en armonía con las subreglas desarrolladas por dicho Tribunal.

4.2.3. ITS y VIH/SIDA

4.2.3.1. Prevención y tratamiento

En el caso del VIH, que junto con el cáncer de cérvix constituyen las dos enfermedades de alto costo dentro de los 5 temas que integran esta compilación, se encuentran muchas provisiones que se centran en el tratamiento lo que puede indicar que las normas están mas orientadas –aunque no exclusivamente- a la garantía del tratamiento[31]. Este énfasis podría también ser el resultado de una sucesión de tutelas que la Corte Constitucional resolvió entre 1995 y el año 2000. En ese año, 1995, la Corte por primera vez indicó que negar el tratamiento era una violación a los derechos fundamentales de las personas con VIH y posteriormente el Ministerio de Salud hizo modificaciones para incluirlo en el paquete de servicios.[32] De otro lado, la cobertura de la Terapia Anti Retroviral es del 80%, y en este sentido, resulta imprescindible, avanzar a una cobertura del 100% de la misma.

30 Se trata de la razón de la decisión y resulta relevante porque es la parte central de la decisión, que vincula en adelante. Esta se diferencia de las obiter dicta, que son otros argumentos usados por la Corte, pero que no son la razón central por la que se toma la decisión y por eso no son vinculantes.

31 En todo caso, es importante aclarar que el tratamiento se considera una estrategia preventiva en la medida en que corta cadena de transmisión.

32 Impact of Court Rulings on Health Care Coverage: The Case of HIV/AIDS in Colombia. Ana Cristina González and Juanita Durán. MEDICC Review, July 2011, Vol 13, No 3.

Esta misma cifra, (cobertura TAR del 80%), explicada en el diagnóstico de esta compilación, décadas después de evolución de la epidemia que muestra por ejemplo que un porcentaje significativo de los casos de ITS/SIDA corresponden a menores de 18 años, obliga a pensar en la importancia de fortalecer todas las medidas orientadas a la prevención del VIH, por cuanto en el caso de adolescentes las normas de nuevo se centran en la garantía del tratamiento. Esto debería incluir especialmente una mayor atención al VIH en las mujeres (por la feminización de la epidemia que se refleja en el cambio de la proporción hombre mujer: 2/1). La prevención es sin duda, un elemento clave en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y como indica ONU SIDA, es parte de la atención integral en tanto esta se orienta a evitar que quienes no están infectados se infecten y que quienes lo están, no transmitan el VIH o no se reinfecten. La prevención además permite ahondar el trabajo en la eliminación del estigma y la discriminación que aún hoy rodean el VIH/SIDA.

4.2.3.2. Transmisión del VIH y penalización

Durante las mesas técnicas, una de las dificultades identificadas en relación con la regulación del VIH/SIDA en Colombia, tiene que ver con la conveniencia o no de la consagración de un tipo penal que permitiría criminalizar a aquellos portadores que propaguen el virus. Este tema merece un análisis detenido, pues puede implicar una tensión entre la necesidad de prevenir la propagación y la necesidad de no adoptar medidas que terminen por excluir y estigmatizar. En concreto, el artículo 370 del Código Penal dispone que incurrirá en prisión quien sabiendo que es portador de VIH o hepatitis B realice acciones para propagar la enfermedad:

> *«El que después de haber sido informado de estar infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de la hepatitis B, realice prácticas mediante las cuales pueda contaminar a otra persona, o done sangre, semen, órganos o en general componentes anatómicos, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12)».*

La pregunta que surge es si esta medida puede contrariar estándares internacionales, por implicar la posibilidad de penalizar a los portadores de VIH y otras infecciones. Al revisar los tratados internacionales relevantes y los pronunciamientos de las instancias competentes para interpretar su alcance, encontramos que no parece existir una contradicción directa de esta norma con los estándares en ellos establecidos.

Sin embargo, hay algunos elementos que deberían ser tenidos en cuenta para interpretar el alcance de esta disposición. Así, en el «Informe de Política,

Penalización del VIH» de ONUSIDA 2008 se recomienda a los Gobiernos[33]: «Aplicar el derecho penal general sólo a la transmisión intencionada del VIH y vigilar la aplicación de la legislación penal general con el fin de asegura que no se use de forma inapropiada en el contexto del VIH.»[34] En esa medida, introduce como condición de la penalización de la conducta el elemento subjetivo de la intencionalidad, descartando de plano la responsabilidad objetiva en la propagación del VIH. De esta forma, el llamado que hace ONUSIDA a los Estados es a evitar que este tipo de normas se conviertan en una forma de criminalizar a todo portador, por el hecho de tener una sexualidad activa. Por lo tanto, debería evitarse que la aplicación de esta norma se convierta en una forma de responsabilidad objetiva, que no tome en cuenta la intencionalidad de la persona.[35]

Por último, es importante resaltar que, tal como se discutió durante las mesas técnicas, la persistencia de marcos normativos que aún no reconocen todos los derechos a las parejas del mismo sexo en distintos ámbitos, genera una alta vulnerabilidad en relación a la infección por VIH. Esta misma situación sucede en comunidades de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)

legar a ser discriminatorios. .. Desde una perspectiva de Salud Pública, brindar un estatus legal igualitario a las parejas del mismo sexo redundará en la prevención de enfermedades como el SIDA. La desigualdad en el reconocimiento de derechos, aunado al estigma y la discriminación, se traduce en invisibilización del problema, falta de información epidemiológica y dificultades para trabajar eficazmente con este grupo poblacional, tanto a nivel de campañas como de servicios de salud. Como ha sido reconocido por parte de los expertos, la falta de reconocimiento legal y protección de los derechos de los homosexuales dificulta la distribución de condones y otros abordajes preventivos de SIDA. Si la práctica homosexual consensual entre adultos continúa siendo una fuente de discriminación e inequidades, e inclusive de penalización, permanecerán arraigadas importantes barreras psicológicas y sociales que igualmente impiden la tarea preventiva.

33 Aunque este informe no es directamente vinculante para Colombia, pues no hace parte de las normas que le son obligatorias (ver marco normativo), lo tomamos en cuenta para este análisis como doctrina internacional relevante.

34 «Informe de Política, Penalización del VIH» de ONUSIDA. 2008. **http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2008/jc1601_policy_brief_criminalization_long_es.pdf**

35 En todo caso, esto no sería posible en el contexto colombiano, pues dentro de las normas rectoras de la ley penal se encuentra el artículo 12 del CPC el cual establece que sólo se podrá imponer penas por conductas realizadas con culpabilidad y, en esa medida, queda erradicada toda forma de responsabilidad objetiva. En ese entendido, el artículo 370 del CPC deberá ser interpretado como que incurrirá en prisión no solo quien esté informado de su enfermedad y la propague, sino que además tenga la intención de hacerlo.

4.2.4. Violencia sexual y basada en género

En términos generales la normatividad más directamente aplicable para la atención en salud de las víctimas de violencia, se encuentra en normas técnicas y guías de atención adoptadas mediante resolución por el Ministerio de Salud. Al no existir certeza del valor normativo de este tipo de regulaciones, en cuanto a la obligatoriedad que establecen para el operador de la salud y para el equipo médico en particular, se genera una zona gris -sobre la obligatoriedad de estas normas- y por tanto sería deseable superar la discusión adoptando una norma que los haga vinculantes). Tres temas específicos plantean un debate importante para esta compilación pues reflejan lo que podrían considerarse vacíos en las normas. Un cuarto tema está señalando una contradicción entre las normas relativas a la denuncia en casos de violación y el secreto profesional.

4.2.4.1. Violencia de género

Las normas o regulaciones sobre violencia de género, se concentran en materia de violencia de genero hacia las mujeres. Esto se explica con buenas razones, en la situación dramática que contempla esta forma de violencia en el país. Por ejemplo, 37% de todas las mujeres algunas vez unidas reportan haber sufrido violencia física por parte de su pareja y en el año 2010 el 6% de todas las mujeres reportaron haber sido violadas, tal como se puede ver en el documento del diagnóstico. Sin embargo, y pese a que dada esta situación resulta razonable que las normas se concentren en esta forma de violencia, es importante destacar que las normas acá incluidas no abarcan otras formas de violencia de género como aquellas de las que son víctimas las poblaciones transgénero o transexuales, entre otras. Adicionalmente, no se cuenta con regulaciones específicas, desde el sector salud, sobre estas otras formas de violencias o son escasas las normas que abordan expresamente el enfoque diferencial. En este sentido estaríamos ante la existencia de una laguna normativa en materia de otras violencias de género distintas a la violencia contra las mujeres.[36]

4.2.4.2. Prácticas tradicionales

De acuerdo con los estándares internacionales, en relación con ciertas prácticas tradicionales, los Estados Partes deben adoptar todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales

36 Es importante aclarar que al no revisarse expresamente la jurisprudencia sobre temas de intersexualidad, la existencia de un vacío completo, no se puede determinar con certeza.

para la salud de los niños. Adicionalmente, en adopción de estos tratados, el Ministerio de Salud tiene la obligación de reglamentar… la tipificación de estos eventos, desarrollar los protocolos respectivos, determinar la información a reportar y los tiempos para dicho reporte. Estas formas de violencia que ocurren en forma exclusiva contra las mujeres, como la mutilación genital femenina, no están, desarrolladas en la regulación del país, según se encontró en esta compilación normativa. No existen por ejemplo medidas que desde el ejecutivo estén orientadas a erradicar la mutilación genital femenina que ocurre entre algunas comunidades indígenas en Colombia, no existen reportes oficiales con cifras que den cuenta del fenómeno - de hecho en el diagnóstico no hay cifras al respecto cuando se trata la violencia de género contra las mujeres-, y por tanto no son parte de programas de prevención en la salud pública[37]. En este sentido, y ante la aparente existencia de un vacío en las normas en esta temática, debería promoverse en primer lugar, una revisión de la jurisprudencia, así como una regulación que sea formulada con participación de las comunidades afectadas para asegurar una mirada intercultural al tiempo que se garantice entre otras la capacitación al personal de salud, se asegure la recolección de información y se erradique esta forma de violencia contra las mujeres.

4.2.4.3. Violencia y VIH

La recopilación nos muestra la inexistencia de medidas que aborden el vínculo entre la prevención del VIH y la violencia. Como indica la OMS, las mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida, pueden dar lugar a problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva y otros problemas de salud, y aumentar la vulnerabilidad al VIH[38]. En este sentido, la regulación debería abordar medidas que, apuntando a un manejo integral tanto de la prevención de la violencia como del VIH, reduzcan la posibilidad de un mayor riesgo de VIH entre las mujeres víctimas de violencia de género.

4.2.4.4. Denuncia en casos de violencia y secreto profesional

Uno de los temas que genera más dificultades prácticas para los prestadores del servicio de salud es cómo manejar los casos de violencia de género en relación con el sistema judicial. En concreto, surge una tensión práctica entre la necesidad de denunciar, para que la justicia lleve a cabo las investigaciones penales

37 Esta lectura excluye los pronunciamientos que al respecto ha hecho la Corte Constitucional porque las prácticas tradicionales no fueron parte de las búsquedas priorizadas para esta compilación.

38 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

a que haya lugar, y la importancia de no alejar a la víctima de los servicios de salud, so pena de conducir a una búsqueda tardía de servicios. Es decir, se trata de una tensión entre el deber de denuncia de los hechos constitutivos de delito, y el secreto profesional que debe guardar el prestador de salud, y que está establecido para proteger la intimidad de sus pacientes.

La actual regulación del tema obligaría a los médicos/as a poner en conocimiento del sistema judicial los casos de violencia de género que ocurren en contra de niños, niñas y adolescentes. En el caso de mujeres mayores, la obligación no es explícita, pero podría derivarse de la interpretación de algunas normas del régimen penal colombiano, como el artículo 218 del Código de Procedimiento Penal, que obligaría a poner en conocimiento de la policía los hechos de violencia; y el artículo 417 del Código Penal, que tipifica el delito de omisión de denuncia para servidores públicos. Los médicos/as, entonces, estarían llamados a denunciar los hechos que constituyan violencia de contra las mujeres en razón al género, en los términos de la ley 1257 de 2008.

No obstante, una obligación absoluta de denuncia puede ser indeseable, pues en la práctica, cuando la activación de la ruta de justicia mediante la denuncia resulta obligatoria para los prestadores de salud, puede disuadir a la víctima de recurrir a ellos en busca de la atención oportuna que requieren. Así, una medida pensada para promover el acceso de las víctimas a la justicia y luchar contra la impunidad, podría terminar convirtiéndose en una barrera de acceso a los servicios de salud necesarios para la garantía del derecho a la salud.

Frente a esta tensión, resulta fundamental asumir el secreto profesional y el deber de denuncia como dos obligaciones que no pueden aplicarse de manera absoluta. Por el contrario, el personal médico debería tener la posibilidad de valorar en el caso concreto cuál es la mejor forma de garantizar los derechos de las niñas, adolescentes y de las mujeres adultas. Para que este ejercicio de valoración redunde en beneficio de los derechos en juego, el personal médico debería ser sensibilizado y capacitado frente a la necesidad de convertirse en garantes de derechos, y entregarles herramientas que les permitan valorar en el caso concreto cuál puede ser la alternativa más adecuada. De lo que se trata es de evitar que la denuncia aleje a la víctima de los servicios de salud, y que la falta de ella la aleje de la justicia. Para ello es fundamental que la mujer pueda acceder a los servicios de salud sin la presión de que su caso llegará a la justicia, y que una vez allí sea informada sobre sus posibilidades y sobre la ruta de protección que se puede activar a su favor, para que así ella misma acceda a la denuncia. Y en caso de no ser así, el médico podrá valorar si resulta indispensable proceder a la denuncia para protegerla, pero luego de un análisis detallado del caso concreto y sus implicaciones.

4.2.5. Otros temas

4.2.5.1. SSR y enfoque diferencial

En términos generales, el marco normativo actual indica en distintas situaciones (IVE, violencia, entre otras), algunas medidas relativas al trato especial de la población con discapacidad, y esto implicaría la existencia de programas de salud sexual y reproductiva accesibles para estas las personas. No obstante, las normas actuales son muy generales o buscan responder a situaciones muy concretas relativas por ejemplo al consentimiento de personas con severa discapacidad cognitiva para la IVE. Por otro lado, la información disponible sobre la situación de SSR de esta población es prácticamente inexistente como consta en el diagnóstico. En este contexto, y considerando que la equidad en salud se basa en la consideración de que las diferencias en cuanto a necesidades de salud, acceso y control de los recursos generan desigualdades que se expresan en los perfiles epidemiológicos de mujeres y hombres –desigualdades de género- y que estas pueden generar situaciones más precarias cuando se entrelazan con otros órdenes de poder como los de raza, etnicidad, clase social, curso de vida y discapacidad, resulta conveniente estudiar en profundidad a fin de elaborar normas que por ejemplo determinen con mayor claridad la ruta de atención de personas con discapacidad para acceder a servicios de anticoncepción e IVE, y en general a servicios de SSR, incluidas las formas como se brinda información a esta población, como se garantiza la protección de sus derechos y como se consigna la información sobre su situación de salud.

De otro lado, la revisión de las normas muestra que las medidas existentes para el tratamiento especializado intercultural –enfoque diferencial y de género– en poblaciones como la indígena y afrodescendiente, se centra en los temas de violencia sexual y manejo de las violencias en el contexto del conflicto. No existen por lo demás medidas concretas para esta misma población en otros temas ni aún en aquellos en que como la mortalidad materna, la razón de mortalidad en poblaciones indígenas es tres veces superior o en mujeres afrodescendientes es 1,6 veces mayor que la nacional. La literatura ha explicado que las políticas que son neutras suelen ocultar las diferencias que en el caso de la salud, se constituyen en determinantes sociales de la enfermedad y la muerte en las poblaciones, según sus diferencias y necesidades particulares.

Más aún cuando a estas diferencias se suman las desigualdades de género y las socioeconómicas, entre otras, pues se potencian para producir peores resultados en salud. Así, las barreras socio-culturales aparecen en primera línea cuando se trata de acceder a los servicios de salud. Estas barreras son generadas por la condición social (nivel educativo, estrato socio-económico, condición laboral), o

cultural (estereotipos, mitos, tabúes, imaginarios, roles) de la población usuaria y los profesionales de la salud. En el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivas suelen terminar en la búsqueda de atención tardía, bien porque no se perciben o porque hay temor por la forma en que estos pueden ser recibidos por los propios servicios.[39]

En este sentido, la introducción del enfoque diferencial y la perspectiva de género contribuyen a que las medidas y políticas sean mas asertivas para enfrentar los problemas de salud que persisten en el país en materia de SSR. En conclusión, el manejo diferencial resulta necesario tanto para la población con discapacidad como para las poblaciones indígenas, afrodescendientes, LGBTII, entre otras.

4.2.5.2. Redes de prestadores

Según la legislación nacional las EPS deben establecer las medidas necesarias con las instituciones prestadoras de servicios de salud que componen su red de prestadores para garantizar la prestación de los servicios de salud en forma oportuna, eficiente y con calidad. No obstante, en la recopilación se aprecia que las medidas expresas sobre el funcionamiento de las redes de prestadores, la referencia y contra referencia, están concentrados en salud materna e IVE y no se encuentran entre las normas sobre SSR los vínculos con los requisitos de habilitación y acreditación que serian deseables para prestar servicios en esta materia. Importa además considerar que en esta compilación no se revisaron –como se explica desde la introducción– las normas generales de calidad ni otras que pudieran relacionarse con la organización de los servicios.

Sin embargo, las medidas sobre el funcionamiento de estas redes y la integración en las mismas de los principios de oportunidad, eficiencia, calidad, integración e integralidad, son clave para atender los problemas de SSR en forma integral que es como se recomienda en los organismos internacionales expertos en estas materias (OMS), en programas de acción internacionalmente acordados (programa de Acción del Cairo) y en las propias normas generales sobre SSR en Colombia. Esta ausencia puede relacionarse y explicar en buena medida las barreras de acceso a los servicios que se presentan como resultado de la configuración del propio sistema de salud. Es decir aquellas que tienen que ver por ejemplo con el establecimiento de tiempos límites para la prestación de un servicio, con las deficiencias en la referencia y la contra referencia y las restricciones a ciertos servicios según nivel de atención.[40]

39 Para ampliar la información sobre las barreras socio-culturales revisar el documento de diagnóstico en su capítulo final.

40 Como se explica en el diagnóstico, la consulta sobre métodos anticonceptivos por ejemplo, que se hace en el nivel de atención primaria, resulta una atención incompleta en razón de la

4.2.5.3. Financiamiento

En la recopilación de normas se encuentran algunas medidas expresas que indican fuentes de financiamiento para la SSR como una de las prioridades de salud pública del país. No obstante, y pese a la claridad que aporta el SGSSS sobre la cobertura de determinadas actividades relacionadas con la prevención, atención y tratamiento, no se encontraron medidas específicas sobre financiamiento en al menos los siguiente temas: IVE, embarazo adolescente e ITS y Anticoncepción. Esta situación puede explicarse en parte porque no se revisaron las normas generales sobre financiamiento pero también porque en general la UPC no se desagrega según diversas enfermedades o áreas de atención. Esta situación dificulta la prioridad que se de a la atención en estas áreas y sería conveniente discutir las formas en que podrían presentarse a los actores, las distintas fuentes de financiamiento que permitan atender con la prioridad que el país ha definido, estas áreas.

4.2.5.4. Desarrollos normativos pendientes

Finalmente, es importante destacar que a lo largo de la compilación, se encuentran una serie de órdenes al Ministerio de salud u otras autoridades competentes, para que en distintos plazos, elabore o actualice protocolos o guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal, o para que reglamente el plan obligatorio de salud de manera que incorpore tal o cual medida dictada por ley o para que las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado y las instituciones prestadoras de servicios de salud, diseñen e implementen estrategias verificables en materia de SSR. O para que impulse el desarrollo de planes nacionales, para que defina y asigne recursos para prevenir determinadas situaciones, para el desarrollo de los servicios de atención integral, entre otras, de acuerdo con los parámetros establecidos en las distintas leyes que le asignan tales responsabilidades.

Al respecto sería de una enorme relevancia que se utilizara la compilación para que el Ministerio determinara un plazo en el cual se revisen esas órdenes a fin de determinar aquellas que no han sido cumplidas y por qué. De esta manera se podría evitar la expedición de nuevas normas que no necesariamente obedecen a lo que las propias leyes han establecido, o al contrario, podrían identificarse aspectos de las mismas que deberían ser modificadas, vacíos técnicos u otras.

organización de las redes y niveles de complejidad que con frecuencia obligan a la usuaria a reclamar el método en una entidad distinta de aquella que ha provisto el método.

CAPÍTULO

05.

Recomendaciones

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenido

5.1. Recomendaciones relacionadas con la recopilación normativa: alcances y vigencia 7

5.2. Recomendaciones relacionadas con el uso de la compilación 9

5.3. Recomendaciones relacionadas con los contenidos normativos 11

5.3.1. Generales 11

5.3.2. Específicas 14

Salud sexual y reproductiva de adolescentes 14

Salud materna e IVE 15

ITS y VIH/SIDA 16

Violencia sexual y basada en género 16

A continuación se presentan las recomendaciones que a partir de la compilación, el análisis y los distintos diálogos con expertos, deberían llevarse a cabo o bien por el Ministerio de Salud como autoridad competente principal en materia de SSR, o bien por otras entidades del ejecutivo y/o el legislativo en cumplimiento de su función reguladora primaria u otras instancias como las altas cortes. Estas recomendaciones son de varios tipos. El primer grupo tiene que ver con los alcances y la vigencia de la compilación, el segundo con los usos de la misma y el tercero, con los cambios o adecuaciones que a la luz del equipo de trabajo y de los expertos, sería deseable introducir en el marco normativo vigente en SSR en Colombia.

5.1. Recomendaciones relacionadas con la recopilación normativa: alcances y vigencia

- ***Dar continuidad y dinamismo a la herramienta de la recopilación normativa***. Una de las sugerencias constantes a lo largo de la construcción de esta compilación fue la de crear un mecanismo que permita actualizar la recopilación en forma regular (al menos cada dos años) con una periodicidad y una metodología predeterminadas. Esto implicar por ejemplo, la creación de un sitio en la página web del Ministerio o el diseño de una aplicación que permita esta actualización en aras de incluir todas las nuevas normas relevantes, revisar vigencias e impedir la duplicidad, contradicción o superposiciones entre normas. Esto debe hacerse con unos criterios especialmente diseñados para este fin y sería ideal una primera revisión a un año de su divulgación.

- ***Apuntar a una mirada integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos***. En vista del aporte que en orden y claridad implica una herramienta como la recopilación normativa, se sugiere adelantar la compilación de las normas en todos los aspectos de la SSR que no fueron incluidos en esta primera fase, y de esta manera contar con una herramienta que incorpore de manera integral la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Este ejercicio incluiría al menos los siguientes temas que complementarían la compilación realizada: cánceres reproductivos, infertilidad, diversidad sexual, intersexualidad y educación sexual[1].

1 Como se explicó en el análisis, quedaron excluidos de esta versión de la compilación temas muy importantes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, como todos los atinentes a la discriminación por razones de sexo, identidad sexual, identidad de género y orientación sexual (éste priorizado también por el gobierno en el Plan Decenal de Salud), así como los

- ***Ampliar la revisión de las normas***. Como se expresó en la metodología, si bien la atención integral y el acceso pleno a los servicios de SSR involucra normas o disposiciones en otros ámbitos distintos al de la propia SSR, estas no fueron incluidas en la compilación por tratarse de campos cuya complejidad superaba el alcance de la misma. Sin embargo, una vez ordenado el cuerpo de las normas en SSR está claro que en muchos aspectos el conocimiento y análisis de la relación e impacto de esas normas generales sobre la garantía de los derechos sexuales y reproductivos es clave y por tanto resulta conveniente ampliar la compilación hacia normas sobre sistemas de información, calidad y habilitación, vigilancia epidemiológica, gestión del aseguramiento, prestación de servicios, control de la gestión, financiamiento, talento humano, ejercicio profesional, ética médica y derechos del paciente, entre otras.

- ***Complementar la compilación.*** Complementar la compilación con diversos tipos de normas que por razones de alcance, fueron excluidas de esta primera recopilación. Por ejemplo jurisprudencia constitucional, normas que resuelven casos particulares y normas penales.

- ***Dar continuidad a los análisis sobre la polución normativa.*** Si bien la super producción de normas puede ser entendida como un resultado de múltiples factores, entre los que se destacan las propias características de los sistemas jurídicos contemporáneos, en algunas ocasiones puede causar problemas para los prestadores de servicios de salud el no saber cuáles son las normas que regulan su campo de acción. Por ello, ejercicios como la recopilación normativa permiten ayudar al operador en su labor de aplicación de las normas, aunque es claro que no resuelve todos los posibles problemas de interpretación que se pueden derivar de la producción masiva de normas. En este sentido, se recomienda continuar y profundizar los análisis sobre polución en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

- ***Aplicación a otros campos de la salud.*** Uno de los intereses particulares de este esfuerzo de compilación, fue el diseño de un documento metodológico que contiene toda la ruta que fue seguida en esta compilación, incluidos los criterios para la búsqueda, sistematización y análisis de las normas. Este documento constituye una propuesta metodológica que puede aplicarse a otros campos de la salud de tal forma que puedan generarse recopilaciones por tema, ayudando a ordenar la producción normativa en distintos ámbitos de la salud. La misma metodología sería

relativos a la fecundidad, fertilidad, filiación, adopción, maternidad subrogada, inseminación artificial, trabajo sexual y enfermedades del aparato reproductivo no contagiosas.

aplicable a compilaciones que pudieran hacerse en otros países, dado que se trabajó en la misma, con la asesoría de un equipo externo de expertas que vienen trabajando en América Latina.

5.2. Recomendaciones relacionadas con el uso de la compilación

- ***Divulgar***. La compilación que acá se presenta debe ser divulgada de forma amplia y permanente entre todos los actores del sector salud: entidades territoriales departamentales y municipales, gestores del riesgo, prestadores, direcciones del Ministerio de salud y otros ministerios, legisladores, usuarios. Al respeto, se recomienda la elaboración de un plan de difusión que abarque sesiones de presentación y discusión en escenarios estratégicos. Esto implica además, incorporar la compilación como herramienta esencial en las asistencias técnicas sobre la materia. La remoción de barreras en materia de SSR implica un conocimiento amplio (por parte de todos los operadores del sistema de salud) de las normas vigentes que se han expedido en esta materia, para la garantía de los DSR a partir del cumplimiento de las normas incluidos los estándares internacionales de DDHH, al tiempo que ayudan a clarificar dudas o problemas derivados de la aplicación de las normas. Por su parte, el conocimiento de la compilación por parte de legisladores puede conducir a una mayor eficiencia en la regulación sobre SDSR en el país y contribuir a llenar algunos de los vacíos señalados, a superar contradicciones o zonas grises.

- ***Entrenar o capacitar: el efecto pedagógico de la compilación***. La recopilación normativa y la compilación analítica en su conjunto sirven sin duda para realizar capacitaciones a los distintos actores del sistema[2]. Estas capacitaciones o entrenamientos deben incluir el conocimiento de las normas vigentes en materia de SSR, y también los problemas de aplicación de las mismas. Contar con una base de datos en la que se ordena la totalidad de normas sobre el tema permite consultar de manera mas eficiente los textos para resolver dudas y todos estos usos serán explicados en los entrenamientos que se brinden con base en la com-

2 Estos incluyen por lo menos: entidades territoriales departamentales y municipales, gestores del riesgo, gerentes de hospital prestadores, secretarios de salud, Ministerio de salud, legisladores.

pilación. Entrenamientos que pueden contribuir a reducir o eliminar las dificultades concretas para la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, a partir de la comprensión de las normas aplicables y el alcance que tienen. Por otro lado, el potencial pedagógico excede a los operadores del sector salud resultando esta en una herramienta que puede ser clave para estudiantes de medicina, residentes de ginecología y obstetricia o especialidades afines, y también para operadores judiciales y estudiantes de derecho para quienes podrían diseñarse talleres o seminarios en la universidad y otras instituciones de enseñanza. Con este fin, sería conveniente que se pudieran incorporar de manera más sistemática en los currículos universitarios de las distintas profesiones de la salud[3], cátedras sobre los marcos normativos vigentes en materia de SSR, y en las especialidades más directamente relacionadas con el tema.

- ***Profundizar la ciudadanía y el ejercicio de derechos***. Promover el conocimiento efectivo de las normas, por medio de la sistematización de las mismas, permite contar con una herramienta que contribuya a la realización efectiva de los derechos sexuales y reproductivos en el país, particularmente de las mujeres, al encontrar en esta un instrumento para la exigibilidad. Este propósito sin embargo, demanda que en fases posteriores, los contenidos de esta recopilación puedan ser traducidos en formatos más digeribles para la población general y de manera especial para las comunidades, los grupos y movimientos de mujeres y las ONG, quienes tienen además una tarea fundamental en la vigilancia social de su cumplimiento.

- ***Favorecer la aplicación de criterios: la lectura garantista y sistemática de las normas***. La interpretación sistemática supone que cada disposición legal hace parte de un conjunto más amplio formado por otras normas más abstractas como principios, derechos y valores, y debe ser leída conforme a ellas. En este sentido, las normas que integran esta recopilación deben ser leídas a la luz de los principios que emanan del marco internacional de los derechos humanos y la jurisprudencia correspondiente de la Corte Constitucional las cuales a su vez son parte integrante del propio marco. La interpretación garantista implica que siempre se opte por la interpretación que mejor favorezca la realización o garantía efectiva de los derechos humanos, orientada por el principio pro persona. En términos prácticos supondría por lo menos, que: (i) no se incluyan calificativos que la norma no prevea y conduzcan a restringir la medida, (ii) no se exijan requisitos que la norma no contemple, (iii)

3 Medicina, enfermería, psicología, trabajo social, entre otras.

cuando no pueda interpretarse literalmente un término (por ejemplo porque es vago o demasiado amplio) o cuando existen varias acepciones aceptadas del mismo se debe adoptar el significado o la interpretación más acorde con los derechos humanos; es decir, la mas favorable a los derechos sexuales y reproductivos[4]. En este sentido, la interpretación de las normas de la recopilación normativa, debe tener en cuenta estos dos criterios. En el caso de las normas y guías técnicas es importante anotar que están referenciadas en cada capítulo de la recopilación, y que junto otros documentos de política amplían la comprensión del marco normativo en el país.

5.3. Recomendaciones relacionadas con los contenidos normativos[5]

5.3.1. Generales

- **Mirar más allá de las normas**. No todos los temas identificados en la compilación como asuntos de atención especial son necesariamente objeto de regulación. En algunos casos los esfuerzos deberían dirigirse o bien a la implementación de las normas, o bien a su difusión, o a la reformulación de las políticas públicas en SSR. Por ejemplo, la actualización de la política nacional en SSR. Más aún, los esfuerzos para avanzar deberían concentrarse en el fortalecimiento de las actividades de vigilancia, control e imposición de sanciones.

- ***Considerar las diferencias regionales***. De acuerdo a lo que señalan los indicadores en SSR las diferencias socio-económicas, de género, etnia o raza entre otras, se acentúan en las distintas regiones, lo que supone asegurar la implementación de las políticas y la aplicación de las normas en todos los niveles y en todas las regiones. Se trataría de promover desarrollos normativos que en lo local incorporen las especificidades de los

4 Tomado (casi literalmente) de La Mesa por la vida y la salud de las mujeres y la Alianza Nacional por el Derecho a decidir. Ana Cristina González (coordinadora). Causal salud, interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. Montevideo. 2008. Disponible en: www. despenalizaciondelaborto.org.co/Causal-Salud [consulta: Octubre 31 de 2013].

5 Estas recomendaciones se dirigen a impulsar cambios en las normas más allá de esta compilación.

territorios al mismo tiempo que se acoplan a los mandatos nacionales, y de determinar medidas específicas de seguimiento y control (incluidas sanciones) en relación al cumplimiento/incumplimiento de las normas en SSR en los niveles locales.

- ***Armonizar el lenguaje con el marco internacional de los derechos humanos y los progresos científicos o sociales en el campo de la salud.*** A través del ejercicio de la recopilación normativa se observó que muchos conceptos que están en las normas vigentes están en desuso o no se ajustan al marco de derechos. Tal es el caso de conceptos como planificación familiar, consejería, paciente infectado por el VIH, entre otros; y en este sentido sería deseable hacer una revisión semántica de las normas que abarcaría también el planteamiento que se propone en el siguiente punto.

- **Introducir el enfoque diferencial.** Con el fin de responder a la diversidad de un país como Colombia y abordar los determinantes sociales que se derivan de la posición social, de la raza, la etnia, el género, la orientación sexual, la identidad de género y otras condiciones particulares como la discapacidad, el desplazamiento o la diversidad sexual, las medidas sobre SSR deben incorporar de manera sistemática el enfoque diferencial y brindar mecanismos que permitan formular normas y políticas acordes con estos enfoques, determinar indicadores para hacer mediciones y seguimiento.

- ***Mejorar y armonizar los sistemas de información***. En vista de que las medidas relativas a la recolección de información que incorporan las normas sobre los distintos temas de esta compilación, es muy dispersa y desigual entre temas, se insiste en la necesidad de armonizar los registros (de todo tipo) e identificarlos taxativamente, mediante una norma general que facilite el registro, seguimiento, evaluación y control de dichas medidas y apoye la formulación de políticas públicas en todos los ámbitos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En todos los casos es necesario asegurar que la información brindada por los usuarios en el contexto de la confidencialidad propia del encuentro médico-paciente, así como la que se incluye en distintos tipos de registro debe ser protegida y preservada con el fin de evitar que se constituya en una barrera para la búsqueda oportuna de servicios[6].

6 En materia de IVE se recomienda el uso de los RIPS como fuente para sistema de información en salud, evitando crear sistemas paralelos que generen riesgo de confusión.

- ***Reglamentar en consonancia con la Ley 1438 de 2012***. Siendo esta Ley de prioridad particular para el Ministerio, es importante indicar que entre los temas que surgen del análisis de esta compilación, un conjunto de ellos guardan estrecha relación con distintos elementos que en desarrollo de la Ley 1438 de 2011, están sujetos a reglamentación, y que en esta medida podrían contribuir a los desarrollos que se esperan para ajustar el marco normativo en SSR. En este sentido, se señalan algunas de las oportunidades de reglamentación de dicha Ley que guardan relación con asuntos discutidos en esta compilación: (i) la asistencia técnica (Art. 5), (ii) la creación del Observatorio Nacional de Salud (Art. 8,9), (iii) los recursos para promoción y prevención (Art.10), a fin de establecer con las entidades territoriales objetivos, metas e indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad, (iv) la contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención (Artículo 11), (v) la estrategia de Atención Primaria en Salud (Artículo 12), (vi) la política de fortalecimiento servicios de baja complejidad (Artículo 14), (vii) el aseguramiento en territorios con población dispersa (Art. 30), (viii) la expedición de reglamentos por parte del Ministerio de Salud para habilitación de prestadores de servicios de salud (Art. 58), (ix) la conformación de redes integradas de servicios de salud basadas en modelo de atención y riesgo poblacional (Art. 61, 62), y (x) la definición de la política de talento humano(Art. 97). En relación con las medidas que se expidan para los numerales vi y viii, estas deben definir los mecanismos de funcionamiento de las redes de servicios para SSR y la integración de niveles de complejidad.

- ***Reforma a la ley de ética médica***. La Ley 23 de 1981 debería ser revisada integralmente y reformada en algunos puntos, porque contrarían estándares internacionales y constitucionales de derechos humanos que se han desarrollado en los últimos años. Esto ocurre, por ejemplo, con la forma como regula la objeción de conciencia e incluso, con la forma como regula el secreto profesional.

- ***Ley sobre objeción de conciencia***. Dado que la objeción de conciencia ha sido considerada como un derecho fundamental, la forma como debe ser regulada es a través de una ley estatutaria, pues se trata entonces de uno de los temas que por mandato de la Constitución sólo puede ser desarrollado mediante el procedimiento especial que implica ese tipo de ley. En todo caso, mientras eso ocurre, la aplicación de las normas existentes debe tomar en cuenta los desarrollos jurisprudenciales en la materia, por resultar la interpretación más adecuada sobre su sentido y alcance.

- ***Secreto profesional: :*** En el caso del secreto profesional y las tensiones que se pueden suscitar entre este y el deber de denuncia en casos de violencia de género, es importante que Colombia avance en una discusión amplia de política sobre la forma como debe regularse el tema. Esta regulación no puede convertir al secreto profesional y al deber de denuncia en obligaciones absolutas e insalvables, pues en algunos casos esto puede, o bien alejar a las mujeres de los servicios de salud, o contribuir a la invisibilización de los fenómenos de violencia de género. Por ello, sería recomendable que el personal médico contara con la posibilidad de evaluar en el caso concreto cómo puede resolver la tensión que se presenta entre uno y otro elemento. Y para que ello sea posible en un marco protector de derechos, el personal médico debería ser capacitado y sensibilizado para enfrentar este tipo de casos, con el fin de que cuenten con las herramientas que resulten necesarias para realizar dicha ponderación. En todo caso, para la discusión de política sería fundamental contar con un equipo interdisciplinario que permita abordar el tema desde las distintas esferas que resultan necesarias para dimensionar su complejidad y encontrar alternativas**.**

5.3.2. Específicas[7]

Salud sexual y reproductiva de adolescentes

- Favorecer la participación de los y las adolescentes y jóvenes. Dadas las cifras y problemáticas que enfrenta esta población en materia de SSR, sería fundamental tomar medidas para favorecer o fortalecer "realmente" su participación en todo el proceso de formulación, difusión y seguimiento de las políticas de su interés, así como medidas que refuercen el marco de derechos humanos y la integralidad en la educación sexual comprensiva para adolescentes y jóvenes. En este contexto, y si bien no se revisaron normas sobre investigación, es importante atender a los adolescentes como sujetos de investigación y revisar las implicaciones éticas que esto conlleva, haciéndolas explícitas en el marco normativo y de política.

- Capacitar a funcionarios en la atención integral a población adolescente incluido el conocimiento de las normas.

7 Las recomendaciones temáticas son de distintos órdenes (algunas mas generales y otras muy concretas) pues se desprenden de análisis de muy distinta naturaleza, los cuales fueron señalados en los debates sobre temas concretos.

- Reforzar en las normas la estrategia de servicios amigables para adolescentes y jóvenes e incluir de manera expresa la prevención del embarazo subsiguiente (mediante por ejemplo medidas de protección, subsidios condicionados a las familias, prevención interdisciplinaria e intersectorial) y las problemáticas derivadas del embarazo en menor de 14 años. Al respecto, sobre la violación que conlleva la maternidad en la niñez es imperativo que el país enfrente este problema como un asunto de derechos mas que como un problema de atención en salud. El embarazo en la menor de 14 años plantea dos áreas en que las normas deben responder de manera definitiva: el consentimiento de la menor para usar métodos anticonceptivos y las relaciones sexuales consentidas entre adolescentes como una posible causal de excepción a la violación en menor de 14 años.

- Incorporar el condón masculino dentro de los métodos que se entreguen de manera gratuita a toda la población adolescente.

- Debería promoverse la revisión de constitucionalidad, o la reforma legal, del artículo 7 de la Ley 1412 de 2010, pues la prohibición a los niños, niñas y adolescentes de acceder a métodos anticonceptivos definitivos puede resultar una limitación desproporcionada de sus derechos humanos. Esta limitación se deriva de que les niega de plano, a todos, independientemente de su edad y capacidad evolutiva, la posibilidad de tomar decisiones sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Salud materna e IVE

- Fortalecer las medidas que sean necesarias para la prevención y atención oportuna de la morbilidad materna extrema incluida la obligatoria provisión de información para la toma de decisiones sobre la sexualidad y la reproducción.

- Discutir la pertinencia de medidas en temas hasta ahora ausentes de las regulaciones como la maternidad subrogada.

- Incrementar y hacer efectivos los mecanismos de control necesarios para impedir la negación de la atención integral y oportuna durante el embarazo –incluido el acceso a la IVE-, buscando que ante cualquier duda se aplique la norma que mejor es corresponda con la protección de los derechos de las mujeres.

- Expedir un protocolo de atención integral a la IVE que sea obligatorio para todos los actores del sistema asegurando el acceso oportuno, seguro y eficaz en los niveles de atención apropiados y sin barreras.

- Asegurar la inclusión y disponibilidad de los medicamentos para IVE que se encuentran en el listado de medicamentos esenciales de la OMS, a fin de garantizar una atención integral al aborto con medicamentos.

ITS y VIH/SIDA

- Fortalecer el componente de la prevención en todas las medidas relativas al VIH y determinar acciones efectivas en las poblaciones en contexto de vulnerabilidad, población adolescente y joven, y en las mujeres, al mismo tiempo que se avanza hacia la cobertura universal del tratamiento antiretroviral.

- Ahondar en los vínculos entre violencia y transmisión del VIH fomentando políticas y medidas normativas que aborden de manera integral ambas problemáticas: la prevención de la violencia y del VIH, reduciendo la posibilidad de un mayor riesgo de VIH entre las mujeres víctimas de violencia de género. En esta misma línea continuar los esfuerzos orientados a reducir el estigma y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género o a causa de la enfermedad, mediante la transformación del imaginario colectivo sobre la misma.

- Revisar el Decreto 1543 sobre VIH. Teniendo en cuenta el análisis previamente elaborado, este parece estar obsoleto en relación con las nuevas dinámicas del VIH. Por esa razón, su aplicación podría generar resultados inadecuados para enfrentar su propagación, que incluso podrían llegar a ser discriminatorios.

Violencia sexual y basada en género

- Dado que en términos generales la regulación más directamente aplicable para la atención en salud de las víctimas de violencia se encuentra en normas técnicas y guías de atención, no existe entre los operadores certeza de su valor normativo, o su vinculatoriedad. Por ello, sería recomendable que el operador las articule en una única norma, que resulte claramente vinculante y que permita superar así (al menos algunas de) las dificultades en su interpretación y aplicación.

- Ampliar las regulaciones sobre violencia de género, hacia otras poblaciones vulnerables como los transexuales, transgénero e intersexuales, sin reducir el foco en la violencia contra las mujeres. Esta mirada más amplia incluye la necesidad de comprender mejor el fenómeno creciente de mujeres quemadas con ácido de tal modo que pueda regularse efectivamente[8].

- Adoptar medidas eficaces y apropiadas para abolir las prácticas tradicionales como la mutilación genital femenina, que sean formuladas con participación de las comunidades afectadas para asegurar una mirada intercultural al tiempo que se garantice entre otras la capacitación al personal de salud, se asegure la recolección de información y se erradique esta forma de violencia contra las mujeres.

8 Esta temática fue recurrente en las mesas de expertos.

Dejusticia
Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

OES
Organización para la Excelencia de la Salud

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

A N E X O ■ DOCUMENTOS DE REFERENCIA

01.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenido

El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS 7

1. Introducción 7

2. Antecedentes 7

3. Rectoría del SGSSS 8

   3.1. Entidades Rectoras 9

4. Aseguramiento 10

   4.1. Entidades Promotoras de Salud 11

5. Financiamiento 12

   5.1. Financiación del régimen contributivo 13

   5.2. Financiación del régimen subsidiado 13

   5.3. Financiación del Plan Nacional de Salud Pública y el Plan Decenal de Salud Pública 14

6. Beneficios 15

7. Prestación de Servicios 18

   7.1. Niveles de Atención 19

      7.1.1. Primer nivel de atención 19

      7.1.2. Segundo nivel de atención 19

      7.1.3. Tercer nivel de atención 19

   7.2. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad 19

      7.2.1. Habilitación 20

      7.2.2. Acreditación 20

   7.3. Instituciones prestadoras de servicios de salud 20

8. Beneficiarios 21

9. Inspección, vigilancia y control 23

9.1. Las tareas de supervisión frente al financiamiento 24

9.2. Las tareas de supervisión frente al aseguramiento 24

9.3. Las tareas de supervisión frente a la prestación de servicios 24

9.4. Las tareas de supervisión frente a la concepción general del sistema 25

9.5. Entidades de Vigilancia y Control 25

10. La Universalidad, la Solidaridad y la Equidad en el SGSSS 26

11. Modelo teórico 27

11.1. La Competencia Regulada 27

11.1.1. Causas de las fallas del mercado en los sistemas de salud 28

11.1.2. Condiciones estructurales de los servicios de salud y su aseguramiento en los mercados 28

11.1.3. Controles de las fallas del mercado: 29

11.1.4. Competencia regulada en el aseguramiento en salud 29

11.2. Pluralismo Estructurado 31

11.2.1. Función de financiación 32

11.2.2. Función de provisión 32

11.2.3. Función de articulación 32

11.2.4. Función de modulación 32

El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS

1. Introducción

Este documento presenta una breve descripción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, vigente en Colombia. Su objetivo es esclarecer el contexto en el que se inscriben las normas que rigen la atención en materia de salud sexual y reproductiva en el país.

Es decir, busca aportar a la comprensión del entorno institucional del sistema de salud, el marco teórico del cual partió éste, incluyendo las funciones de modulación y de rectoría y su descripción; al igual que la descripción de la prestación de servicios, el aseguramiento, el financiamiento, los beneficios y los beneficiarios y la inspección, vigilancia y control de los servicios de salud.

Es importante anotar que el ejercicio de recopilar y sistematizar las leyes, decretos, disposiciones, sub reglas, entre otras contenidas en la compilación, culminó en agosto del 2013. Esto significa que la recopilación normativa acá presentada reúne las normas vigentes hasta esa fecha, y no da cuenta de los cambios posteriores que haya podido sufrir la regulación de la salud sexual y reproductiva en los cinco temas acá incluidos. En este sentido, por ejemplo, no toma en cuenta las leyes estatutaria y ordinaria con las que el Gobierno Nacional pretende reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues ninguna de las dos estaba vigente en la fecha señalada. Por su parte, la ley estatutaria había sido aprobada por el Congreso, pero estaba en revisión de constitucionalidad en la Corte Constitucional, por lo cual seguía siendo un proyecto y no una ley., mientras que la ordinaria seguía siendo debatida en el Congreso de la República.

2. Antecedentes

En 1993, el sistema de salud Colombiano, a pesar de múltiples esfuerzos para remediarlo que cubren al menos siete décadas, era inefectivo, ineficiente e in-

equitativo[1]. Mientras que los individuos de menores recursos no tenían acceso a servicios básicos de salud, como vacunación y control prenatal, el uso de los servicios aumentaba de manera directa y considerable con el ingreso de las personas. En respuesta, se planteó la necesidad de reformar el sistema.

Sumado a esto, existían circunstancias favorables para la introducción de cambios en el sistema de salud, tal como la descentralización política y administrativa del Estado iniciada en 1987 que se concretó en el sector de la salud con la Ley 10 de 1990, y la promulgación de la Constitución de 1991, la cual consagró la atención en salud y la seguridad social como servicios públicos a cargo del Estado y fijó como sus principios, la eficiencia, universalidad y solidaridad.

Como consecuencia, en Diciembre de 1993 el Congreso de la República aprobó una amplia reforma del sector de la salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, creado por la Ley 100 de 1993, es el resultado de la transformación de tres sistemas independientes con distintos modos de financiación, de organización y de entrega de servicios: el sistema público, el sistema de seguridad social y el subsector privado, en un sistema único de aseguramiento social obligatorio para todos los ciudadanos. Según este Sistema en Colombia la salud es un servicio público esencial.

Este sistema, a su vez, ha sufrido diversas modificaciones desde su creación. Se introdujeron cambios a los mecanismos de financiación, por medio de la Ley 715 de 2001 y la Ley 1607 de 2012, además de afectarse los montos de la financiación por otras legislaciones. Se cambiaron los entes regulatorios a través de la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 2560 de 2012. Se especificaron los roles y funciones de los entes territoriales a través de la Ley 715 de 2001. Se desarrolló la prestación de servicios a través de redes de hospitales públicos y entidades públicas en la Ley 715 de 2001 y se redefinió la prestación de servicios por parte de los departamentos, distritos y municipios, y por medio de la ley 1122 de 2007 se redefinieron las condiciones de funcionamiento de las ESEs. Finalmente se modificó el enfoque de salud pública por medio de la Ley 1438 de 2011. Sin embargo, su esencia como sistema de salud basado en el modelo de aseguramiento no ha sido modificada.

3. Rectoría del SGSSS

El Ministerio de Salud y Protección Social es el rector y el principal regulador del SGSSS. El Ministerio de Salud formula y adopta las políticas y estrategias del

1 Paredes N.: La Reforma de la Seguridad Social en Salud. Tomo 1: Antecedentes y Resultados. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá, 1994.

SGSSS, dicta las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo de obligatorio cumplimiento por todas las EPS y las IPS, expide las normas administrativas de las EPS, las IPS y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, formula los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las EPS y las IPS, elabora los estudios y propuestas que requería el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ejerce la supervisión, vigilancia y control de las entidades del SGSSS, reglamenta la recolección, transferencia y difusión de la información, entre otras. **Como resultado el Ministerio de Salud es desde el inicio del sistema el principal generador de las normas de salud sexual y reproductiva de que trata la Compilación.**

3.1. Entidades Rectoras

Son también entes rectores del sector el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS y la Comisión de Regulación en Salud -CRES a nivel central, y en las entidades territoriales se encuentran las secretarías de salud de nivel departamental y municipal.

La Ley 100 de 1993 creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS[2], el cual fue reemplazado por la Comisión de Regulación en Salud – CRES, creada en el 2007, por medio de la Ley 1122 y conformada por **e**l Ministro de la Protección Social, el Ministro de Hacienda y Crédito Público y cinco Comisionados expertos. Le fueron asignadas las funciones de definir y modificar los POS; definir y revisar el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harían parte de los planes de beneficios; definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada régimen; definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio; definir los criterios para establecer los pagos moderadores; efectivamente reemplazando al CNSSS:

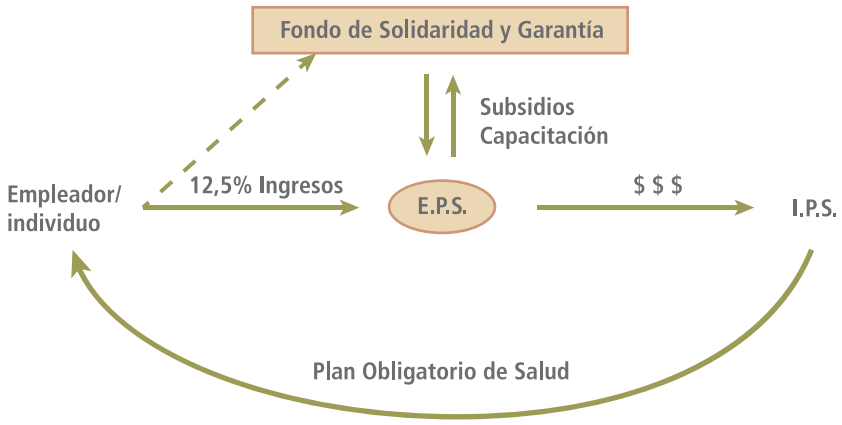
2 El CNSSS estaba conformado por el Ministro de Salud, el Ministro de Trabajo y Seguridad Social, el Ministro de Hacienda y Crédito Público, representantes de las entidades departamentales y municipales de salud, representantes de los empleadores, representantes por los trabajadores y los pensionados, un representante del Instituto de Seguros Sociales, un representante de las EPS, un representante de las IPS, un representante de los profesionales del área de la salud y un representante de las asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural. Sus funciones eran definir el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado; definir el monto de la cotización de los afiliados; definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación, definir el valor por beneficiario del régimen subsidiado; definir los medicamentos esenciales y genéricos que harían parte del POS; definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud por parte de las entidades territoriales; y definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las Entidades Promotoras de Salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo; entre otras.

Sin embargo, esta comisión fue suprimida por medio del Decreto 2560 de 2012, el cual asignó estas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social, de esta manera este ente se encuentra a la fecha a cargo de la rectoría del sector, incluyendo la formulación de las normas de salud sexual y reproductiva.

4. Aseguramiento

El SGSSS es un sistema de aseguramiento social obligatorio para todos los residentes y ciudadanos. El sistema cuenta con dos regímenes de afiliación. Los individuos con ingresos se afilian al sistema a través del Régimen Contributivo. En éste los afiliados están obligados a entregar el 12,5% (originalmente 12%, modificado por la Ley 1122 de 2007) de sus ingresos a una entidad articuladora (la Entidad Promotora de Salud - EPS), la cual está autorizada a conservar una cantidad fija por individuo, (la Unidad de Pago por Capitación - UPC). A cambio de la UPC, la EPS debe garantizar a los afiliados y su familia la entrega, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS, de los servicios de salud incluidos en un paquete estándar de servicios (el Plan Obligatorio de Salud - POS). Ver Figura 2.

Figura 2. SGSSS - Régimen Contributivo



Para los individuos sin ingresos fue creado el Régimen Subsidiado, donde los individuos y sus familias reciben como subsidio la afiliación a una EPS del régimen subsidiado (antiguamente también llamadas Administradora de Régimen Subsidiado – ARS). A cambio de su afiliación, los beneficiarios del Régimen Subsidiado tienen derecho a los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de

Salud Subsidiado – POSS, el cual en la actualidad se encuentra igualado al del Régimen Contributivo[3]. En el Régimen Subsidiado las autoridades municipales deben identificar a los individuos de menores ingresos y con recursos que reciben de la nación y el departamento, sumados a los suyos propios, proceder a afiliarlos a las EPS/ARS seleccionadas y contratadas para tal fin. Ver Figura 3.

Figura 3. Régimen Subsidiado

El Ministerio de Salud, utilizando registros administrativos estima que a junio de 2011, el 96% de los colombianos está afiliado al SGSSS; 19 millones de colombianos están en el régimen contributivo y 22,1 millones en el subsidiado.

4.1. Entidades Promotoras de Salud

A Diciembre de 2011, existían 72 EPS, de las cuales son 24 en el Régimen Contributivo y reportaron 18.043.376 afiliados. Hay 48 EPS en el Régimen Subsidiado y a su vez reportaron 22.295.165 afiliados. Estos sumados a los afiliados de las fuerzas militares representan una cobertura del 96% de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social.

3 Por medio de las siguientes acciones de la CRES: Acuerdo 04 de 2009 unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, Acuerdo 011 de 2010 unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años, Acuerdo 027 de 2011 unifica el POS para los adultos de 60 y más años y Acuerdo 032 de 2012 unifica el POS de los adultos entre 18 y 59 años.

5. Financiamiento

El financiamiento del SGSSS está estrechamente ligado al Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA para el manejo de los sistemas de subsidios. Este fondo es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, manejada por encargo fiduciario, con cuatro subcuentas: la subcuenta de compensación interna del régimen contributivo, la subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, la subcuenta de promoción de la salud, y la subcuenta de accidentes de tránsito y riesgos catastróficos.

La subcuenta de compensación maneja los recursos del régimen contributivo, resultantes de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados y el valor de la UPC que le sean reconocidos por el sistema a cada EPS. Las EPS cuyos ingresos sean mayores que las UPC correspondientes trasladan estos fondos a la subcuenta de compensación, y viceversa, las EPS cuyos ingresos sean menores a sus UPC correspondientes, recibirán los recursos del Fondo. De esta manera, se instituyó un sistema de subsidios cruzados entre los afiliados al Régimen Contributivo.

La subcuenta de solidaridad destinada a la financiación con dineros de varias fuentes la afiliación subsidiada de los individuos sin capacidad de pago.

La subcuenta de promoción está orientada a la financiación de actividades de: educación e información en salud, fomento de la salud, prevención secundaria de la enfermedad, prevención terciaria de la enfermedad. Podrán destinarse a cofinanciar programas de promoción de las EPS, previa presentación de proyectos.

La subcuenta del seguro de enfermedades y riesgos catastróficos y accidentes de tránsito - ECAT destinada a la financiación de los servicios de salud requeridos para los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, las acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales. Esta subcuenta se financia con recursos del FONSAT[4] y una contribución equivalente al 50 % del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito, que se cobrara en adición a ella.

4 El Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito garantiza la universalidad de la cobertura del SOAT, dado que se hace responsable de las indemnizaciones y amparo para las víctimas de accidentes de tránsito ocurridos a víctimas de vehículos fantasmas y víctimas de vehículos asegurados pero que al momento del accidente no tenían contratado el seguro. Este sistema garantiza a los servicios de salud, públicos o privados, que alguien dentro del Sistema SOAT pagará por los servicios médicos que se le brinden a las víctimas, ya que aquellas personas afectadas por algún vehículo asegurado, serán indemnizadas por el seguro de tal automotor y su aseguradora.

5.1. Financiación del régimen contributivo

El régimen contributivo se financia con recursos provenientes de las contribuciones de los trabajadores los cuales deben aportar el 12% del salario básico, de los cuales el 4% corresponde al trabajador y 8% al empleador.

El aporte de los empleadores aumentó a 8,5% por medio de la Ley 1122 de 2007, quedando los aportes en 12,5%. Los trabajadores independientes deben realizar la totalidad del aporte el cual se liquida a tomando como base el 70% del ingreso mensual.

La Reforma Tributaria de 2012, Ley 1607 modificó de manera sustancial la financiación del Régimen Contributivo al crear el Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE), el cual entrará en vigencia en 2014 y no grava la nómina sino las utilidades de las empresas. Del ocho por ciento (8%) de la tarifa del impuesto, 2.2 puntos se destinarán al ICBF, 1.4 puntos al SENA y 4.4 puntos al Sistema de Seguridad Social en Salud.

5.2. Financiación del régimen subsidiado

El régimen subsidiado se financia con recursos provenientes de las siguientes fuentes, de acuerdo con las Leyes 60 y 100 de 1993:

- Subsidio del régimen contributivo al subsidiado equivalente a un punto de la cotización que aportan los afiliados al régimen contributivo y otras entidades similares, que por medio de la Ley 1122 de 2007 aumento a un punto y medio;
- Pari passu o aporte del presupuesto de la Nación que hasta el año de 1.996, inclusive, equivaldría a la suma de los recursos que contribuye al régimen subsidiado el régimen contributivo. A partir de 1996, fue reducido a un 25%. Los aportes del Gobierno Nacional aumentaron por efecto de la Ley 1122 de 2007 quien a un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007;
- Los rendimientos financieros arrojados por los recursos antes anotados;
- El 5% de los recaudos por subsidio familiar efectuados por la Cajas de Compensación Familiar;
- Situado Fiscal: El situado fiscal asignado al funcionamiento del primer nivel estaría destinado a subsidiar la afiliación de la población pobre.

Esta fuente fue eliminada y reemplazada por el Sistema General de Participaciones por la Ley 715 de 2001.

- Rentas cedidas por la Nación a los entes territoriales: De lo que recauden los Departamentos por impuestos a las ventas de licores nacionales e importados; a las ventas de cervezas y sifones; a las loterías y beneficencias; a los juegos de azar y apuestas permanentes y el impuesto de registro y anotación de instrumentos públicos se destinan partidas para cofinanciar la afiliación al régimen subsidiado. La Ley 1122 de 2007 ordenó que se destine por lo menos el 25%de las rentas cedidas a la financiación del régimen subsidiado.

- Participación de los Municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación;

- Presupuestos propios de las entidades territoriales: Los Departamentos, Distritos y Municipios, de acuerdo con el esquema de incentivos establecido en la Ley 60 de 1.993, podrán recibir mayores transferencias nacionales si hacen un esfuerzo fiscal en sus recaudos; lo que les permite tener mayores recursos para cofinanciar el régimen subsidiado en sus territorios.

5.3. Financiación del Plan Nacional de Salud Pública y el Plan Decenal de Salud Pública

El PAB, creado por la Ley 100 de 1993 se financió con recursos provenientes de las participaciones en los ingresos corrientes de la Nación; cinco puntos del monto total del situado fiscal en salud; recursos de la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantías; y recursos nacionales incluyendo la financiación del PAI.

El Plan Nacional de Salud Pública PNSP y a su vez el Plan Decenal de Salud Pública cuenta con múltiples fuentes, entre ellas los recursos que se destinen en el Presupuesto General de la Nación para el desarrollo de programas de salud pública; los recursos que se destinen de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA para el desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención; los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones - SGP y los recursos propios que las entidades territoriales destinen para la financiación de las acciones de promoción de la salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Las acciones de promoción de la salud incluidas en los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado se financian con los recursos destinados a la prestación de servicios de la unidad de pago por capitación - UPC

de cada régimen y los recursos que adicionalmente se reconocen a las entidades promotoras de salud – EPS del régimen contributivo, por afiliado compensado para acciones de promoción y prevención.

Los servicios individuales de detección temprana, protección específica, tal como la atención materno-infantil y atención del plan obligatorio de salud – POS para la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado se financian con los recursos de la unidad de pago por capitación - UPC. Para el caso de la población pobre no afiliada, estos servicios se prestan con cargo a los recursos del componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones – SGP y demás recursos que la Nación y las entidades territoriales destinan para prestación de servicios de salud y atención de urgencias.

Las acciones de prevención, mitigación y superación de los daños en salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se financian con los recursos del componente de salud pública del sistema general de participaciones, las rentas propias de las entidades territoriales y demás recursos que se asignen para la atención de emergencias y desastres.

Finalmente, los recursos que se destinen de la subcuenta de promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía para el desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención, los de la subcuenta ECAT asignados para el fortalecimiento de la Red de Urgencias, así como los recursos que se destinen en el Presupuesto General de la Nación para el desarrollo de programas de salud pública a cargo del Ministerio de Salud y la Protección Social y sus entidades adscritas y vinculadas.

6. Beneficios

La Ley 100 de 1.993 organizó la prestación de servicios mediante la entrega de dos importantes grupos de planes de beneficios, el primero de ellos es el Plan Obligatorio de Salud – POS, dirigidos a las personas, y el segundo, un plan de atenciones dedicado a la promoción de la salud dirigido a las poblaciones, el Plan de Atención Básica – PAB.

El Plan Obligatorio de Salud es definido como un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, cuyo suministro estará a cargo de las EPS, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS incluidas en su red.

Este Plan busca la protección integral de las familias a la maternidad y la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, fundamentado en el Decreto-Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica.

La Ley 100 de 1993 especificó que el POS se debía actualizar de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Para el desarrollo del POS del Régimen Subsidiado, la Ley 100 de 1993 ordenó que se diseñara en su punto de partida, un plan por un valor equivalente al 50% de la UPC del Régimen Contributivo, incluyendo así los servicios de atención primaria y los requeridos para la atención de condiciones de riesgo catastrófico.

La diferencia en servicios entre el plan de beneficios del régimen contributivo y el régimen subsidiado, quedaron a cargo, por competencia definida en la Ley 715 de 2001, de las entidades territoriales, financiada con recursos propios y los que reciben como transferencia de la Nación provenientes del Sistema General de Participaciones.

La Ley 100 también estableció que debían alcanzarse los contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo en forma progresiva antes del año 2001. Sin embargo, el crecimiento en los ingresos del sistema no permitió alcanzar esta meta y aunque entre los años 2002 a 2009 se realizaron incorporaciones graduales al POS del Régimen Subsidiado y la Ley 1122 de 2007 reiteró la orden de unificar los planes de beneficios de ambos regímenes, este aún no llegaba al nivel de beneficios del POS del Régimen Contributivo en el 2008. En respuesta la Corte Constitucional, por medio de la Sentencia T-760 de 2008, ordenó la unificación inicial para los menores de edad y posterior para el resto de la población. En Julio del 2012, el gobierno procedió a la unificación y expandió los servicios de los afiliados del Régimen Subsidiado al mismo nivel de los de los afiliados al Régimen Contributivo.

En 2013, el Congreso de la República aprobó una ley estatutaria por medio de la cual se planteó regular el derecho a la salud[5]. La ley aprobada define que el sistema de salud garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, incluyendo la promoción, la prevención,

5 Actualmente, la Ley estatutaria se encuentra en examen por parte de la Corte Constitucional (noviembre de 2013).

la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Adicionalmente, excluye los siguientes servicios:

- Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- Que se encuentren en fase de experimentación;
- Que tengan que ser prestados en el exterior.

El Plan de Atención Básica fue diseñado para complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud e incluyó las intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad y de manera particular incluyó la anticoncepción y definió que sería gratuito y de obligatoria prestación.

La Ley 1122 de 2007 reemplazó el Plan de Atención Básica - PAB por el Plan Nacional de Salud Pública – PNSP, el cual incluye acciones también gratuitas y primordialmente colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en algunos casos acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades de interés en salud pública, provistas por la red pública de prestadores y administrado por las entidades territoriales. Estas acciones denominadas el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas reemplazó de manera explícita el PAB, por medio de la Resolución 425 de 2008.

La Ley 1438 de 2011 ordenó el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, el cual incluyó entre sus estrategias transversales, objetivos, metas y propuestas de políticas públicas sectoriales, transectoriales y con participación comunitaria que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH-Sida, la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, y la garantía de la salud materna. Adicionalmente el PDSP incluyó coordinación, transectorial y comunitaria a los procesos que permitan garantizar los derechos relacionados con la sexualidad, información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad, fomento de espacios y mecanismos de participación y movilización social, fortalecimiento

institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación para la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, consolidación de la política de educación sexual, que involucre a toda la comunidad educativa, entre otras.

7. Prestación de Servicios

La Ley 100 de 1993 definió las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS como entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Según la Ley, estas Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y ordenó su autonomía administrativa, técnica y financiera. Se creó también un régimen jurídico especial para los hospitales públicos a quienes se denominó Empresas Sociales del Estado – ESE, una vez demostrarán su capacidad de gestión en el SGSSS.

Las ESE tienen personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, y son creadas por la Ley o por las asambleas o concejos; en materia contractual se rigen por el derecho privado y cuentan con un régimen de presupuestación ajustado al reembolso contra prestación de servicios.

Los hospitales públicos y las ESE adquirieron gran relevancia en la prestación de servicios a los afiliados del régimen subsidiado, pues la Ley 1122 de 2007, ordena la contratación de estas instituciones por parte de las EPS del Régimen Subsidiado. Adicionalmente, desde el 2001 por medio de la Ley 715 se ordenó a los hospitales públicos y las ESE la atención de las personas pobres no afiliadas al SGSSS.

La Ley 10 de 1990 estipuló, como parte del proceso de descentralización que los departamentos y los municipios dirigieran y prestaran los servicios de salud, organizados por niveles de atención, quedando los de primer nivel a cargo de los municipios y los de segundo y tercer nivel a cargo de los departamentos. La Ley 60 de 1993 ratificó esta condición. En contrate, la Ley 715 de 2001 dejó la responsabilidad de organizar la prestación de servicios principalmente en cabeza de los departamentos.

7.1. Niveles de Atención

Los hospitales del sector público, incluyendo las ESE son divididos en niveles de atención, asociados a la complejidad de los servicios ofrecidos y que se fijan por normas así:

7.1.1. Primer nivel de atención

Las instituciones clasificadas como primer nivel de atención atienden las patologías básicas y ofrece medicina general, pediatría, medicina interna y cirugía general, y obstetricia y ginecología sin complicaciones. El nivel de tecnología es básico. Cuentan con laboratorio clínico general, radiología básica, salas de parto y cirugía para procedimientos no complicados

7.1.2. Segundo nivel de atención

Los hospitales o ESEs de segundo nivel atienden las patologías básicas y de complejidad media. Ofrecen especialidades de la pediatría, medicina interna, cirugía general y gineco-obstetricia. Ofrece también manejo de ortopedia, otorrinolaringología y oftalmología. Su nivel tecnológico es medio, cuenta con capacidad en salas de cirugía de especialidades de complejidad baja y media y con equipos de mayor capacidad tanto en laboratorio, como radiología.

7.1.3. Tercer nivel de atención

Las instituciones prestadoras de servicios del tercer nivel atienden todas las patologías hasta la alta complejidad. Ofrecen todas las especialidades y algunas subespecialidades. Su nivel tecnológico es alto.

Los hospitales privados no utilizan la clasificación de los públicos, ya que ellos reportan en el Registro Nacional de Habilitación el nivel de complejidad de cada uno de los servicios que ofrecen.

7.2. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Con miras a incentivar la calidad de los servicios la Ley 100 de 1993 ordenó a las Instituciones Prestadoras de Salud el desarrollo de sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios y al Ministerio de Salud definir normas de calidad y satisfacción del usuario y el desarrollo de sistemas homogéneos

de registro y análisis que permitieran la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.

Adicionalmente, la Ley 715 de 2001 ordenó el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, incluyendo los sistemas de habilitación y acreditación.

7.2.1. Habilitación

La habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

Los estándares de habilitación contemplan tres tipos de condiciones[6]:

- Suficiencia patrimonial y financiera
- Condiciones técnico-administrativas
- Condiciones tecnológicas y científicas

7.2.2. Acreditación

Es el conjunto de actividades destinadas a demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. A la fecha de este documento 28 prestadores de servicios de salud se encuentran acreditados.

7.3. Instituciones prestadoras de servicios de salud

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son públicas, privadas de múltiples orígenes, con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro (fundaciones, cooperativas, organizaciones religiosas,…etc.). Hay 4 hospitales públicos del nivel central: Instituto Nacional de Cancerología, Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Sanatorio de Agua de Dios y Sanatorio de Contratación.

6 Resolución 1441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

El número de hospitales públicos por nivel de atención reportados en el Registro Especial de Habilitación a Junio 2012 suman 961 de primer nivel, 143 de segundo nivel y 31 de tercer nivel, lo cual representa un subtotal de 1.135. Se reportan también 1.294 privados, para un total de 2.429 instituciones que pueden denominarse hospitales.

8. Beneficiarios

Los beneficiarios del SGSSS son todos los ciudadanos y residentes de Colombia. Esto se logra a través de la afiliación al Régimen Contributivo, el Régimen Contributivo o en forma temporal como participantes vinculados.

Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son los empleados del sector formal, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, con énfasis en la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus Subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

Los participantes vinculados son aquellas personas sin capacidad de pago y no afiliados al SGSSS quienes tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado. Sin embargo, las personas que se encuentran en esta categoría han disminuido en gran medida por encontrarse la afiliación hasta la casi total universalidad.

La Ley 100 de 1993 postuló que partir del año 2000, todo colombiano debería estar afiliado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado y de esa manera se alcanzaría la cobertura universal.

Los afiliados al SGSSS tienen derecho a:

- Los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas.
- La atención de urgencias en todo el territorio nacional.
- La libre escogencia y traslado entre Entidades Promotoras de Salud.
- La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.
- La participación individualmente o en sus organizaciones, en todas las instancias de asociación, representación, veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras del Sistema de Seguridad Social en Salud.

A cambio de estos derechos son sus deberes:

- Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- Afiliarse con su familia al SGSSS.
- Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.
- Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
- Tratar con dignidad al personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

9. Inspección, vigilancia y control

La promulgación del SGSSS mediante la Ley 100 de 1993 preservó la estructura organizativa de la supervisión existente antes de esta, definida especialmente en la Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993, en las cuales se estableció la inspección, vigilancia y control que ejercían la Superintendencia Nacional de Salud – SNS y las entidades territoriales principalmente sobre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La Ley 100 tan solo adicionó a las funciones de la SNS las de inspección, vigilancia y control a las Entidades Promotoras de Salud, creadas en dicha ley.

La Ley 1122 de 2007 define las funciones de inspección, vigilancia y control de la siguiente forma:

- La inspección es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia. Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

- La vigilancia consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, **cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste.**

- El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

El ente central ejecutor de la función de supervisión en el modelo colombiano del sector de la salud es la Superintendencia Nacional de Salud. No obstante, se ha previsto una importante delegación de funciones en otros niveles, conformando

una «red de controladores» bajo la coordinación de la superintendencia. Esta red incluye, en primer lugar, las acciones que emprenden, a nivel descentralizado, las direcciones territoriales de salud; así mismo se involucran otras agencias estatales del orden nacional o territorial como la Contraloría General de la República, la Procuraduría general de la Nación, la Defensoría del Pueblo, las contralorías departamentales y municipales y las personerías. Un factor importante sobre el cual se apoya la función de supervisión es la participación ciudadana a partir de formulación de quejas o reclamos y de su participación en la concepción de los planes regionales de salud.

Las tareas que se conciben para la función de supervisión dentro del modelo del sector de la salud en Colombia incluyen:

9.1. Las tareas de supervisión frente al financiamiento

Dado el proceso de generación de recursos para el sector de la salud, las tareas de inspección, vigilancia y control frente al financiamiento abarcan los procesos de recaudo y compensación de las EPS, la asignación de recursos presupuestales, incluyendo fuentes externas, rentas cedidas y regímenes excluidos, de traslado de recursos, de definición de UPC, POS, PIC, cuotas moderadoras y copagos y la incidencia de fallos judiciales.

9.2. Las tareas de supervisión frente al aseguramiento

Las tareas de supervisión frente al aseguramiento incluyen los procesos de entrada y salida de aseguradores, manejo de portafolio, gastos de administración de conformación redes de prestadores, de pago y reembolsos, definición de planes de beneficios, selección adversa, destino correcto de los subsidios, información a afiliados, libre elección de los afiliados, libre movilidad de los afiliados, atención de quejas, conflictos de interés, prácticas restrictivas y competencia desleal.

9.3. Las tareas de supervisión frente a la prestación de servicios

Las tareas de supervisión frente a la prestación de servicios incluyen los procesos de entrada y salida de prestadores, organización y funcionamiento, asunción de riesgos, facturación y pagos, contratación de profesionales de la salud, sanciones a médicos y personal paramédico, Proceso de control a la calidad de los

insumos y medicamentos, información a usuarios, atención de quejas, conflictos de interés, prácticas restrictivas, competencia desleal, de control de calidad del servicio, y manejo de listas de espera.

9.4. Las tareas de supervisión frente a la concepción general del sistema

Las tareas de supervisión frente a la concepción general del sistema incluyen los procesos de definición de esquemas de eficiencia en la gestión y administración del sistema, simplificación de trámites, simplificación de regulación y normas, unificación de los procesos de facturación, definición de los procesos de entradas y salidas de las entidades del sector, creación de un marco jurídico que permita la transformación de aseguradores y prestadores, régimen de inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés, establecimiento de los mecanismos de coordinación entre las autoridades de supervisión, asignación de responsabilidades de supervisión según los principios de descentralización y desconcentración, eliminación de duplicidades de funciones en regulación y supervisión, propiciamiento de la participación ciudadana, garantía de la libre elección de los afiliados, auspiciamiento de la autorregulación, eliminación de las duplicidades de información para los vigilados, establecimiento de indicadores financieros y de gestión, establecimiento de controles a los riesgos, establecimiento de reglas de información al ciudadano, coordinación de las campañas de promoción y prevención y control a los medicamentos y a su costo.

9.5. Entidades de Vigilancia y Control

La Superintendencia Nacional de Salud está a cargo de la inspección, vigilancia y control del sistema, la Superintendencia Financiera está a cargo de la vigilancia de los aseguradores de salud en cuanto a lo financiero, el Instituto Nacional de Salud está a cargo de la vigilancia epidemiológica y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) de los medicamentos, dispositivos y alimentos.

10. La Universalidad, la Solidaridad y la Equidad en el SGSSS

La Constitución Política de 1991, en su artículo 48, define la seguridad social como «un servicio público sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la Ley».

La Ley 100 de 1993 desarrolla la universalidad a través de la afiliación obligatoria de todos los ciudadanos y los residentes en el territorio nacional; la cobertura automática de los miembros del núcleo familiar del cotizante; los subsidios indirectos para la afiliación de los trabajadores de bajos ingresos y los subsidios directos para la afiliación de las personas desempleadas, de bajos ingresos, ancianas y enfermas; y el régimen de estímulos a la afiliación y sanciones a la evasión y elusión.

La universalidad depende de la capacidad financiera de los aportantes y de todo el sistema, el cual a su vez, depende de la solidez de la totalidad de la economía colombiana[7]. Ello en razón de que los recursos provienen de las familias (39%), las empresas (36%), el presupuesto general de la nación (19%), entidades del sector (4%) y los entes territoriales (3%)[8].

El principio de equidad es interpretado en la Ley como la ausencia de barreras económicas al acceso a servicios de salud (Ley 100 de 1993, artículo 153). La literatura sobre este tema ofrece una definición más amplia y define equidad como la ausencia de cualquier barrera y postula que el principal determinante del acceso a servicios debe ser la necesidad del servicio, o sea, el estado de salud de los individuos[9].

El SGSSS elimina las barreras asociadas al ingreso, presentadas anteriormente al entregar a las EPSs la misma UPC por cada individuo, sin tomar en cuenta sus ingresos, y al exigir que a todos los individuos se les garantice el mismo POS. Un efecto de estas medidas es que los proveedores de servicios de salud reciben

7 Moreno H, Tono T: Metodología para el Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación. Departamento Nacional de Planeación. Santafé de Bogotá, 1994.
8 Cálculos del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS, utilizando datos del DNP y el entonces Ministerio de Salud, correspondientes al año 2000.
9 Aday LA, Andersen RM: «Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview.» En: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research (eds): **Securing Access to Health Care: The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services.** Government Printing Office. Washington DC, 1983.

las mismas tarifas por la atención de los pacientes, sin tomar en consideración sus ingresos.

La solidaridad resulta de los subsidios cruzados entre afiliados de altos y bajos ingresos, entre los sanos y los enfermos, y entre las regiones ricas y las pobres, y de los subsidios directos derivados de la contribución de un punto porcentual de las cotizaciones del régimen contributivo, por los aportes de impuestos nacionales, de la producción petrolera, y del situado fiscal, y por los aportes de los departamentos y los municipios.

La primera condición para hacer efectiva la equidad es la eliminación del efecto del ingreso de los individuos sobre el sistema. La selección adversa es la práctica por parte de los aseguradores, de evitar la afiliación de aquellos a mayor riesgo de utilizar servicios, esto es, en condiciones no óptimas de salud.

En segundo lugar, la equidad requiere que se entregue a toda la población el mismo POS, a cambio de la misma UPC. Para cumplir esta condición debe alcanzarse la cobertura universal, la cual depende a su vez, como ya se argumentó, de la estabilidad financiera del sector y ésta, a su vez, depende de la solidaridad, que permite que se reúnan todos los recursos y se distribuyan posteriormente en relación a la necesidad.

11. Modelo teórico

El SGSSS se encuentra fundamentado en las teorías de competencia regulada y pluralismo estructurado. Estas teorías se presentan a continuación.

11.1. La Competencia Regulada

El SGSSS tiene como fundamento conceptual la teoría de la competencia regulada, propuesta por Enthoven y Kronick (1989).[10] En ella argumentan los autores que el acceso universal a los servicios de salud requiere de un sistema de aseguramiento en el que toda la población se encuentre afiliada. Reconocen, sin embargo, que la afiliación universal tiene como obstáculo principal las fallas

10 Enthoven A., Kronick R. A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (2). N Engl J Med. 1989 Jan 12;320(2):94-101.
Enthoven A, Kronick R. A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (1). N Engl J Med. 1989 Jan 5;320(1):29-37.

del mercado en los sistemas de salud y en particular en los sistemas de aseguramiento en salud.

Enthoven (1978)[11] planteó las fallas del mercado y a continuación propuso un modelo de sistema de salud que denominó la competencia regulada, que en su concepto corrige las fallas del mercado de la salud y hace posible obtener acceso universal en condiciones de optimización de la calidad y el costo de los servicios. A continuación sus planteamientos:

11.1.1. Causas de las fallas del mercado en los sistemas de salud

Los mercados de salud fallan porque:

- Los consumidores no conocen los costos de los servicios, porque el aseguramiento los oculta.
- Los consumidores tienen muy poco conocimiento de medicina por lo cual se apoyan en los médicos para la toma de decisiones.
- Los prestadores, en particular los médicos, están entrenados para proveer servicios de salud en respuesta a los beneficios percibidos por los pacientes, sin consideraciones de costos.
- El pago por servicios prestados constituye un incentivo para aumentar el volumen de los servicios provistos.
- los prestadores utilizan servicios en los que no hay suficiente evidencia de que sean el mejor tratamiento para múltiples condiciones.
- Los prestadores están entrenados para utilizar servicios aun en condiciones en las cuales no hay consenso de su beneficio.

11.1.2. Condiciones estructurales de los servicios de salud y su aseguramiento en los mercados

- La información disponible tanto a los aseguradores como a los usuarios es altamente imperfecta.

11 Enthoven A. C. Consumer-Choice Health plan (second of two parts). A national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. N Engl J Med. 1978 Mar 30;298(13):709-20.
Enthoven A. C. Consumer-choice health plan (first of two parts). Inflation and inequity in health care today: alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance. N Engl J Med. 1978 Mar 23;298(12):650-8.

- Hay barreras para la participación de los agentes en el mercado.
- Múltiples factores distorsionan los precios y evitan que estos reflejen los costos.
- Hay colusión entre los compradores y los proveedores.
- Los usuarios están en capacidad de consumir servicios sin un pago previo.

11.1.3. Controles de las fallas del mercado:

En respuesta a las fallas del mercado los autores proponen:

- Los usuarios deben tener buena información sobre los productos y sus precios y estos deben estar bien diseñados y estandarizados.
- Un amplio número de proveedores debe competir entre ellos con base en precios que reflejen los verdaderos costos.
- Ningún proveedor debe poseer control de los precios de modo que estos reflejen los costos marginales de producción.

11.1.4. Competencia regulada en el aseguramiento en salud

La competencia regulada en salud se fundamenta en el principio de que es posible implementar condiciones de mercado en el aseguramiento en el sector salud cuando el estado por medio de regulación induce condiciones de competencia basada en precio entre redes de proveedores organizados por los aseguradores. Para ello proponen los autores:

11.1.4.1. Creación de «Cooperativas o Asociaciones» de compradores de seguros de salud

Con el propósito de supervisar y operar el mercado del aseguramiento en una región o área espacial. Estas cooperativas o asociaciones se encargarían de emitir licencias de operación para los aseguradores; informar a los usuarios sobre los seguros disponibles y su calidad, afiliar a los individuos en los seguros de su escogencia, recolectar las primas, transferir las primas a los aseguradores después de ajustarlas por las diferencias en estado de salud de los afiliados y monitorear las aseguradoras.

De esta manera se integra el mercado y se elimina la segmentación, se empodera a los usuarios, se amplía el acceso a los seguros de salud, se provee información a los usuarios sobre los aseguradores, se elimina el sesgo de los aseguradores de escoger a los afiliados en mejor condición de salud y se generan incentivos para reducir el precio de las primas.

11.1.4.2. Requerimiento de que los empleadores contribuyan un monto fijo máximo a la financiación de la prima

Este monto debe ser de igual valor al del plan de seguro menos costoso a ser ofrecido por la «cooperativa o asociación». Esto con el objetivo de transferir el costo del mayor consumo al usuario y así desestimular el «riesgo morale»[12] y el uso innecesario de servicios.

11.1.4.3. Oferta de máximo dos planes de seguro estandarizados por medio de la «cooperativa o asociación»

Se debe ofrecer al menos dos planes con contenidos idénticos, diferenciados tan solo por diferentes esquemas de copagos, sin posibilidad de cobros adicionales por parte de los proveedores o seguros suplementarios para los copagos. Esto con el propósito de minimizar las diferencias entre los planes diferentes al precio y reducir la selección favorable por parte de los aseguradores.

11.1.4.4. Sistemas de información confiables en cuanto a costos, resultados y calidad de los proveedores y aseguradores

Buscando así aumentar la información y su disponibilidad a los usuarios, con el propósito de inducir su selección de restador y asegurador con base en precio y calidad.

11.1.4.5. Escogencia por parte del usuario

Para aumentar el acceso a los seguros y disminuir la selección por parte de los aseguradores, se debe ofrecer periodos abiertos de selección del asegurador, primas calculadas por riesgo de la totalidad de la población y no individual, la ausencia de restricciones por condiciones preexistentes y la garantía de renovación de la cobertura.

11.1.4.6. Aseguramiento universal

Con el objetivo de garantizar la cobertura universal se requiere ofrecer subsidios a los individuos con insuficiente capacidad de pago para adquirir la póliza de salud. De esta manera se afilia a toda la población y se distribuye el riesgo entre todos los afiliados.

12 El riesgo morale corresponde al incremento en la utilización de servicios por parte de un individuo que al estar asegurado actúa con indiferencia ante el precio como efecto de la existencia del seguro.

11.1.4.7. Ajustar la prima a las diferencias en condiciones de salud de los afiliados de cada asegurador

Los aseguradores tienen diferentes niveles de riesgo resultado de las condiciones de salud diferentes de sus afiliados, generándose ventajas y desventajas en relación con el precio de la prima entre los aseguradores. Se debe entonces identificar el riesgo por condiciones de salud en cada aseguradora y ajustar la prima a eses riesgo. Lográndose de esta manera eliminar el incentivo a la selección de riesgo favorable en los aseguradores.

11.1.4.8. Número pequeño de aseguradores con redes de prestadores que no se superponen

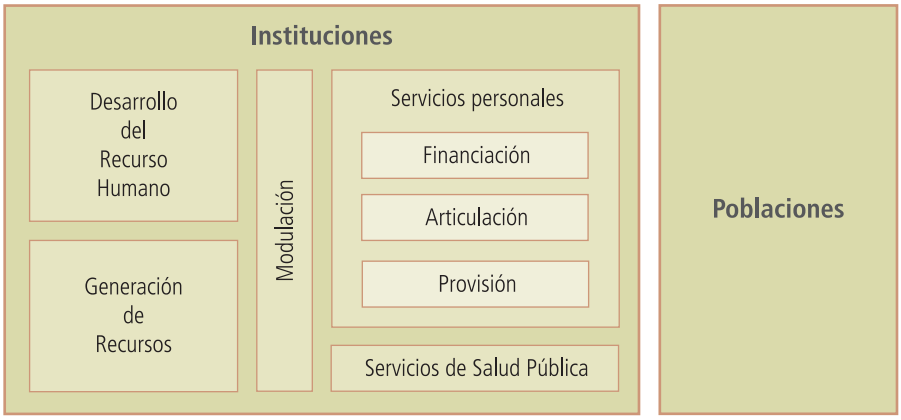
La existencia de aseguradores con redes de prestadores que no se superponen fuerza a los prestadores a competir entre sí, aumentándose la calidad de éstos e incentivando el control de costos.

11.2. Pluralismo Estructurado

El pluralismo estructurado, tal como proponen Londoño y Frenk (1997)[13], define los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones.

Los diversos grupos de población presentan una serie de condiciones que constituyen necesidades de salud las cuales requieren de una respuesta organizada por parte de las instituciones. En cada sistema de salud, esta respuesta se estructura a través de ciertas funciones básicas, que las instituciones tienen que desempeñar a fin de satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones. Ver Figura 1.

Figura 1. Componentes de un sistema de salud



13 Londoño J. L., Frenk J.: «Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.» Salud y Gerencia, 1.997 (15):9-16.

En relación con la atención a la población, los sistemas desempeñan las funciones de financiación, provisión y articulación y modulación.

11.2.1. Función de financiación

Mediante la financiación se moviliza dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (gobierno y organismos internacionales), y lo acumulan en fondos reales o virtuales (fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención en salud, ahorros familiares), que pueden ser asignados, a través de diversos arreglos institucionales, para la producción de servicios.

11.2.2. Función de provisión

La función de provisión o prestación de servicios es la combinación de insumos dentro de un proceso de producción que ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (servicios de salud) que generan un resultado (cambios en el estado de salud del usuario).

11.2.3. Función de articulación

La función de articulación corresponde a la «organización y gerencia del consumo de la atención». Abarca actividades claves que permiten que los recursos financieros fluyan a la producción y el consumo de la atención a la salud. Algunos ejemplos incluyen la afiliación de grupos a planes de salud, la especificación de paquetes explícitos de beneficios o intervenciones, la organización de redes de proveedores de forma que se estructuren las posibilidades de elección por parte del consumidor, el diseño y la instrumentación de incentivos a los proveedores a través de mecanismos de pago y la gestión de la calidad de la atención.

11.2.4. Función de modulación

La modulación corresponde a la tarea de establecer, implantar y monitorear las reglas de juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. Corresponde de esta manera a la función de regulación de que trata la Compilación Normativa de Salud Sexual y Reproductiva.

También proponen los autores que desde la perspectiva de las instituciones, la integración se refiere a los arreglos para llevar a cabo las funciones de financia-

miento, prestación, articulación y modulación. En uno de los extremos se encuentra la «integración vertical», en la que una misma institución desempeña diferentes funciones. En el otro extremo, las funciones se encuentran separadas en diferentes instituciones.

Desde la perspectiva de las poblaciones, la integración significa el grado en que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones del sistema de salud.

A N E X O ■ DOCUMENTOS DE REFERENCIA

02.

Diagnóstico en salud sexual y reproductiva (SSR)

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenido

Diagnóstico en salud sexual y reproductiva (SSR) 9

1. Introducción 9

2. Definiciones generales 11

2.1. Salud sexual y reproductiva 11

2.2. Derechos sexuales y reproductivos 12

2.3. Equidad de género en salud 14

3. Situación de la salud sexual y reproductiva 15

3.1. Salud sexual y reproductiva de adolescentes 15

3.1.1. Atención integral en SSR para adolescentes 17

3.1.2. Situación de la salud sexual y reproductiva en adolescentes 22

3.1.2.1. Embarazo en la adolescencia, aspectos generales 22

3.1.2.2. Embarazo en menores de 15 años 25

3.1.2.3. Embarazo en la adolescencia, inicio de las relaciones sexuales y tipo de unión 30

3.1.2.4. Embarazo adolescente y situación socio-económica 32

3.1.2.5. Embarazo subsiguiente 33

3.1.2.6. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos 35

3.1.2.7. Vih/Sida e ITS en adolescentes 36

3.2. Salud materna e interrupción voluntaria del embarazo (IVE) 37

3.2.1. Atención integral y maternidad segura 38

3.2.2. Situación de la mortalidad materna 42

3.2.2.1. Mortalidad materna temprana y tardía: evolución 43

3.2.2.2. Causas de la mortalidad materna 43

3.2.2.3. Régimen de seguridad social 45

3.2.2.4. Parto institucional y atención prenatal ... 45

3.2.2.5. Mortalidad materna, desigualdades sociales y diferencias regionales ... 50

3.2.2.6. Morbilidad materna extrema (MME) ... 57

3.2.3. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) ... 59

3.2.3.1. Situación general del aborto inducido ... 60

3.2.3.2. Métodos y tipos de aborto ... 62

3.2.3.3. Complicaciones del aborto y atención posaborto ... 63

3.2.3.4. Disponibilidad de servicios de aborto seguro ... 66

3.3. Anticoncepción ... 67

3.3.1. Atención integral en anticoncepción ... 67

3.3.2. Situación de las prácticas anticonceptivas en el país ... 68

3.3.2.1. Aspectos generales ... 68

3.3.2.2. Métodos anticonceptivos ... 70

3.3.2.3. Diferencias socio-económicas y regionales ... 72

3.4. Infecciones de transmisión sexual y Vih/Sida ... 73

3.4.1. Atención integral al Vih/Sida ... 74

3.4.2. Situación del Vih/Sida ... 76

3.4.2.1. Morbilidad y mortalidad por Vih/Sida ... 76

3.4.2.2. Poblaciones en situación de vulnerabilidad y perfil de género del Vih/Sida ... 81

3.4.2.3. Vih/Sida en mujeres gestantes ... 85

3.4.2.4. Acceso a terapia antirretroviral (TAR) ... 87

3.4.2.5. Estigma y discriminación hacia personas que viven con Vih y Sida (PVVS) ... 88

3.4.3. Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al Vih/Sida ... 89

3.4.3.1. Sífilis ... 91

3.4.3.2. Virus Papiloma Humano (VPH) ... 93

3.4.3.3. Otras infecciones de transmisión sexual ... 93

3.4.4. Conocimiento y actitudes frente al Vih/Sida y las ITS ... 95

3.5. Violencia sexual y basada en género 97

3.5.1. Atención integral de la violencia sexual y de género 99

3.5.2. Situación de la violencia contra las mujeres 101

3.5.2.1. Modalidades de violencia contra las mujeres 102

3.5.2.2. Aspectos culturales de la violencia contra las mujeres 103

3.5.2.3. Violencia sexual 104

3.5.2.4. Violencias de género y violencias sexuales en el conflicto armado 107

4. Barreras en los servicios de salud sexual y reproductiva 108

4.1. Barreras socio-culturales 110

4.2. Barreras del sistema de salud 112

4.3. Barreras correspondientes a la organización de los servicios 114

4.4. Barreras relacionadas con la calidad y aceptabilidad 116

4.5. Barreras relacionadas con aspectos administrativos 117

Índice de Siglas 119

Referencias 121

Diagnóstico en salud sexual y reproductiva (SSR)

1. Introducción

Este diagnóstico está basado en la revisión de fuentes secundarias de información que incluyen directrices y documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), algunos instrumentos del marco internacional de los derechos humanos, además de documentos nacionales entre los que se destacan reportes y estudios producidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y PROFAMILIA (particularmente la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y los estudios en profundidad en diferentes temas), así como algunas investigaciones realizadas por diversas universidades e institutos. Tiene por objetivo indicar los principales problemas en el campo de la SSR en el país y brindar un panorama para poder establecer si estos problemas están incluidos en el marco normativo existente.

En relación con las fuentes consultadas y sobre los datos obtenidos, es importante mencionar que incluimos fuentes de distinta naturaleza y foco, para exponer la situación de un tópico en particular. Tengamos en cuenta que algunas de las fuentes aquí utilizadas –particularmente la ENDS y los datos del DANE– tienen cifras sobre los problemas aquí tratados con un margen temporal amplio, con muestras comparables y con gran posibilidad de trazabilidad, mientras que algunas de las situaciones aquí abordadas no tienen un seguimiento consolidado, y deben ser reconstruidas a través de fuentes dispersas, de diversos alcances y metodologías, y de diferentes años. De otro lado, tenemos algunos documentos producidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, que dan una mirada integral a algunos de los problemas y que fueron de gran utilidad, sin embargo el nivel de desarrollo en cada una de las áreas no es comparable. Finalmente, es importante mencionar que si bien se vienen haciendo esfuerzos que han dado fruto, todavía hay problemas en el sistema de vigilancia en salud pública.[1] Par-

1 Ver los índices de vigilancia en salud pública en: Rodríguez J., et al. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Colciencias, SEI, Universidad Javeriana, CENDEX, 2007, p. 258-259.

ticularmente, existen notables diferencias en el reporte entre el centro y la periferia del país, asunto que debemos considerar preocupante si consideramos que varios de los problemas aquí abordados, como la mortalidad materna, ocurren con alta frecuencia en zonas periféricas.

El diagnóstico se ha desarrollado de la siguiente manera: (i) un capítulo general en el que se presentan las definiciones marco sobre salud sexual y reproductiva (SSR), los derechos sexuales y reproductivos (DSR) y la equidad de género. Todas éstas, basadas en el marco internacional de los derechos humanos y en algunos documentos con desarrollos locales y regionales. (ii) Un análisis en profundidad de la situación de salud de los 5 componentes básicos que son objeto de la compilación; y (iii) Un panorama de las barreras de acceso a los servicios de salud.

Los siguientes son los componentes de la compilación:

- Salud sexual y reproductiva de adolescentes.
- Salud materna e interrupción voluntaria del embarazo (IVE).
- Anticoncepción.
- Infecciones de transmisión sexual y Vih/Sida.
- Violencia sexual y basada en género.

Para cada componente se responden dos preguntas clave ¿Qué entendemos por una atención integral? y ¿cuál es la situación actual? Esta última, incluye un perfil epidemiológico que busca mostrar la evolución de los principales problemas de salud de cada componente y algunas de las diferencias e inequidades que muestran los indicadores según algunas variables (cuando hay información disponible) tales como la edad, el sexo, el tipo de unión, el nivel educativo y socio-económico, la raza, la etnia, las diferencias regionales, entre otras.

El diagnóstico es parte integral de la compilación analítica de las normas de salud sexual y reproductiva y sirve como referente para la comprensión de las normas a la luz de la situación de SSR en las áreas que la integran. Es a la vez un insumo en si mismo.

2. Definiciones generales[2]

2.1. Salud sexual y reproductiva

En el marco de este documento entendemos la SSR de la siguiente manera:

> *La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente[3] del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital*[4,5,6]

2 Estas definiciones generales tiene por objeto indicar la base conceptual sobre la cual se produjo el diagnóstico. Definiciones complementarias pueden consultarse en el documento de referencia «**Marco conceptual**».

3 Cabe decir que esta orientación implica una atención tanto a la igualdad, a la que hace alusión esta expresión 'independientemente', como a la diferencia, en el entendido que si bien el acceso a la salud debe ser asegurado a toda la población, es necesario considerar las diferencias de las poblaciones y por tanto la necesaria adaptación a esas diferencias para lograr la igualdad.

4 Ministerio de Salud. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá, 2003, p. 9.

5 Cf. Organización de Naciones Unidas. Programa de Acción de El Cairo. 1994.

6 La política nacional de salud sexual y reproductiva formulada originalmente en el año 2003, y de donde se extrae esta definición, ha sido un marco fundamental para el desarrollo de las subsiguientes estrategias y políticas relacionadas con esta área clave de la salud, la cual está orientada por los lineamientos de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), recogiendo además las directrices internacionales definidas por la Organización Mundial de la Salud en torno a los derechos sexuales y reproductivos. En general este marco ha sido retomado también por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En este marco se entiende la salud sexual y reproductiva como un estado de bienestar integral, que incluye una relación estrecha con el logro de la equidad social y el fortalecimiento de los proyectos personales y las redes sociales.[7]

La SSR es un concepto que implica el desarrollo integral y el disfrute de los derechos humanos.[8] Es decir, que además de un conjunto de acciones de atención y educación en relación con los riesgos reproductivos y las patologías asociadas a los órganos genitales, incluye «la posibilidad de disfrutar de relaciones sexuales mutuamente satisfactorias, de verse libre de abuso, coerción o acoso sexual».[9]

El concepto de SSR y los DSR forman un continuo comprensivo, que entiende la salud y la sexualidad en el marco de los derechos humanos y el bienestar. En ese sentido, debemos entender que la SSR se basa en el concepto de salud integral entendido como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente como la ausencia de enfermedades o dolencias» tal y como lo ha definido la OMS. Así también, el Protocolo de San Salvador, de obligatorio cumplimiento para los países latinoamericanos, en su artículo 10, indica que «toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social».[10] Los DSR hacen un vínculo indisoluble entre el derecho a la salud y otros derechos como el de la autonomía, vida digna, libertad y no discriminación, entre otros.

2.2. Derechos sexuales y reproductivos

Entendemos los DSR como derechos humanos relacionados con la sexualidad y la reproducción.[11] Efectivamente, incluyen derechos ampliamente reconocidos en los marcos internacionales de derechos humanos, y que están presentes en la Constitución de 1991 aunque no agrupados de esa forma. En detalle y tal como lo formula el Programa de Acción de El Cairo:

> *Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos*

7 Cf. Organización de Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo. 1994. Y Organización de Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96.
8 Cook, Rebecca; Dickens, Bernard y Fathalla, Mahmound. Salud reproductiva y derechos humanos. Bogotá: Profamilia, 2003.
9 Ibíd., p. 6.
10 González, Ana Cristina. La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos. Bogotá: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2011, p. 17.
11 International Planned Parenthood Federation. Derechos sexuales: una declaración de IPPF. 1996.

derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.[12]

Por su parte, «los derechos sexuales incluyen pero trascienden la protección de identidades. Los derechos sexuales promueven la capacidad de decidir autónomamente sobre la sexualidad y garantizan que cada persona tenga derecho a la realización y expresión de su sexualidad, sin coerción, discriminación o violencia, y en un contexto respetuoso de la dignidad».[13]

Esta comprensión de los DSR implica entonces, desde el punto de vista del acceso y disfrute de la salud reproductiva, «el reconocimiento de que las personas deben estar en capacidad de llevar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y además de tomar decisiones acerca de si desean procrear y en qué momentos».[14] En relación con los servicios de salud y educación, implica el derecho de las personas a «recibir información y a acceder a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para planificar y, simultáneamente a acceder a servicios de salud que permitan llevar adelante el embarazo y el parto de manera segura y sin riesgos»,[15] así como de interrumpir el embarazo en circunstancias seguras cuando así haya sido decidido por las mujeres, en especial, pero no de manera excluyente, cuando amenaza su bienestar físico y emocional, tal como está prescrito para el caso de nuestro país en las causas despenalizadas en la Sentencia C-355 de 2006.[16] En relación con el disfrute de la salud sexual incluye una comprensión integral de la sexualidad «y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual»,[17] es decir, la creación y mantenimiento de entornos sociales propicios a un ejercicio libre y autónomo de la sexualidad, ba-

12 Organización de Naciones Unidas. Op. cit.
13 Campaña por una Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. Propuesta de Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, Mayo, 2010, s.p.
14 González, Ana Cristina. Los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria en salud. Lineamientos para la incorporación del enfoque de derechos humanos. Bogotá: Ministerio de salud y protección social de Colombia, 2012, p. 19.
15 Ibíd.
16 «(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto». Sentencia C-355 de 2006.
17 González. Los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria en salud. Op. cit., p. 19.

sados en el principio de no discriminación, de respeto a la diversidad sexual y de género y el reconocimiento de las diferencias culturales y éticas en materia sexual.

Incluir la sexualidad y la reproducción en el campo de los derechos humanos implica entenderlas como dimensiones fundamentales de la vida de las personas. La sexualidad y la reproducción no son aspectos menores en el logro de la justicia social, ya que en estas dimensiones se ubican de particular modo las desigualdades de género y son ámbitos en las que se ejercen actos de violencia, exclusiones y estigmatizaciones,[18] y han servido como dispositivos centrales del control de las poblaciones marginales y de normalización y supresión de las diferencias.

2.3. Equidad de género en salud

La equidad en salud se refiere en general a la «ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas».[19] Esto incluye la consideración de las desigualdades generadas por la clase social, la raza, la etnicidad, el curso de vida, la situación de salud, la diversidad funcional (discapacidad), la sexualidad y por supuesto el género.[20]

En el tema de la SSR las inequidades de género y las representaciones de género son factores fundamentales de algunos problemas de salud, que se expresan en lo cotidiano en las prácticas de cuidado y autocuidado, percepción del riesgo, estereotipos estigmatizantes sobre la sexualidad de las mujeres, moralizaciones en torno a la maternidad, hasta prácticas de violencia sexual, física y sicológica que ponen a las mujeres en desventaja para acceder a servicios de salud o que las exponen a prácticas riesgosas, a priorizar la salud de los demás en detrimento de la propia y finalmente que causan directamente morbilidad y mortalidad.

> *La igualdad de género en la salud apunta a que mujeres y hombres disfruten de similares condiciones y oportunidades para ejercer plenamente sus derechos y su potencial de estar sanos, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados de ese desarrollo. La equidad de género alude a la justicia en la distribución de las responsabilidades, los*

18 Campaña por una Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. Op. Cit.

19 WHITEHEAD. 1992. cit. En: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 14.

20 Es importante reconocer las diferencias entre mujeres y la apuesta por entender que las situaciones de desigualdad de las mujeres no sólo tienen que ver con el género, sino también con su relación con otros ámbitos de poder como la raza, la etnia, la clase social, el curso de vida, la sexualidad, etc. y que todos estos campos deben ser tenidos en cuenta tanto en la formulación de las políticas de salud, como en la oferta de servicios y en el análisis de la morbilidad y la mortalidad relacionada con la SSR.

recursos y el poder entre mujeres y hombres. La justicia de esta distribución se basa en el reconocimiento de las diferencias existentes entre los sexos en dichos ámbitos, y en el imperativo de asignar diferencialmente los recursos para rectificar disparidades injustas.[21]

La equidad de género en salud se basa en la consideración de que las diferencias en cuanto a necesidades de salud, acceso y control de los recursos generan desigualdades que se expresan en los perfiles epidemiológicos de mujeres y hombres. Estas diferencias y desigualdades de género pueden generar situaciones más precarias cuando se entrelazan con otros órdenes de poder como los de raza, etnicidad, clase social, curso de vida, sexualidad y discapacidad. «En el caso particular de las adolescentes, por ejemplo, la desigualdad y la discriminación basadas en el género las hace más vulnerables frente a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección, y al abuso físico y psicológico».[22] Es también claro en el ámbito de la SSR que problemas como la morbilidad y mortalidad materna afectan de manera desproporcionada a mujeres negras e indígenas, lo que implica incluir una discusión sobre las desigualdades raciales en el análisis del problema y en su solución. Así también, debemos tener en cuenta tanto la raza como la clase en el análisis del aborto inseguro.[23]

Cabe decir, que una perspectiva de género en salud no puede ser resuelta con un modelo único, ya que es importante considerar las diferencias culturales[24] para no imponer modelos prescriptivos en torno al género que no consideran las condiciones contextuales.

3. Situación de la salud sexual y reproductiva

3.1. Salud sexual y reproductiva de adolescentes

Los avances en políticas públicas en las últimas décadas reconocen a las y los adolescentes como agentes sociales[25] y han servido para generar espacios de

21 Organización Panamericana de la Salud. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. 2008, p. 14.
22 Prosesa. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Documento base. Consultoría para el Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en el marco del Proyecto «Intervenciones estratégicas para el mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes» (MEX5R11F). México D.F., Diciembre de 2011, p. 8.
23 Gil-Hernández, Franklin. Raza, clase y anticoncepción. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, CLAM, 2011.
24 Prosesa. Op. cit.
25 Cf. Convención sobre los derechos del niño (1989); Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005); Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la

participación que les permitan influir en la manera como se piensa el modelo de sociedad y particularmente en las cuestiones que tienen que ver específicamente con ellos, como su salud sexual y reproductiva, la educación, la recreación, el deporte, aspectos de la cultura y los problemas de violencia en los contextos que habitan.

Las y los adolescentes son y deben ser reconocidos como sujetos de derecho, por esto no pueden ser considerados como objetos pasivos de protección del Estado.[26] Es así como el artículo 45 de la Constitución de 1991 establece: «El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud».

En específico en el tema que nos convoca, asumir la definición integral de SSR en el marco de los derechos humanos, tal como ha sido expuesta en los apartados anteriores, en el caso de las y los adolescentes, implica que el ejercicio de la sexualidad se les reconoce y protege, considerando sus dinámicas particulares y asegurando entornos sociales e instituciones que nos los discriminen.

Si bien la adolescencia es identificada como un periodo particular del curso de vida, que implica cambios sociales, emocionales y biológicos, es importante considerar que este reconocimiento obedece a un proceso histórico más o menos reciente en las sociedades occidentales y que en ese sentido no podemos dar una definición universal de adolescencia,[27] ya que algunas sociedades no solo no se comportan de la misma manera ante ella, sino que incluso no necesariamente la reconocen.

Pensar los problemas sociales de las y los adolescentes implica también pensar la contingencia de esta categoría etaria y poblacional, así como considerar las

Adolescencia; Ley 1622 del 29 de abril de 2013 por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones; y el Conpes 147 Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Enero 31 de 2012.

26 Cf. Organización de Naciones Unidas. Informe sobre la juventud mundial. 2005. y Cf. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: Notas de población n°85. 2007.

27 Cf. Margulis, M. y Urresti, M. La construcción social de la condición de juventud. En: CUBIDES, H. (ed). Viviendo a Toda: Jóvenes, Territorios Culturales y Nuevas Sensibilidades. Bogotá: Universidad Central, Siglo del Hombre, 1998.
Cf. Flórez, Carmen Elisa, et al. Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Bogotá: CEDE, UNIANDES, 2004.
Cf. Ministerio de Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas, 2008.

representaciones prejuiciosas asociadas al curso de vida que a veces estigmatizan los comportamientos de las personas, atribuyen significados estereotipados y generan prácticas moralizantes, por ejemplo, en relación con la práctica de la sexualidad en la adolescencia vista como un elemento negativo y peligroso.

El marco actual de DSR está lejos de poner en cuestión la contingencia de este momento del ciclo de vida, pero es claro en generar un acuerdo ético en torno al disfrute y exploración de la sexualidad en la adolescencia y la insistencia en que existan las garantías sociales para que estas prácticas se desarrollen con libertad, información de calidad y sin consecuencias negativas para los proyectos de vida de las y los adolescentes.

> *«Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo durante el cual: 1) el individuo pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual; 2) vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño/a a adulto/a y, 3) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de independencia en estas áreas».*[28] *La OMS identifica este momento del curso de vida en un periodo amplio, entre los 10 y 19 años, con diversas etapas intermedias que representan diferencias cualitativas importantes en el desarrollo en general y de la sexualidad en particular, y reconoce este momento vital como un elemento clave de atención pública, dado que «muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, [que] son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida».*[29]

3.1.1. Atención integral en SSR para adolescentes

La oferta de servicios en SSR se debe organizar en torno a una gestión integral de los servicios de salud, que entendemos como «un proceso dinámico, flexible y sistemático de articulación de los recursos disponibles, para producir servicios de calidad que respondan a las necesidades en SSR de las personas y contribuyan eficazmente en la prevención de los eventos adversos y patologías derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción».[30] Teniendo en cuenta este marco los servicios deben atender a los siguientes principios:

28 Organización Mundial de la Salud. 2002. Cit. En: Flórez, et al. Op. cit., p. 17.
29 Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. 2013. s.p.
30 Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/Sida y Ministerio de la Protección Social. Infección por VIH y SIDA en Colombia, estado del arte 2000-2005. Bogotá: Programa

- Que respondan a las necesidades de las y los adolescentes teniendo en cuenta la particularidad en esa etapa del curso de vida y a la vez considerando la diversidad existente entre los adolescentes, como ya se mencionó antes.

- Que se aborde la sexualidad desde una perspectiva integral que incluye los DSR.

- Que se fundamenten en la educación sexual comprensiva y basada en derechos humanos, provista tanto a través del sistema escolar formal como a través de otras instancias.

- Que se reconozcan y superen las barreras que dificultan el acceso de este grupo a los servicios.

- Que se incorporen estrategias de detección temprana.

- Que se incorpore el modelo de servicios amigables.

- Que sean eficientes en la atención que brindan en las áreas médicas y de consejería.

- Que se tenga especial atención en el perfil de los profesionales que hacen parte de los programas y servicios.

- Que se consideren actividades de Información Educación y Comunicación (IEC).

- Que se potencie el trabajo colaborativo, mediante la integración de los programas de salud asociados (Vih/Sida, salud materna, vacunación, etc.)

- Que se integren mecanismos de monitoreo y evaluación que permitan incorporar ajustes en forma oportuna.[31,32]

Y debe incluir los siguientes servicios o una ruta crítica eficiente y oportuna que asegure el acceso a los servicios en otras instancias:

- Actividades de IEC: Orientadas a la obtención de información de calidad sobre prevención de ITS y Vih/Sida, prácticas de autocuidado en relación

Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006, p. 27.

31 Ibíd.

32 Prosesa. Op. cit.

con el ejercicio de la sexualidad (como el uso del condón, autoexamen de seno y testicular, retraso de la edad de inicio de las relaciones sexuales), la prevención de embarazos no planeados, la consulta temprana, las pruebas voluntarias y la consejería. Incluye educación de pares y campañas en medios masivos de comunicación.

- Asesoría sicológica: en aspectos del desarrollo sexual y proyecto de vida.
- Asesoría de prueba voluntaria (APV).
- Servicios de consejería en sexualidad en general, anticoncepción y asesoría pre y post para prueba voluntaria.
- Anticoncepción: asesoría y acceso a métodos anticonceptivos.
- Acceso gratuito a condones de calidad.
- Diagnóstico y tratamiento del Vih/Sida.
- Salud sexual y reproductiva de las mujeres: citología cérvico-vaginal, prevención de cáncer de cuello uterino, VPH y cáncer de seno.
- Atención a la violencia sexual y de género: acompañamiento sicosocial, asesoría y acceso a anticoncepción de emergencia, profilaxis preventiva para ITS y Vih/Sida, e IVE, según cada caso.
- Atención especializada a la embarazada de alto riesgo y a la menor de 15 años.
- Prevención del segundo y tercer embarazo en la adolescencia.
- Actividades intersectoriales claramente definidas entre los sistemas de educación, salud y aquellos encargados de las políticas de infancia y adolescencia.[33,34]

33 Estos elementos son de diferentes fuentes (Prosesa. Op. cit, Ministerio de Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Op. cit), además de algunos que se extraen del conocimiento de los servicios de SSR para adolescentes por experiencias de trabajo anteriores.

34 Según el CONPES 147 de 2012, desde «antes del 2010 se habían logrado algunos avances en articulación, en particular entre los Ministerios de Protección Social (MPS), Educación Nacional (MEN), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Presidencia de la República, quienes desde el año 2003, promueven la adopción de estrategias de coordinación y articulación de las políticas sectoriales para aumentar la cobertura y mejorar el impacto y la calidad de los servicios para adolescentes y jóvenes, a través del acoplamiento de los programas Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes, Educación para

Si bien existen programas de anticoncepción disponibles en los centros de salud, varios estudios han mostrado que el acceso de las y los adolescentes a programas diseñados para adultos no es eficaz y que una adaptación poblacional aumenta considerablemente el acceso.[35,36] La estrategia de servicios amigables para adolescentes y jóvenes resulta ser el modelo que mejor realiza esta adaptación. «El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y la Organización Panamericana de la Salud, OPS, definen los servicios amigables como 'aquellos servicios en los cuales adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud agradables, cualquiera sea su demanda, para ellos(as) y sus familias, gracias al vínculo que se establece entre usuarios y usuarias con el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones'».[37]

> *«El propósito fundamental de los servicios amigables es el cuidado y mantenimiento de la salud de adolescentes y jóvenes, el cual, en el marco de la protección social, tiene varios componentes que están normatizados en las Resoluciones 412 y 3384 de 2000».*[38]

La atención integral a este grupo poblacional implica combinar una adaptación particular a este momento del curso de la vida, atendiendo a una serie de eventos biológicos, emocionales y sociales,[39] al tiempo que considerando que cada persona vive este momento de maneras distintas. Efectivamente, implementar estrategias de abordaje integral para esta población implica reconocer la diversidad en la adolescencia, diversidad que tiene que ver con los contextos sociales donde las y los adolescentes viven (urbano, rural, zonas de conflicto armado, sectores populares, sectores medios, etc.),[40] con las diferencias culturales (indígenas, afrocolombianos, raizales, palenqueros, etc.), con la diversidad en las prácticas e identidades sexuales y con los modelos económicos y la precariedad económica, que hacen que en algunos contextos este momento de moratoria social se reduzca, dado que adolescentes y niños deben trabajar de manera remunerada y asumir roles adultos.

---

la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, y Redes Constructoras de Paz y Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos» (CONPES 147, 2000:13)

35 Mejía, Mary Luz, et al. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación. Documento regional – 2010. Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2010.

36 La Resolución 412 del año 2000 crea la norma técnica de detención de alteraciones del joven que visibilizó por primera vez la salud de adolescentes y jóvenes en los servicios de salud, pero es con el Código de infancia y adolescencia (Ley 1098 del 2006) que se garantiza de manera más clara acceso gratuito de adolecentes a servicios especializados de SSR, y con base en el Decreto 1011 de 2006 (Sistema obligatorio de garantía de calidad) y en la Ley 1122 del 2007 se orienta la creación de servicios integrales y diferenciados a través del Modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. (Cf. Mejía, et al. Op. cit.).

37 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, Op cit., p. 17.

38 Ibíd., p. 64.

39 Ver estos cambios en detalle en cada una de las sub-etapas: adolescencia temprana, media y tardía, juventud en Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, Op cit., p. 25-33.

40 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, Op. cit.

En ese sentido, además de ofertas de servicios especializados en SSR con personal calificado y sensible a las necesidades específicas de las y los adolescentes, la atención integral implica la conexión con otro tipo de programas y políticas orientados a lograr educación sexual de calidad y entornos pacíficos y equitativos que generen calidad de vida para ellos.

Una atención integral en SSR para adolescentes incluye además los siguientes aspectos en política pública:

- Una política nacional armonizada con el marco internacional de derechos humanos y estándares en salud de la OMS.
- Asignación de presupuesto adecuado para las políticas y distintas medidas contenidas en el marco normativo.
- Sistema de vigilancia en salud que monitoree al menos los siguientes indicadores: tasas específicas de fecundidad adolescente (incluido detalle sobre 2º y 3er embarazo), uso de anticonceptivos (incluida anticoncepción de emergencia), tasa de mortalidad y morbilidad materna (incluido el detalle sobre las causas de aborto inseguro en adolescentes), número de servicios amigables instalados y funcionando (y cobertura efectiva), seroprevalencia en Vih/Sida en adolescentes, demanda insatisfecha en anticoncepción para adolescentes.[41]
- Modelo de servicios amigables para adolescentes que incluye la participación activa en los programas de las y los adolescentes, y que incluyen servicios de consejería, atención en salud y diagnóstico.
- Política nacional de educación sexual armonizada con el marco internacional de derechos humanos y estándares en salud de la OMS y con presupuesto adecuado.
- Políticas regionales y locales que descentralicen acciones concretas y sostenibles en los territorios.[42]

41 Tomados de los indicadores en salud sexual y reproductivas sugeridos por la OMS.

42 «Si bien a nivel nacional se ha logrado avanzar en la articulación entre el MEN y el MSPS, a nivel territorial no se ha alcanzado una acción conjunta y sistemática entre las secretarías de Educación y Salud para el abordaje de la problemática, ni una coordinación para la realización de estrategias tanto informativas como educativas dirigidas a los diferentes actores y beneficiarios» (Colombia. Consejo Nacional de Política Social. Conpes 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Enero 31 de 2012, P. 14)

- Legislación que reconozca de manera clara los DSR de las y los adolescentes.
- Oportunidades de desarrollo y emprendimiento.
- Estrategias de mercadeo social que sean liderados por adolescentes o que los incluyan en alguna parte del proceso.[43]

3.1.2. Situación de la salud sexual y reproductiva en adolescentes

Según el último censo (2005) el 28,73% de la población colombiana se encontraba entre los 10 y los 24 años de edad.[44] Las proyecciones del DANE para el año 2013 indican que aproximadamente el 27,45% de la población estaría en este grupo de edad (12'938.436),[45] lo cual lo convierte en un grupo importante dentro de la población general.

Los problemas de SSR de las y los adolescentes no derivan simplemente de las 'características intrínsecas' de un particular momento del ciclo de vida, sino del lugar social que ocupan y de las relaciones de poder en las que se encuentran. En ese sentido, es fundamental asumir una mirada que no considere a las y los adolescentes como problemas, sino como sujetos en medio de unas relaciones sociales. En esta perspectiva comprensiva e integral la OPS ha propuesto como orientación a los programas de prevención de embarazo en la adolescencia –uno de los problema fundamentales en SSR para esta población– que «en vez de considerar la prevención de los problemas de los jóvenes, el desarrollo de los jóvenes y el desarrollo de la comunidad como prioridades que compiten entre sí, se deben considerar como metas inseparables».[46] Este enfoque implica entonces además de servicios de salud y educación sexual, entornos que propicien una mayor calidad de vida, una mayor igualdad de oportunidades y desarrollo de proyectos de vida.

3.1.2.1. Embarazo en la adolescencia, aspectos generales

En relación con los embarazos no planeados, cabe decir que «la ocurrencia de embarazos a temprana edad ha sido considerada, a partir de la década de los setenta, una problemática social y de salud pública necesaria de ser intervenida a fin

43 Estos elementos son de diferentes fuentes (Prosesa. Op. cit, Ministerio de Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Op. cit), además de algunos que se extraen del conocimiento de los servicios de SSR para adolescentes por experiencias de trabajo anteriores.

44 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, Op cit., p. 35.

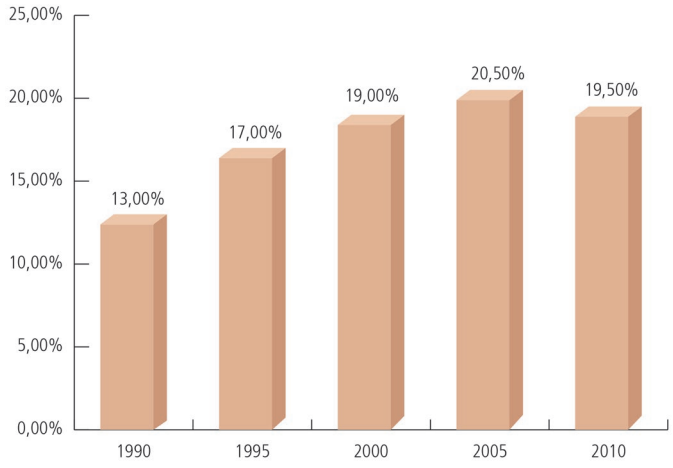
45 DANE. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad a junio 30 de 2013.

46 Shutt-Aine y Maddaleno. 2003. Cit. En: Colombia. Consejo Nacional de Política Social. Conpes 147. Op. cit., p. 7.

de procurar un mejor desarrollo individual, una mejor calidad de vida y mejores índices de desarrollo».[47] Varios estudios documentan estos riesgos y su relación con condiciones de pobreza –así como la perpetuación del círculo de la pobreza– y con problemas de movilidad social y educativa de las adolescentes. En todo caso, es importante considerar que el embarazo adolescente aislado no se puede entender como La Causa de la pobreza en sociedades tan desiguales y con pocas ofertas de educación y empleo para jóvenes y adolescentes, como la nuestra.

Es importante considerar el embarazo adolescente, no como una 'causa natural' de la pobreza de donde se derivaría una consecuente preocupación moral sobre él, sino como un fenómeno encadenado a cuestiones fundamentales sobre las desigualdades de clase, raciales y de género, la falta de oportunidades y la situación de violencia que caracterizan a países en desarrollo como el nuestro. Una reducción de las tasas de fecundidad de las adolescentes sin sistemas educativos fortalecidos y accesibles y sin oportunidades de empleo es un logro inalcanzable, o más bien lo primero sólo se puede lograr con lo segundo.

Una de las noticias más destacadas en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 fue un leve descenso del embarazo adolescente, que pasó del 20,5% (2005) al 19,5 (2010), esto teniendo en cuenta que los datos de la ENDS, desde su primera versión en el año 1990, reportaban un crecimiento progresivo en los últimos años.



Porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas por diferentes ENDS[48]

47 Colombia. Consejo Nacional de Política Social. Conpes 147. Op. cit., p. 4.
48 Datos tomados de PROFAMILIA. Informe de prensa. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, USAID, 2010, p. 19.

Sin embargo, el embarazo adolescente sigue siendo una situación preocupante, ya que 1 de cada 5 mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada. Debemos considerar también que este indicador nacional se expresa de forma muy diferenciada en las regiones: mientras en ciudades como Bogotá, Cali y Medellín bajó la fecundidad adolescente entre 5 y 6 puntos, y en varias localidades de la zona central se observa un descenso, hay incrementos importantes en ciudades como Barranquilla, en Antioquia (sin Medellín) y en la Región Pacífica, la Orinoquía y la Amazonía. También por estrato socioeconómico el comportamiento del embarazo adolescente es muy diversificado, ya que el 57% de los embarazos se concentran en el quintil 'más bajo' y 'bajo' de riqueza, mientras el 'medio' representa el 19%, el 'alto' el 14% y el 'muy alto' 7%.[49]

Los riesgos asociados al embarazo en este momento del curso de vida son importantes. Tengamos en cuenta que el 16% de las muertes maternas reportadas por el DANE en el 2008 ocurrieron en adolescentes entre los 10 y los 19 años de edad;[50] para el año 2012, según la misma fuente, tenemos el 16,75% (65 muertes).[51]

Las características principales que se pueden señalar al hacer un seguimiento de las ENDS desde 1990 a 2010, según el estudio en profundidad de la ENDS sobre factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia son:

- Un aumento en el embarazo adolescente, especialmente entre 1990 y 2005.
- Una mayor prevalencia del embarazo entre las adolescentes unidas frente a las no unidas pero que han iniciado actividad sexual.
- Una tendencia creciente en la prevalencia del embarazo adolescente entre las alguna vez unidas.
- Una disminución de la prevalencia entre las nunca unidas con inicio de relaciones sexuales.
- Un aumento en la prevalencia de madres solteras.

49 Ibíd.
50 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Documento técnico que incluye el protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años ajustado y validado por pares externos. Marzo de 2013 convenio MPS/UNFPA 036. Línea salud adolescente, producto 6. Bogotá, 2013, p. 10.
51 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estadísticas vitales. Defunciones maternas por grupos de edad, según lista de causas a 3 caracteres CIE-10 año 2012 preliminar. Bogotá, 2012.

- Un inicio de las relaciones sexuales cada vez más temprano.

- Una disminución en la prevalencia del embarazo adolescente entre las adolescentes expuestas al riesgo de embarazo, frente a un aumento entre todas las adolescentes. Esto debido a los cambios marcados en el inicio y densidad de relaciones sexuales, junto con el mayor uso de métodos modernos de control natal.[52]

3.1.2.2. Embarazo en menores de 15 años

Una cuestión específica en este panorama tiene que ver con el embarazo en menores de 15 años. Tengamos en cuenta que según la legislación nacional el embarazo en niñas menores de 14 años se considera producto de acceso carnal violento o acceso carnal abusivo con menor.[53,54] Efectivamente, en nuestro país la edad de consentimiento sexual se encuentra a partir de los 14 años, por debajo de esta edad el consentimiento para tener relaciones sexuales no resulta válido y se presume como resultado de abuso y violencia.[55]

Son pocos los países en América Latina y el Caribe que tienen datos de fecundidad en menores de 15 años, así como son escasas las investigaciones realizadas en este grupo de edad, principalmente por aspectos éticos relacionado con la obtención del consentimiento informado para la participación y la estrecha relación que esta situación tiene con distintas formas de abuso sexual.[56]

> *De acuerdo con estadísticas del DANE, la proporción de nacimientos en adolescentes menores de 15 años en Colombia aumenta de 0,91% en el 2006 a 0,98% en el 2009; las entidades territoriales que tuvieron mayor número de casos de embarazos en adolescentes menores de 15 años fueron Antioquia (1.081), Valle (626), Bogotá (574), Córdoba (374) y Bolívar (330). En términos poblacionales las entidades territoriales que tuvieron un mayor aporte de nacimientos en menores de 15 años fueron los departamentos de Guaviare (2,92%); Guainía (2,44%), Vaupés (2,27%) Vichada (2,24%), Caquetá (2,03%) y Arauca (1,76%).*[57]

52 Flórez, Carmen Elisa y Soto, Victoria Eugenia. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Serie de estudios en profundidad ENDS 1990 – 2010. Bogotá: Profamilia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.
53 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, Documento técnico que incluye el protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años, Op. cit.
54 Según la Ley 599 de 2000 artículos 205 a 209 y la Ley 1236 de 2008, artículos 1 al 6.
55 Gómez, Pío Iván, Molina, Ramiro y Zamberlin, Nina. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima: FLASOG y PROMEX, 2011.
56 Ibíd.
57 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, Documento técnico que incluye el protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años, Op. cit., p. 10.

El estudio de Gómez, Molina y Zamberlin[58] muestra que adolescentes mayores de 15 años embarazadas con buenas redes de apoyo y con buen acceso al adecuado control prenatal presentan resultados obstétricos comparables con las mujeres de mayor edad, sin embargo, en las menores de 15 años la situación no es tan alentadora ya que éstas presentan mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto. Según los autores mencionados, cuando el embarazo se presenta antes de los 15 años, se aumentan los síntomas de ansiedad frente a los dolores del parto y existe mayor dificultad en el posicionamiento en el rol de madres. «Son muy dependientes de sus propias madres, especialmente cuando es un embarazo por abuso sexual, y no asumen la crianza de su hijo(a), que por lo general queda a cargo de la abuela».[59]

En Colombia la tasa específica de embarazo en adolescentes de 10 a 14 años para el año 2011 fue de 2,92 por 1.000 mujeres de la misma edad. Con datos entre los años 2005 a 2011 la tasa más alta se dio en el 2008 con 3,17 por 1.000 mujeres de la misma edad. Observemos que la tasa no presenta mayores tendencias de reducción.[60]

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años por 1.000 mujeres de la misma edad	2,95	2,97	3,01	3,17	3,15	2,92	2,92

Tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años, 2005 a 2011 en Colombia[61]

Con respecto al porcentaje de nacidos vivos cuyas madres eran menores de 15 años, en relación con los nacidos vivos totales del país, Colombia presenta un porcentaje del 0,78% en el año 2000 y aumenta hasta 0,97% en el año 2008, siendo uno de los dos países con más altas proporciones de embarazos en el grupo de mujeres menores de 15 años junto con Brasil.[62]

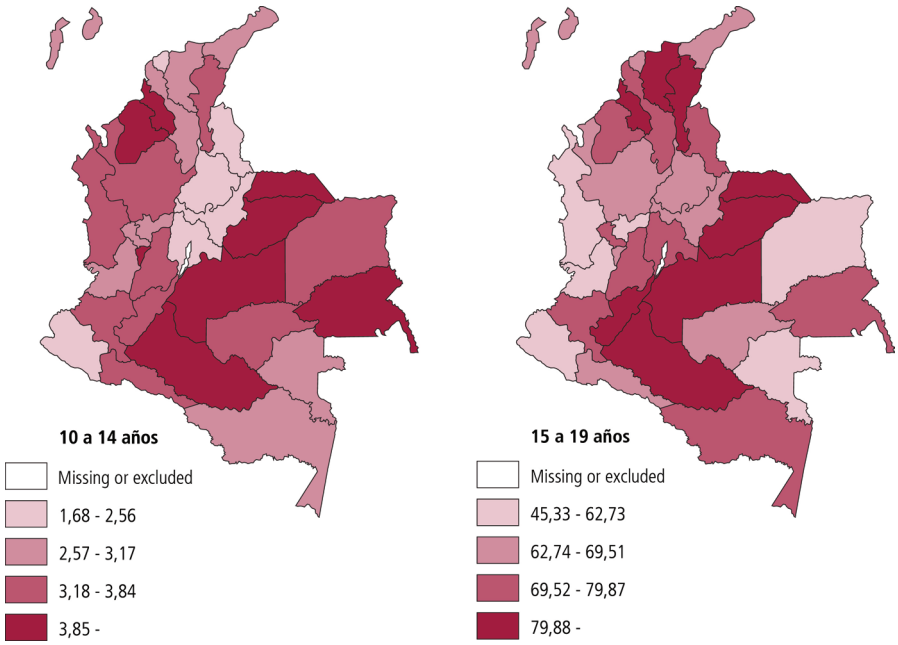
Los abortos en este grupo poblacional son más tardíos y por lo general más inseguros que en la población de mujeres adultas, pues las adolescentes identifican más tardíamente la situación de embarazo y tienen más riesgo de recurrir a métodos inseguros y a prestadores no calificados. En nuestro país, según el

58 Gómez, Molina y Zamberlin, Op. cit.
59 Ibíd., p. 18.
60 Estadísticas Vitales del DANE. Cálculos efectuados en el SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social).
61 Ibíd.
62 Gómez, Molina y Zamberlin, Op. cit.

DANE, el 3,23% de las muertes por aborto en el año 2008 correspondió a niñas entre 10 y 14 años.[63]

Cuando comparamos la fecundidad adolescente diferenciando el grupo entre 15 y 19 años y el de menores de 15 años, encontramos algunos departamentos coincidentes en tener los primeros lugares, pero también unas variaciones.

> *La distribución geográfica de las Tasa específicas de fecundidad para adolescentes presentan patrones similares que coinciden en el pie de monte de la cordillera oriental, el Norte de Antioquia y Córdoba y en el Departamento del Cauca y Chocó. Para el caso de los menores de 15 años estos se presentan con cifras alarmantes en los departamentos de Córdoba y Sucre, Quindío, Arauca, Casanare, Meta, Caquetá y Guainía. En el caso de las mujeres de 15 a 19 años, los de mayor incidencia son: Sucre, Magdalena, Cesar, Arauca, Casanare, Meta, Huila y Caquetá.*[64]



Cálculo a partir de proyecciones poblacionales DANE y nacimiento y DANE.

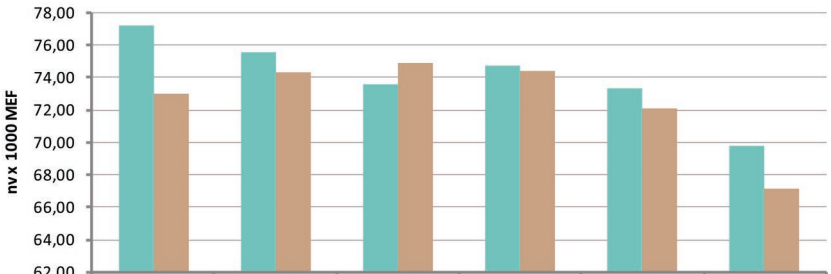
Tasas de fecundidad adolescente por departamentos, grupo 15 a 19 años y 10 a 14 años.[65]

La comparación entre los dos grupos de edad también nos permite observar que mientras el embarazo adolescente en el grupo de 15 a 19 años tiene un perfil más

63 Ibíd.
64 GALLEGO, Germán. Documento borrador con análisis de la Línea de Base del Observatorio de Embarazo Adolescente en Colombia para publicación. Bogotá: Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazo Adolescente en Colombia, 2013. (Documento interno). p. 21
65 Mapas tomados de: Ibíd., p. 21

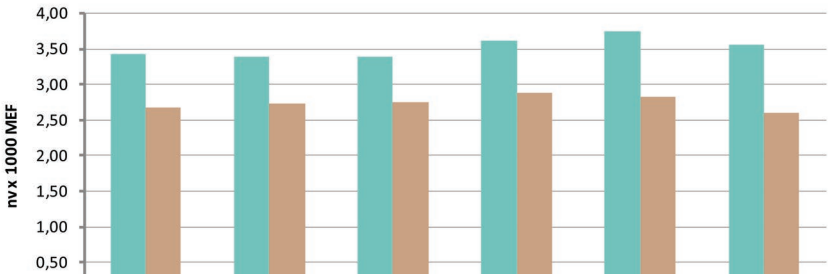
cercano históricamente entre la zona urbana y la rural, no es así para el grupo de las menores de 15 años, donde el contraste entre zona rural y urbana es mayor. Observamos también que mientras en el grupo de las mayores es evidente el descenso en los años 2009 y 2010, no es así para las menores de 15 años.[66]

Tasa específica de fecundidad Urbana y Rural de 15 a 19 años, Colombia 2005 a 2010



	Suma de 2005	Suma de 2006	Suma de 2007	Suma de 2008	Suma de 2009	Suma de 2010
rural	77,18	75,50	73,51	74,72	73,31	69,77
urbano	73,00	74,28	74,84	74,39	72,10	67,13

Tasa específica de fecundidad Urbana y Rural de 10 a 14 años, Colombia 2005 a 2010



	Suma de 2005	Suma de 2006	Suma de 2007	Suma de 2008	Suma de 2009	Suma de 2010
rural	3,42	3,38	3,38	3,61	3,74	3,55
urbano	2,66	2,72	2,74	2,87	2,81	2,60

Tasas de fecundidad específica por lugar de residencia dividido en dos grupos etarios 2005-2010.[67]

Un estudio de caso sobre los determinantes sociales y los impactos biosicosociales del embarazo adolescente en menores de 15 años realizado por el Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas en el año 2012,[68] nos da algunos detalles que merecen ser destacados.

66 Ibíd.
67 Gráficas tomadas de: Ibíd., p. 22.
68 Martínez, A. Proyecto: estudio de caso de los determinantes sociales y los impactos biosicosociales del embarazo adolescente en menores de 15 años. Bogotá: Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas, febrero de 2012.

Este estudio encontró en relación con deserción escolar que el 27,8% de las adolescentes que no se encontraban escolarizadas había abandonado los estudios antes de quedar en embarazo y el 50% lo hizo durante el embarazo. Sobre uso de métodos de anticoncepción, el estudio reporta que un alto porcentaje (95%) de estas adolescentes no había usado ningún tipo de método anticonceptivo antes del embarazo y que en el posparto sólo el 28% de ellas recibió asesoría en anticoncepción.[69]

Se encontró también que un poco más del 57% de las gestantes tenía pareja, el 2% no la tenía y en el 34,8% no se encontró información al respecto. Sólo en 29 historias se encontró información sobre el rol económico de la pareja, así, en el 79% de los casos la pareja responde o colabora económicamente con la manutención de la gestante y el recién nacido.[70] Finalmente, se encontró que la violencia intrafamiliar fue, en la mayoría de los casos, la causa de la salida a temprana edad de la menor del hogar y el inicio de su vida conyugal.[71]

Como cierre provisional a este apartado, cabe seguir analizando este problema en el marco de la violencia sexual, donde cobra particular valor el dato de la edad del padre. Al respecto, según un diagnóstico del embarazo en la adolescencia realizado por el Ministerio de Protección Social en el año 2010, sobre datos de las estadísticas vitales del DANE del año 2008, tenemos que sólo el 0,8% de los nacimientos de adolescentes de 10 a 14 años, tiene un padre de la misma edad de la madre. En el 39% de los nacimientos de adolescentes de 10 a 14 años el padre tiene entre 15 y 19 años y en el 61% tienen padres mayores de 20 años.

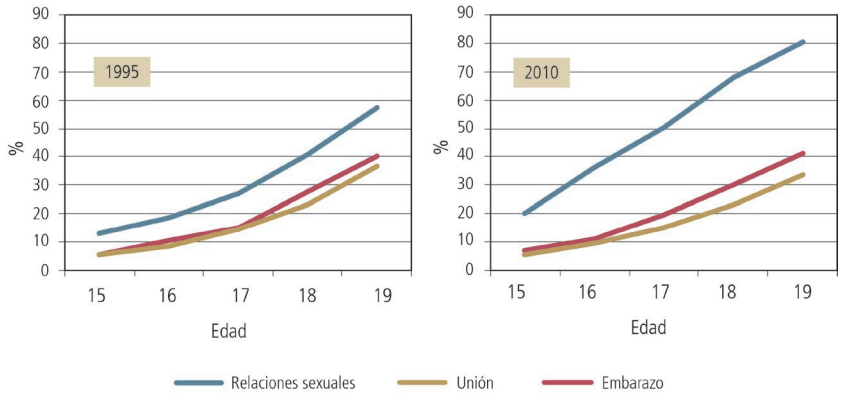
69 Ibíd.
70 Ibíd.
71 Ibíd.

Grupo de Edad del Padre		Grupo de Edad de la Madre														Total
		10 a 14		15 a 19		20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	Sin info	55 a 69	< 10	
		01	%	02	%	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
10 a 14	01	59	0,8	104	0,1	12	9	5	6	3			4			203
15 a 19	02	2.676	38,5	33.869	21,1	6.582	1.234	257	115	31	9	8	247			45.088
20 a 24	03	2.406	34,6	69 .734	43,5	70.126	17.866	4.206	1.182	249	43	14	1.099			167.003
25 a 29	04	783	11,3	31.474	19,6	71.142	58.916	15.535	4.246	669	67	33	1.131			184.027
30 a 34	05	246	3,5	10.451	6,5	29.790	45.522	32.588	8.579	1.403	84	36	775	1		129.485
35 a 39	06	124	1,8	4.502	2,8	12.954	20.923	25.405	17.209	2.656	139	24	541			84.482
40 a 44	07	68	1,0	1.878	1,2	5.385	8.633	11.743	12.620	4.699	216	18	285			45.547
45 a 49	08	29	0,4	793	0,5	2.096	3.375	4.340	5.273	3.008	334	12	127			19.388
50 a 54	09	20	0,3	352	0,2	948	1.428	1.793	2.136	1.337	169	7	51			8.242
Sin info	10	520	7,5	7.128	4,4	7.354	5.233	3.439	2.032	711	103	12	1.208		1	27.753
55 a 69	11	13	0,2	193	0,1	482	759	951	1.134	717	141	8	38			4.436
< 10	12															0
Total		6.944	100,0	160.478	100,00	206.871	163.898	100.262	54.532	15.483	1.305	172	5.506	1	1	715.653

Número de nacimientos por grupo de edad de la madre y el padre, Colombia 2008.[72]

3.1.2.3. Embarazo en la adolescencia, inicio de las relaciones sexuales y tipo de unión

Como se muestra en el siguiente gráfico, tomado del estudio en profundidad de la ENDS sobre factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia, «en los últimos 15 años, la disociación entre el inicio de relaciones sexuales, el establecimiento de uniones y la maternidad se ha ampliado. No solo las relaciones sexuales previas al establecimiento de una unión son cada vez más comunes, sino también lo es el nacimiento de hijos antes de la constitución de la unión»[73]

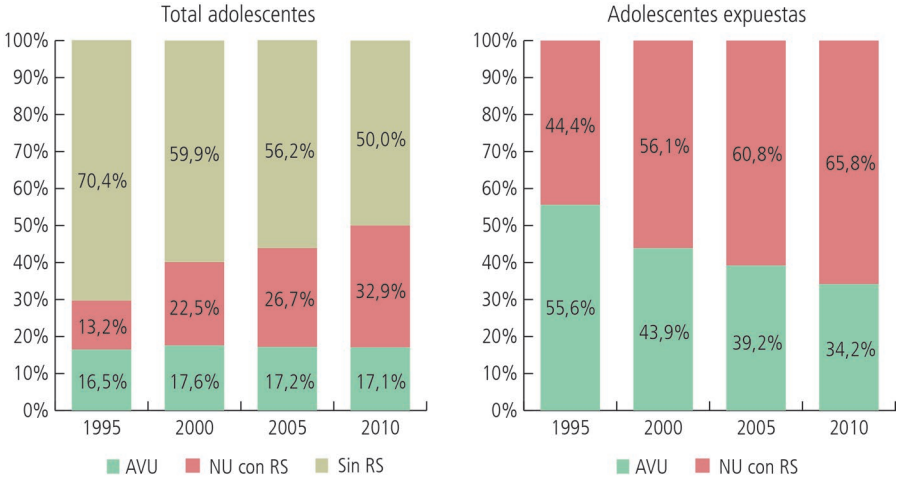


Fuente: Cálculos propios. ENDS-1995, ENDS-2010.

Porcentaje de adolescentes por edad según inicio de actividades reproductivas (1995 y 2010).[74]

72 Fuente: Bases de Datos de Nacimientos en Colombia. Estadísticas Vitales. DANE. Junio de 2010.
73 Flórez y Soto. Op. cit., p. 20.
74 Gráfico tomado de Flórez y Soto. Op. cit., p. 21.

Una mirada integral a estos datos nos muestra que más que el establecimiento de uniones es el cada vez más temprano inicio de las relaciones sexuales el factor principal asociado a riesgo de embarazo no planeado.[75] Una comparación de los resultados de los diferentes años muestra la creciente exposición de las adolescentes no unidas con vida sexual activa frente a las unidas.



Nota: AVU = Alguna vez Unida NU con RS = Nunca Unida con Relaciones Sexuales Sin RS = Sin Relaciones Sexuales
Fuente: Cálculos propios. ENDS-1995, ENDS-2000, ENDS-2005, ENDS-2010.

Porcentaje de adolescentes por exposición al riesgo de embarazo (1995 - 2010).[76]

Efectivamente, vemos que el grupo de las que no han tenido relaciones sexuales viene decreciendo desde un 70% en 1990 a 50% en el año 2010. Contrariamente el grupo de las no unidas con vida sexual activa viene creciendo, grupo que es también el más expuesto a riesgo de embarazo y cuya exposición ha venido aumentado, invirtiendo los datos entre 'las alguna vez unidas' y 'las no unidas con vida sexual activa': en 1995 'las alguna vez unidas' representaban el 55,6% de la exposición a embarazo, mientras 'las no unidas con vida sexual activa' representaban el 44,4%; para el año 2010, el primer grupo representa el 34,2%, mientras el segundo corresponde al 65,8%.

Según la ENDS 2010 el 14% de las jóvenes que hoy tienen entre 20 y 24 años tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir 15 años, el 60% antes de los 18 años y el 82% antes de cumplir 20 años.[77]

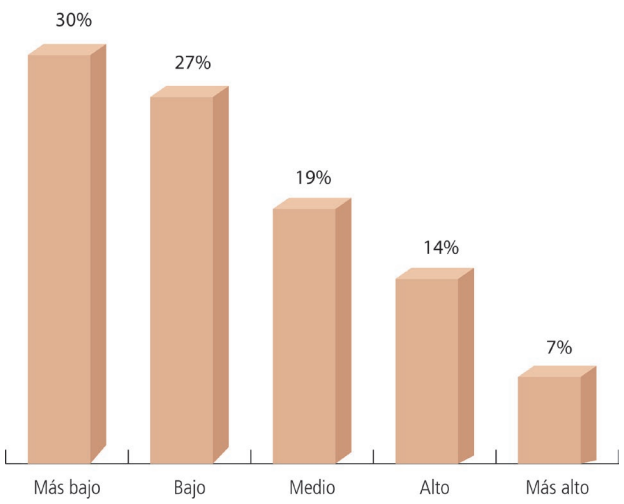
75 Flórez y Soto. Op. cit.
76 Gráfico tomado de Flórez y Soto. Op. cit., p. 22.
77 PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia, Ministerio de la Protección Social. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, USAID, 2010.

3.1.2.4. Embarazo adolescente y situación socio-económica

Si bien estas cifras representan en sí un problema, debido a los riesgos de los embarazos en este momento de la vida, la situación es más crítica si tenemos en cuenta el impacto sobre los proyectos de vida, dado que generalmente son embarazos no planeados y que este evento está relacionado con problemas de movilidad social para las jóvenes e interrupción de los proyectos escolares.

> *De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, el 34% de las madres menores de 20 años reportaron querer su hijo en el momento en que quedaron embarazada, el 16% no lo quería en ese momento y el 50% lo quería más tarde, indicando que el 66% restante tenía otro proyecto de vida, que no incluía ser madre en esa etapa de su vida. Unido a esto, según la Encuesta Nacional de Deserción Escolar –ENDE– se encontró que en algunas entidades territoriales (Facatativá, Atlántico, Ipiales, Sabaneta y Vaupés)* **más del 50% de los estudiantes que alguna vez han abandonado el sistema educativo lo hicieron porque «iba a ser padre o madre»**, *pudiendo indicar un cambio en su proyecto de vida.*[78]

Existe una relación entre las condiciones socioeconómicas y el embarazo adolescente. Los resultados de la ENDS 2010 muestran claramente que el 57% de las adolescentes embarazadas se encuentran en los quintiles bajo y más bajo del índice de riqueza, el 76% se concentran en los quintiles medio, bajo y más bajo, y sólo el 21% de las adolescentes embarazadas están en los quintiles alto y más alto.



Adolescentes embarazadas por índice de riqueza ENDS 2010.[79]

78 COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. Conpes 147. Op. cit., p. 4-5. Las negrillas no están en el original.

79 Gráfica tomada de: PROFAMILIA, Informe de prensa. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit., p. 21.

En relación con las condiciones sociales de manera más detallada y si dividimos el grupo de adolescentes en tres: las que no han iniciado su vida sexual, las que iniciaron su vida sexual pero nunca se han unido y las alguna vez unidas, se encuentra que las primeras tienen las condiciones más favorables, seguidas «por el grupo de las nunca unidas que han iniciado relaciones sexuales; por último, se encuentra el grupo de alguna vez unidas, con las condiciones más desfavorables»[80]

Entre las que ya iniciaron su vida sexual las nunca unidas tiene mejores condiciones que 'las alguna vez unidas':

> *«Las variables descriptivas también indican que dentro del grupo de adolescentes que ya iniciaron relaciones sexuales, las nunca unidas muestran mejores condiciones que las alguna vez unidas en cuanto a factores sociodemográficos (nivel educativo, asistencia escolar, migración), conocimiento (del ciclo menstrual) y prácticas (uso del condón en la primera relación sexual y uso, alguna vez, de métodos modernos de planificación familiar). Igualmente, tienen características personales más favorables, relacionadas con la familia (madres más educadas), la pareja (menor diferencia de edad del primer compañero sexual) y el acceso a educación sexual por medios formales (colegios, talleres, etc.). Es importante resaltar el alto porcentaje de adolescentes alguna vez unidas con un primer compañero sexual mayor al menos 6 años de edad (58 % y 49 %).*[81]

3.1.2.5. Embarazo subsiguiente

A pesar de los esfuerzos realizados en políticas públicas de salud y educación las cifras del embarazo adolescente se mantienen. En los últimos años además, se ha visibilizado una situación que aumenta la precariedad en torno a este problema: el embarazo subsiguiente, es decir, adolescentes que experimentan un segundo o un tercer embarazo. Los embarazos subsiguientes en la adolescencia agravan el panorama para la madre y su hijo, aumentando las consecuencias asociadas, pero también amenazando de manera más grave las condiciones sociales económicas de la adolescente, de sus hijos,[82] y de los grupos familiares de los que puedan hacer parte.[83]

80 Flórez y Soto. Op. cit., p. 25.
81 Ibíd., p. 23.
82 Garnica, Lina María, Pinzón, Ángela María y Ruíz, Ángela María. Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. Bogotá: Universidad CES y Universidad del Rosario, 2012.
83 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas, Documento técnico que incluye el protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años, Op. cit.

En la búsqueda de nuevos compañeros que les brinden protección –un esquema tradicional de género– es común encontrar tanto nuevas uniones como nuevos embarazos.[84]

El embarazo subsiguiente en adolescentes según estudios realizados en la región de América Latina varía entre el 5,2% y el 46%, dependiendo del país y la región estudiada. En Colombia los estudios específicos son escasos, sin embargo, se ha encontrado una prevalencia del 26,4% de embarazo subsiguiente en adolescentes.[85] Según el estudio de Garnica, Pinzón y Ruíz[86] hay otros problemas asociados, como la disminución en búsqueda de atención en salud: los controles prenatales disminuyen de un 96% en adolescentes con un único embarazo a 88% en aquellas que repiten la gestación. También se encontró una asociación con el consumo de sustancias psicoactivas en las adolescentes con un único embarazo, pero mayor en las que tenían dos y más embarazos: 12% y 15% respectivamente.[87] Los datos indican que la deserción escolar es un factor de riesgo importante cuando hay dos o más embarazos en las adolescentes.[88]

Los factores sociodemográficos que se han asociado en Colombia con el evento de un segundo o tercer embarazo adolescente son principalmente la baja escolaridad, pertenecer a minorías étnicas, habitar en la zona urbana, encontrarse fuera del hogar, y vivir situaciones de violencia y abuso sexual. En cuanto a los factores gineco-obstétricos se ha asociado con la edad de inicio de relaciones sexuales menor a 15 años, tener compañero sexual mayor en 10 años, que el primer embarazo sea deseado[89] y tener un recién nacido prematuro como producto del primer embarazo.[90]

> *Respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, se evidencia que las adolescentes que tuvieron su primera experiencia a edades tempranas - antes de cumplir 15 años - presentaron un mayor riesgo de recurrencia del embarazo. Esto se explica porque el intervalo de tiempo en que la joven está expuesta al riesgo de ser madre adolescente es mayor en este grupo. La misma lógica se puede aplicar para explicar el por qué se encontró una asociación entre corta edad al primer parto y embarazo*

84 Andrade, M. Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo Subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASI/1 en el año 2009. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2009.
85 Garnica, Pinzón y Ruíz, Op. cit.
86 Ibíd.
87 Ibíd.
88 Ibíd.
89 La aceptación de la maternidad ha sido asociada como un factor de riesgo para repetir un embarazo en la adolescencia. Cf. Garnica, Pinzón y Ruíz, Op. cit.
90 Garnica, Pinzón y Ruíz, Op. cit.

recurrente. Las adolescentes que tuvieron su primer parto a edades más tempranas tuvieron más tiempo para embarazarse la segunda vez.[91]

Se encontró, paradójicamente, que aquellas adolescentes con más de un embarazo tenían mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos.[92] Este punto nos plantea preguntas sobre la calidad y disponibilidad de los servicios de anticoncepción, la calidad de la información sobre el uso de los métodos y la relación entre conocimientos y prácticas anticonceptivas.

Sobre la relación entre embarazo subsiguiente y pobreza el estudio aquí citado de Garnica, Pinzón y Ruíz,[93] concluye que:

El embarazo en la etapa de la adolescencia es consecuencia de múltiples factores, tiene su mayor impacto en el área psicosocial, dado que contribuye a una destrucción de los proyectos de la vida de la adolescente, pocas oportunidades de trabajo y por tanto, perpetúa el círculo de la pobreza, y demás factores que incurrieron inicialmente en su aparición por lo que es de suponer que en una madre adolescente se asocien factores similares para quedar nuevamente en embarazo.[94]

3.1.2.6. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Aunque es creciente el uso de métodos anticonceptivos modernos en todos los grupos de edad de mujeres y el conocimiento de métodos anticonceptivos es bastante alto, cabe decir que, según la ENDS 2010, el 39,5% de las adolescentes unidas sexualmente activas y el 20,8 de las no unidas, no usan ningún método anticonceptivo. El condón es el método anticonceptivo más usado por las adolescentes no unidas (34%), seguido de los inyectables (17%), píldoras (11%), implantes (6%) y DIU (3%). Mientras en las unidas el método más utilizado es la inyección (24%), seguido de las píldoras (10%), implantes (8%), condones (8%) y DIU (4%).[95]

Así también aunque el 88% de las mujeres que tenían entre 15 y 19 años comenzaron uso de anticoncepción sin tener hijos, la necesidad insatisfecha de anticoncepción en adolescentes estaba en el 20%.[96]

91 Ibíd., p. 39.
92 Ibíd.
93 Ibíd.
94 Ibíd., p. 42.
95 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit.
96 Ibíd.

3.1.2.7. Vih/Sida e ITS en adolescentes

Según los reportes del SIVIGILA, en el año 2011, encontramos que el 3,09% [247 casos] de vih corresponden a menores de 18 años y 1,7% [136 casos] a menores de 15 años.[97] En relación con las ITS, el grupo de edad entre 15 y 19 años ocupa aproximadamente el tercer lugar entre los grupos de edad que consultó por una ITS en al año 2011 (10.1%) aumentando casi dos puntos con respecto al año 2010. En primer lugar están los grupos de 20-24 y 25-29 años, en segundo lugar el de 30 a 34 años.

Grupos de edad	2009	%	2010	%	2011	%
0 a 4 años	1.872	2,0	1.498	1,8	1.787	1,7
5 a 9 años	949	1,0	773	0,9	1.052	1,0
10 a 14 años	1.596	1,7	1.300	1,6	2.338	2,2
15 a 19 años	8.043	8,6	7.167	8,6	10.773	10,1
20 a 24 años	16.947	18,2	15.014	18,1	18.133	17,0
25 a 29 años	18.403	19,7	15.549	18,7	18.112	17,0
30 a 34 años	13.771	14,8	12.122	14,6	15.333	14,4
35 a 39 años	10.039	10,8	8.896	10,7	10.894	10,2
40 a 44 años	7.905	8,5	7.121	8,6	9.042	8,5
45 a 49 años	5.543	5,9	5.459	6,6	7.238	6,8
50 a 54 años	3.236	3,5	3.221	3,9	4.503	4,2
55 a 59 años	1.944	2,1	1.890	2,3	2.751	2,6
60 a 64 años	1.099	1,2	1.225	1,5	1.821	1,7
65 a 69 años	765	0,8	786	0,9	1.244	1,2
70 a 74 años	465	0,5	458	0,6	813	0,8
75 a 79 años	361	0,4	344	0,4	516	0,5
80 y más años	293	0,3	321	0,4	529	0,5
Total	93.321	100,0	83.144	100,0	106.879	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social SISPRO. Registro individual de prestación de servicios 2009-2011.

Distribución de las personas que conzsultaron por una ITS, según grupo de edad. Colombia 2009 a 2011.[98]

97 Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011. Bogotá, 25 de Mayo 2012, p. 3.

98 Tabla tomada de Ministerio de Salud y Protección Social. Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009 – 2011. Bogotá, 2011.

3.2. Salud materna e interrupción voluntaria del embarazo (IVE)[99]

«La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos».[100]

El asunto más grave en relación con las políticas de salud es que nos encontremos ante un acontecimiento altamente evitable, ya que según la OMS y OPS aproximadamente el 95% de estas muertes son prevenibles con la implementación de programas de atención a la mujer en el embarazo, el parto y el posparto.[101] El nivel de importancia que tiene este problema hizo que fuera asumido como uno de los ocho objetivos del milenio.

Según la OMS,[102] las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) y los abortos inseguros. En menor medida, otras complicaciones asociadas a enfermedades como el paludismo, o la infección por Vih/Sida en el embarazo.

99 Antes de entrar en el problema específico de la salud materna como uno de los componentes clave en este documento, es importante explicitar que reconocemos que la salud de las mujeres contiene un espectro más amplio e integral, al menos por dos razones: la primera tiene que ver con el hecho de que la SSR de las mujeres no puede ser reducida a los eventos del embarazo y la maternidad, si no que apunta al goce del ejercicio de la sexualidad, teniendo en cuenta la diversidad de las mujeres, incluido el hecho de que algunas mujeres no son ni quieren ser madres. La segunda razón atiende a que en general se ha reducido la preocupación por la salud de las mujeres en esta área a las cuestiones reproductivas y su rol como madres, situación que no permite visibilizarlas como sujetas sexuales activas y que genera a veces vulneraciones a sus DSR. Por ejemplo, muchas de las barreras en relación con acceso a anticoncepción y servicios seguros de aborto tiene que ver con la imposición social de su rol como madres, imposición que puede incluso someterlas a riesgos para su vida y su salud, como cuando se obliga a las mujeres a prolongar embarazos por encima de su salud emocional y física. La Recomendación General No 24 de la CEDAW (1999), que explica y profundiza el artículo 12 –la mujer y la salud– de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, es clave en el entendimiento integral de la SSR de las mujeres. En relación con los servicios de salud y la equidad de género dice la Convención: «Los Estados Partes no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada o por su condición de mujer. El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones».

100 Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348 Mayo de 2012. s.p. Véase también: Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2008.

101 Ibíd.

102 Ibíd.

El aborto inseguro, ocupa un lugar importante en las muertes maternas, de allí que demande una especial atención. En relación con los abortos inseguros, es importante resaltar que es uno de los temas más destacados en relación con la morbi-mortalidad materna[103] .[104]

3.2.1. Atención integral y maternidad segura

Según la OPS la maternidad segura se refiere a la promoción y protección del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de mujeres, madres y recién nacidos y no solo al funcionamiento o infraestructura de establecimientos de salud. La maternidad segura debe reflejar la diversidad de experiencias de mujeres embarazadas, de acuerdo con la desigualdad en la distribución del ingreso, las inequidades relacionadas con el lugar de residencia, origen étnico y género.[105]

Para el goce de una maternidad segura se han señalado diversos factores determinantes, como es por ejemplo la atención del parto por personal calificado y entrenado, pues se ha identificado como un factor decisivo en la reducción de la mortalidad materna.[106] La atención prenatal igualmente constituye un determinante importante para constituir una red de protección para el embarazo y el parto, así como el monitoreo del bienestar de la embarazada y de los recién nacidos, para esto la OMS y la UNICEF recomiendan un mínimo de cuatro consultas prenatales.[107]

El control de la fecundidad también constituye un aspecto esencial en la garantía de la maternidad segura. La fecundidad en las adolescentes contribuye a aumentar las cifras de muertes maternas e infantiles, esto si tenemos en cuenta que las madres muy jóvenes tienen más riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo y el parto, sus hijos pueden ver afectado su bienestar, además de los posibles efectos sobre la pérdida de oportunidades educativas, laborales y socioeconómicas.[108]

103 Cf. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición. 2012. y DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca e MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. Em: Esc. Anna Nery. 2010, vol.14, n.1, p. 177-181.

104 Razón por la que desde el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, se solicitó a los gobiernos y a las organizaciones de mayor influencia «enfrentar el impacto que tiene el aborto como problema fundamental a nivel mundial y propuso la reducción en el uso del aborto, incrementando y fortaleciendo los servicios de salud enfocados a planificación familiar». Organización de Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 1994.

105 Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa Maternidad Segura (IMS). Plan de Acción. 2010.

106 Es necesario tener en cuenta que en el momento también hay varias estrategias de parto alternativo y parto en casa, promovidas por diversas organizaciones.

107 Organización de Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del Milenio, Op. Cit.

108 Ibíd.

Según la OMS para alcanzar la salud materna y cumplir con el objetivo del milenio N°5, todos los países deberían realizar una identificación de deficiencias en cobertura y en la calidad de toda la atención materna, mejorar la provisión de intervenciones y medidas esenciales, identificar las desigualdades en la cobertura, y aumentar la destinación de recursos para garantizar la atención materna.[109]

La mortalidad materna debemos comprenderla como un fenómeno íntimamente ligado a los derechos humanos de las mujeres y con las situaciones de inequidad económica, racial y de género. Factores como la falta de poder de decisión frente a tener o no hijos, la violencia de género, la presión sociocultural en torno a la maternidad, la usencia de servicios de información, la falta de acceso a servicios de anticoncepción y la falta de políticas de educación sexual, son factores determinantes para la salud materna.[110]

McCarthy y Maine,[111] sugieren que los factores relacionados con la mortalidad materna podrían clasificarse en tres grupos principales, de acuerdo con factores lejanos, intermedios y próximos. Los factores lejanos, no tienen una asociación directa, pero generan un impacto a través de cadenas causales relacionadas con la situación socio-económica y cultural de las mujeres, que les permiten o no ejercer autonomía sobre las decisiones relacionadas con su salud o su vida. Los factores intermedios, guardan relación con la preexistencia de comorbilidades y condiciones de salud de las mujeres que hacen que el riesgo potencial de toda gestación, se incremente, y en tercer lugar, encontramos los determinantes próximos, que se expresan en las llamadas urgencias médicas o complicaciones predecibles e impredecibles derivadas de la gestación.

En el caso colombiano es importante considerar que la mortalidad materna es un fenómeno focalizado, donde existen unas fuertes diferencias entre los datos nacionales y de la zona central en contraste con una situación gravísima en zonas marginales con alta participación de población indígena y negra, como se mostrará más adelante. Estas zonas tienen unas características similares en relación con algunos indicadores precarios en la calidad de vida, algunas diferencias culturales en relación con el parto, y una particularidad en relación con la disponibilidad de los servicios de salud, ya que se trata de zonas con muchas dificultades de transporte y con poco o a veces ningún alcance de los programas de salud y de la red de servicios.[112]

109 Organización Mundial de la Salud. Cuenta regresiva 2015, Informe del Decenio. 2010.
110 Comisión Económica para América Latina y El Caribe y Organización Mundial de la Salud. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Capítulo V. Santiago de Chile, 2005. P. 145 - 180.
111 McCARTHY, James and MAINE, Deborah. A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. Studies in Family Planning, Vol. 23, No. 1 (Jan. - Feb., 1992), pp. 23-33.
112 Según el III Informe de seguimiento al ODM 5 meta 5 A (documento interno del Ministerio de Salud y protección Social) de los 300 municipios del país que tienen razones de mortali-

Una atención integral en relación con maternidad segura requiere:

- Una política nacional, y en este caso necesariamente regionalizada, focalizada y adaptada culturalmente, armonizada con el marco internacional de derechos humanos y estándares en salud de la OMS y con presupuesto adecuado.

- Política de educación comunitaria en salud reproductiva de las mujeres, armonizada con el marco internacional de derechos humanos, con presupuesto adecuado y que incluya las parteras y otras posibilidades de agentes locales comunitarios de salud.

- Políticas regionales y locales que descentralicen acciones concretas y sostenibles en los territorios y que consideren la cuestión de las distancias geográficas.

- Legislación que reconozca de manera clara la mortalidad materna como un punto central de los planes de desarrollo.

- Sistema de vigilancia en salud eficiente que monitoree los siguientes indicadores: tasa de total de fecundidad, uso de anticonceptivos (incluida anticoncepción de emergencia), tasa de mortalidad y morbilidad materna general, morbilidad materna extrema, tasa de mortalidad y morbilidad materna por aborto inseguro en mujeres adultas y jóvenes, tasa de mortalidad perinatal, porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, prevalencia de sífilis en mujeres jóvenes embarazadas atendidas en cuidado prenatal, porcentaje de mujeres atendidas al menos al menos una vez durante el embarazo por personal de salud calificado, porcentaje de nacimientos atendidos por personal de salud calificado,[113] número de estrategias comunitarias sobre maternidad segura, número de instalaciones en funcionamiento para la atención obstétrica básica esencial por cada 500.000 habitantes, número de instalaciones en funcionamiento para la atención obstétrica esencial completa por cada 500.000 habitantes,[114] seroprevalencia en Vih/Sida en mujeres adultas

dad materna superiores a 125 por 100.000 nacidos vivos, el 37 % no cuentan con una IPS habilitada para atender partos.

113 Es necesario tener en cuenta que en el momento también hay varias estrategias de parto alternativo y parto en casa, promovidas por diversas organizaciones que valdría la pena hacer seguimiento.

114 La atención obstétrica básica esencial debe incluir antibióticos parenterales, oxitócicos (medicamentos para estimular contracciones uterinas para prevenir o tratar hemorragias después del parto), sedantes para la eclampsia y para remoción manual de placenta y otros productos retenidos. Por su parte, la atención obstétrica esencial completa debe incluir tanto atención obstétrica básica esencial, como cirugía, anestesia y transfusiones de sangre. Cook. Op. cit., p. 17.

y transmisión vertical, demanda insatisfecha en anticoncepción para mujeres adultas.[115] Relación entre morbilidad materna extrema[116] y mortalidad materna.

- Implementación de vigilancia y de atención de morbilidad materna extrema (MME)
- Programas de educación comunitaria que incluyan a los hombres en el cuidado del embarazo y la educación sobre signos y síntomas de alarma.
- Campañas integrales y sostenidas sobre DSR en medios masivos de comunicación.
- Actividades intersectoriales claramente definidas entre los sistemas de educación, salud y los que les corresponden políticas relacionadas con la equidad de género.
- Estrategias concretas en lo local para hacer frente a 'los retrasos' con componente comunitario.
- Oportunidades de desarrollo y emprendimiento para las mujeres.
- Estrategias de mercadeo social lideradas por las mujeres.
- Acceso a anticoncepción de emergencia.
- Acceso a servicios seguros y de calidad para interrumpir el embarazo en edades gestacionales avanzadas.
- Acceso a servicios de aborto, seguros y oportunos, que consideren la cuestión de las distancias geográficas.[117]

115 Tomados de los indicadores en salud sexual y reproductivas indicados por la OMS.

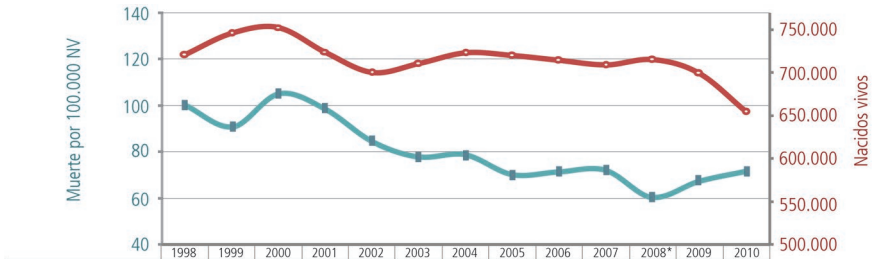
116 Es una complicación grave que ocurre durante la gestación, parto o puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte: eclampsia, choque séptico, choque hipovolémico, paro cardiaco, edema pulmonar, coagulación, complicaciones vasculares, renales, hepáticas, metabólicas, cerebrales y respiratorias. Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Vigilancia de la morbilidad materna extrema. Bogotá, 2010. P. 19-20.

117 Algunos de los elementos son tomados de Cook. Op. cit. de Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Vigilancia de la morbilidad materna extrema. Bogotá, 2010. Otros, son tomados de las situaciones identificadas.

3.2.2. Situación de la mortalidad materna[118,119]

Según datos del DANE en el año 2011 se registra una razón de 68,82 muertes maternas por cada 100.000 mil nacidos vivos,[120] lo cual ubica a Colombia debajo del «promedio de los países del área andina, pero con cifras superiores a Brasil, Chile, México, Costa Rica, Argentina, Uruguay y Cuba. Desde el año 2009 se evidencia una marcada reducción en el total de recién nacidos vivos, lo que ha velado el efecto que ha tenido la reducción absoluta de las defunciones sobre el indicador.».[121]

«La tasa de mortalidad materna, entendida como la relación que existe entre las muertes maternas ocurridas y la población de mujeres en edad fértil, (…) ha evidenciado una tendencia hacia la disminución sostenida equivalente al 43% en los últimos 13 años iniciando en 7,69 en el año 1998 hasta una tasa de 4,39 en el año 2010»[122,123]



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009	2010
Razón de muerte materna	100,14	90,73	104,94	98,58	84,37	77,81	78,69	70,14	71,38	72,05	60,38	67,31	71,64
NV	720984	746194	752834	724319	700455	710702	723099	719968	714450	709253	715453	699775	654627

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009	2010
Muertes Maternas	772	677	790	714	591	553	569	505	510	511	432	471	469
Tasa de mortalidad materna	7,69	7,11	8,19	7,31	5,98	5,54	5,64	4,95	4,95	4,91	4,11	4,45	4,39
% de reducción frente a linea de base	-	-7%	7%	-5%	-22%	-28%	-27%	-36%	-36%	-36%	-46%	-42%	-43%

Fuente DANE - EEVV (datos de recolección sin ajuste). Cálculos (Ministerio de Salud y Protección Social) [5]

Razón de mortalidad materna y nacidos vivos, Colombia, 1998-2010[124]

118 Los temas relativos a la morbilidad relacionada con el Vih/Sida y las ITS, serán abordados en el apartado 3.4. Infecciones de transmisión sexual y Vih/Sida.

119 Para este componente, como se verá a lo largo del texto, se trata de dar un panorama a partir de fuentes distintas pero con poco alcance en términos de evolución. Identificamos que era útil dar diferencias entre algunas variables interesantes, sin embargo, los periodos escogidos están relacionados con la información disponible y las fuentes donde tomamos el análisis sobre los cambios.

120 DANE –Estadísticas Vitales– EEVV sin ajuste. III Informe de seguimiento al cumplimiento de los ODM (2013).

121 Gallego, Germán. Informe final contrato de prestación de servicios 375 del 25 de junio de 2012. Fortalecimiento de las estrategias de salud materna, incluidas la gestión para la calidad de la atención del evento obstétrico, vigilancia de la morbilidad materna y atención de la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo). Bogotá: Ministerio de salud y protección social, 2012. (Documento interno). p. 3.

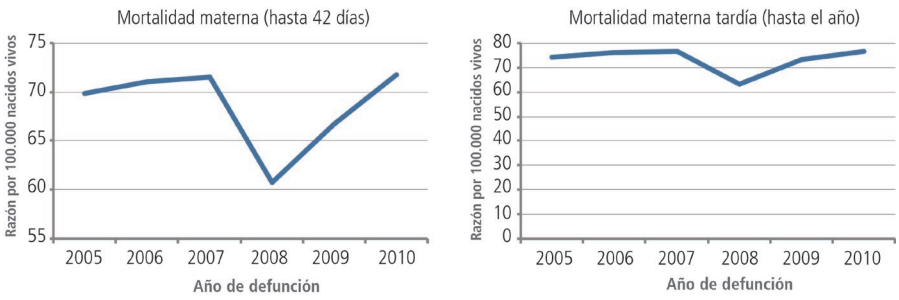
122 Ibíd., p. 4.

123 Para este caso la Tasa de mortalidad materna se entiende como: (n muertes materna / población femenina entre 15 y 44 años) * 100.000.

124 Gráfica tomada de: Gallego, Informe final contrato de prestación de servicios 375 del 25 de junio de 2012, Op. cit., p. 4. Los datos del año 2008 están en revisión dado que hay más casos reportados en el SIVIGILA que en las estadísticas vitales del DANE, habiendo un probable subregistro por parte de la segunda fuente.

3.2.2.1. Mortalidad materna temprana y tardía: evolución

La razón de mortalidad materna en el país hasta los 42 días post parto para el año 2005 fue de 69,73 y se ha observado un incremento hasta el año 2007 cuando llegó a 71,34 muertes por cada 100.000. En el año 2008 se observó un descenso de 10,96 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, pero en los últimos años el comportamiento de la mortalidad materna ha retomado la tendencia creciente que tenía, y es así como en el 2010 tenemos una razón de 71,64.[125] «Del mismo lado la mortalidad materna tardía muestra un comportamiento general al incremento que ha pasado de 73,06 en el año 2005 a 75,31 en el año 2010».[126]



Fuente: Elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO.

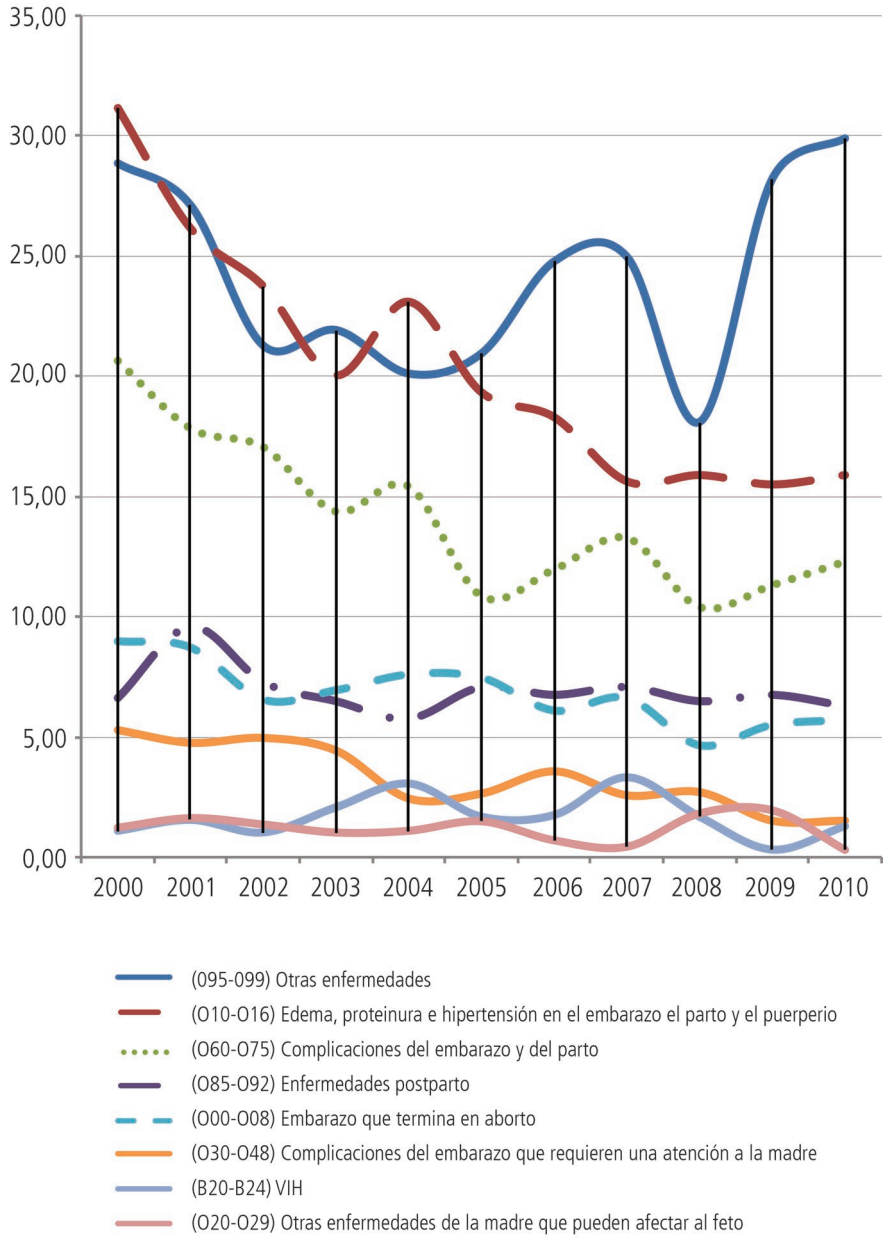
Mortalidad materna. Colombia, 2005-2010.[127]

3.2.2.2. Causas de la mortalidad materna

La primera causa de mortalidad materna en el año 2005 fue la toxemia, la segunda, la hemorragia asociada al parto, la tercera, fue el homicidio, la cuarta causa fue el suicidio y en quinto lugar estuvo la sepsis puerperal. El aborto ocupa el sexto lugar, que en años anteriores había estado entre la tercera y cuarta causa.[128]

En los datos más actuales, tenemos que «durante el año 2010 ocurrieron 485 muertes maternas en el país. El 40,41% (196 muertes) se deben a afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte, el 21,44% (104 muertes) a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio y el 16,70% (81) a complicaciones del trabajo de parto y del parto».[129]

125 Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud según regiones Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo ASIS, 2013.
126 Ibíd., p. 42
127 Gráfica tomada de: Ibíd., p. 42.
128 Fino, Elena. Mortalidad relacionada con el embarazo, Colombia 1985-2005. Bogotá: Instituto Nacional de Salud (INS), 2005.
129 Ministerio de Salud y Protección Social, Análisis de situación de salud según regiones Colombia, Op. cit. p. 42.



Razón de mortalidad materna por causas (grupos de categorías CIE-10), 2000 - 2010, Colombia.[130]

Para el año 2011, según las estadísticas vitales del DANE,[131] de las 474 muertes maternas, 136 correspondieron a «otras enfermedades maternas no clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio», 48 no especificadas, 42 a hipertensión gestacional con proteinuria significativa,

130 Gráfica tomada de: GALLEGO, Informe final contrato de prestación de servicios 375 del 25 de junio de 2012, Op. cit., p. 11.

131 DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Estadísticas vitales. Defunciones maternas por grupos de edad, según lista de causas a 3 caracteres CIE-10 año 2011. Bogotá, 2011.

41 a hemorragia posparto, 33 a eclampsia, 22 a embolia obstétrica, 17 a sepsis puerperal, las más frecuentes.

Para el año 2012, según el DANE,[132] de las 338 muertes maternas, 103 correspondieron a «otras enfermedades maternas no clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio», 47 correspondieron a hipertensión gestacional con proteinuria significativa, 46 a hemorragia posparto, 26 no especificadas, 23 a eclampsia, 17 a sepsis puerperal, las más frecuentes.

3.2.2.3. Régimen de seguridad social

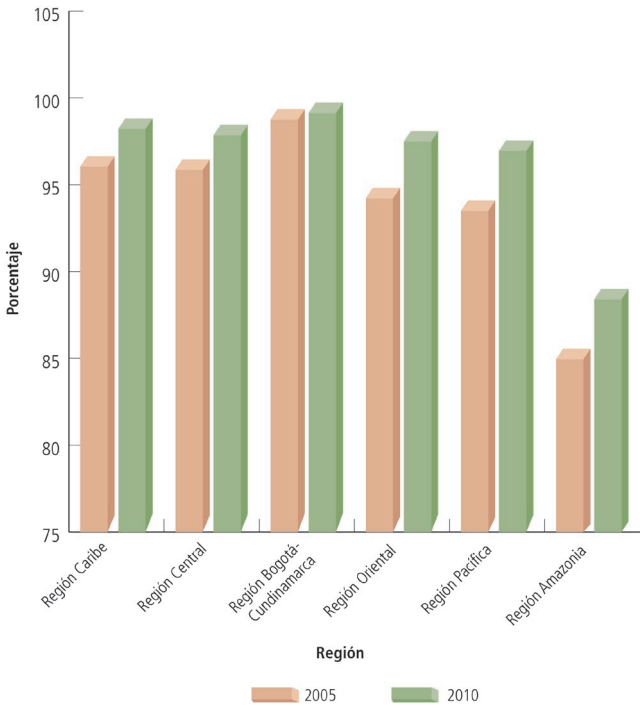
En cuanto a la afiliación al sistema de seguridad social y salud, en el 2005, la razón específica de mortalidad por el contributivo fue de 37 por 100.000 nacidos vivos, mientras el vinculado fue de 74 y subsidiado 83. Esa brecha era mayor en el año 2001: el contributivo tenía 61, el vinculado 92 y el subsidiado subía hasta 119. Como vemos, la mortalidad materna en el año 2005 en las 'vinculadas' es muy similar a la mortalidad materna nacional, mientras las del 'régimen contributivo' manejaban menor razón de mortalidad materna. Las mujeres del 'régimen subsidiado' tienen una mortalidad materna superior.[133]

3.2.2.4. Parto institucional y atención prenatal

Dentro del acceso a los servicios de salud tenemos la atención del parto. Según la ENDS 2010, en Colombia la atención institucional del parto aumentó un 2,01% entre los años 2005 y 2010. «Aunque todas las regiones han incrementado la cobertura de atención es más notable en las regiones Oriental y Pacífica donde el incremento fue de 3,43% y 3,06% respectivamente»,[134] y donde en años anteriores el parto institucional era menor comparado con otras regiones.

De acuerdo con la ENDS 2010, el 95,4% de las mujeres encuestadas manifestaron haber tenido atención de parto institucional. «El porcentaje de atención es más bajo entre las mujeres con nivel educativo más bajo o sin educación quienes manifiestan haber tenido el parto en la casa o en otro sitio».[135]

132 Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Defunciones maternas por grupos de edad año 2012, Op. cit.
133 Fino. Op. cit.
134 Ministerio de Salud y Protección Social, Análisis de situación de salud según regiones Colombia, Op. cit. p. 45.
135 Ibíd.



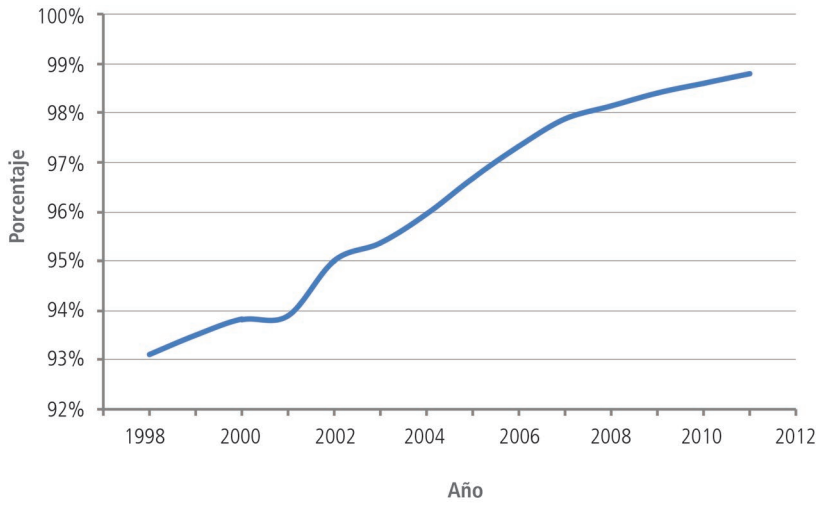
Fuente: Elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO.

Cobertura de atención institucional del parto, según regiones. Colombia, 2005 y 2010.[136]

> *Según la ENDS 2010, el 91,7% de las mujeres encuestadas que habían tenido nacimientos en los 5 años previos a la encuesta recibieron atención prenatal de un profesional médico, lo cual representa un 4,6% más que lo encontrado en la ENDS 2005. El 5,3% de las atenciones prenatales fueron brindadas por un profesional de enfermería, un 1,5% menos que lo encontrado en la ENDS 2005. Un 3,0% de las mujeres no recibieron atención prenatal lo cual es un 3,4% menos que lo encontrado en el año 2005.*[137]

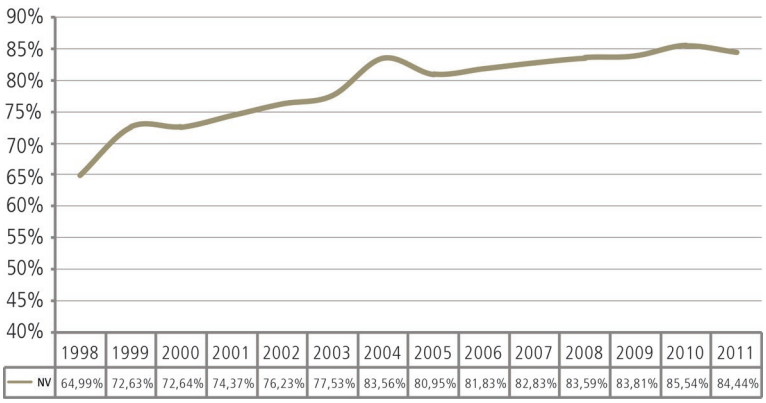
La cobertura de control prenatal se ha incrementado en Colombia un 3,86% durante los años 2005 a 2010. En todas las regiones del país se ha aumentado el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales. La excepción es la región de la Amazonía y la Orinoquía donde la cobertura descendió 6,30%.[138] Efectivamente, a nivel nacional, el cumplimiento de la meta de estos indicadores se obtuvo desde el año 2003 y se ha mantenido por encima del 95% (ver gráfica abajo). Sin embargo, para los departamentos de Arauca y el grupo de departamentos de la Amazonía (Amazonas, Guainía, Guaviare y Vaupés) estos indicadores representan un rezago importante. Para el caso de este último la cifra se aleja en casi 13 puntos porcentuales de la meta de 95%.

136 Gráfica tomada de: Ibíd.
137 Ibíd., p. 46.
138 Ibíd.



Porcentaje de atención institucional del parto 1996-2012.[139]

Según las estadísticas vitales del DANE, la proporción de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales está en 84,44%, una tendencia progresiva al aumento si observamos este indicador en el año 1998 donde sólo el 65% de los nacidos vivos tenían una suficiente concentración de controles prenatales.



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
NV	64,99%	72,63%	72,64%	74,37%	76,23%	77,53%	83,56%	80,95%	81,83%	82,83%	83,59%	83,81%	85,54%	84,44%

Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales, Colombia 1998 - 2011.[140]

En todo caso, éste es un indicador que requiere seguimiento, ya que si observamos estos cambios en términos regionales, tenemos que en el año 2011 sólo los departamentos del Quindío y Huila cumplen la cobertura esperada en el marco de los ODM. Con excepción de los departamentos de la Región Amazónica, que

139 DANE –Estadísticas Vitales– EEVV sin ajuste. III Informe de seguimiento al cumplimiento de los ODM (2013).
140 Ibíd.

de hecho tienen una tendencia a bajar la cobertura, todos los departamentos se encuentran entre el 70 y el 89% de cobertura. A pesar de que desde el año 1998 todos los departamentos han mejorado en esta cobertura, quienes tenían menos cobertura al inicio de la serie como Chocó, han logrado los mayores incrementos de cobertura.[141] Por otro lado, Bogotá D.C. que tenía en el año 1998 coberturas superiores al 80%, sólo ha tenido un aumento del 5,3%. En el caso de Huila, este departamento con porcentajes de diligenciamiento de la variable superior al 90% en los últimos años, ha logrado un aumento de 42 puntos porcentuales. Similar es el caso de Cesar, Sucre y Atlántico. En Casanare, Bogotá y San Andrés se aprecian disminución en la cobertura desde el 2005, la cual es más observable para la Región Amazónica.

	2011	Cambio desde 1998	Cambio desde 2005
Nacional	**84,44%**	**19,45%**	**3,49%**
Antioquia	**87,35%**	16,59%	4,62%
Arauca	**78,70%**	34,91%	3,98%
Atlántico	**83,55%**	35,02%	2,13%
Bogotá	**85,99%**	5,29%	-0,86%
Bolívar	**83,39%**	26,21%	3,90%
Boyacá	**85,05%**	28,39%	3,42%
Caldas	**89,68%**	20,63%	3,85%
Caquetá	**73,27%**	18,90%	3,03%
Casanare	**74,30%**	22,98%	-1,93%
Cauca	**82,64%**	22,50%	11,99%
Cesar	**85,93%**	40,98%	7,27%
Chocó	**70,40%**	67,27%	6,77%
Córdoba	**80,78%**	24,63%	5,04%
Cundinamarca	**85,04%**	12,63%	-0,57%
Grupo Amazonía (4)	**43,90%**	3,56%	-9,74%
Guajira	**71,15%**	25,18%	4,09%
Huila	**90,53%**	42,24%	9,31%
Magdalena	**81,10%**	24,18%	3,47%
Meta	**79,19%**	20,25%	3,04%
N.Santander	**81,52%**	32,43%	6,83%
Nariño	**82,94%**	27,91%	8,22%

141 Es de aclarar que al inicio de la serie se presentaba falta de información con respecto al número de controles prenatales superior al 30%, lo cual le resta precisión a este repunte.

	2011	Cambio desde 1998	Cambio desde 2005
Putumayo	**72,25%**	17,68%	3,47%
Quindio	**91,93%**	26,13%	6,97%
Risaralda	**87,75%**	24,38%	2,97%
San Andrés	**86,54%**	19,02%	-6,27%
Santander	**89,80%**	32,09%	6,75%
Sucre	**81,84%**	38,39%	6,92%
Tolima	**86,03%**	31,83%	12,60%
Valle	**89,11%**	11,51%	3,26%

Distribución departamental del porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales, año 2011 y cambios respecto a 1998 y 2005.[142]

En un mayor detalle sobre el número de controles, pero para el año 2007, la Encuesta Nacional de Salud reporta que de las mujeres que fueron entrevistadas «el 22% había recibido entre uno y dos controles prenatales, el 34% entre dos y cuatro y el 44% más de cuatro controles.[143] De acuerdo con el régimen hay diferencias. En la población de régimen especial la proporción de usuarios que había recibido más de cuatro controles superaron el 55%, y entre quienes no tenían aseguramiento alrededor del 41% había recibido cuatro o menos controles prenatales».[144] En este mismo grupo, al 55% le realizaron citología y al 84% se le había ordenada ecografía obstétrica. «Entre quienes no tenían aseguramiento, la proporción de ecografías obstétricas es menor, situándose en el 77%».[145]

Sobre la atención del parto, la ENS 2007, encontró que el 44% de las mujeres embarazadas fueron remitidas al hospital por complicaciones relacionadas con el parto, el 19% porque la institución que remitió no tenían materiales necesarios para algún procedimiento y el 10% por cesárea.[146]

«En cuanto a la proporción de pacientes que fueron citadas a nuevo control durante el puerperio, el 82% manifestó que había recibido la orden para nuevo control. Esta proporción fue del 86% en afiliados al régimen contributivo y el 73% entre aquellas no aseguradas. El 73% recibió información sobre cómo cuidarse las heridas, el 87% sobre cómo darle pecho o seno al bebé y el 70% acerca de cómo alimentarse».[147]

142 DANE –Estadísticas Vitales– EEVV sin ajuste. III Informe de seguimiento al cumplimiento de los ODM (2013).
143 Recordemos que éste es el ideal recomendado por la OMS.
144 Rodríguez, et al. Op. cit. p. 206.
145 Ibíd.
146 Ibíd.
147 Ibíd., p. 207.

En relación con la oferta institucional, según la ENS 2007 «para el caso de control prenatal, se encontró que el 91,8% de las IPS públicas ofertaban este servicio y el 56,9% de las IPS privadas. En relación con la atención del parto y el puerperio, en el 36,4% de las IPS de la muestra se prestaba el servicio, con diferencias de 21 puntos porcentuales a favor de las IPS públicas».[148] «Con referencia a la consulta de detección de alteraciones del embarazo, el 87,6% de las IPS públicas manifestó tener un protocolo. De éstas el 98,3% declaró conocerlo y el 98,1% usarlo. Para el caso de las IPS privadas, el 94,3% expresó tener protocolo, de éstas 98,8% conocerlo y el 99,2% usarlo.[149]

En relación con las capacidades y el entrenamiento del personal de los servicios de atención obstétrica encontramos un panorama positivo. La ENS 2007 recogió los siguientes datos: «En las instituciones privadas el 74,1% de las personas encargadas del servicio tenía una especialización certificada por una institución de educación formal. Para el caso de las públicas, el 45,6% contaba con esta formación. De éstos, en el servicio de obstetricia de alto nivel de complejidad, se encontró que el 90% de los profesionales encargados de estos servicios contaba con alguna especialización certificada por institución de educación superior. Para el caso de las IPS privadas, el 78% de las personas encargadas del servicio obstétrico contaba con especialización».[150]

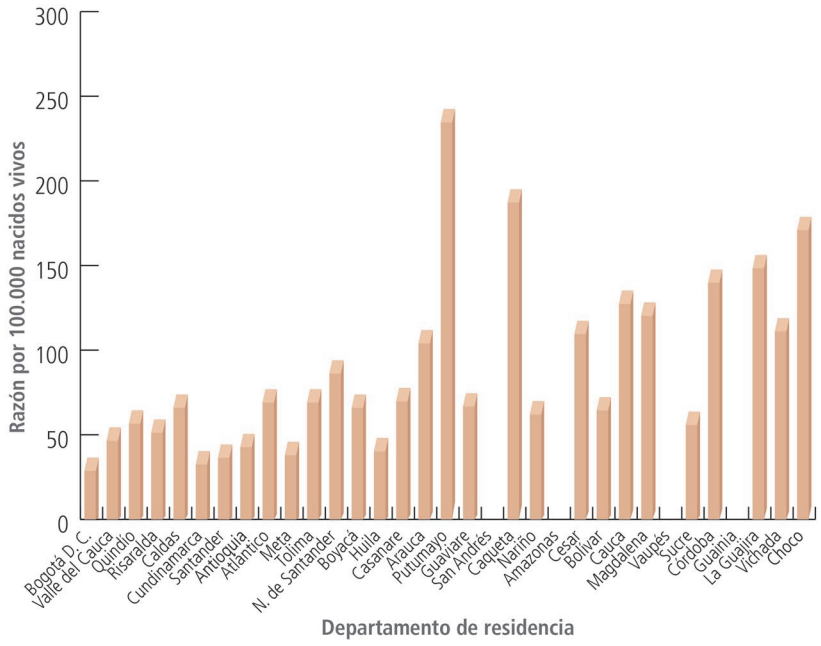
Si evaluamos la habilitación física y la parte de suministros y equipos encontramos un panorama más bien negativo, particularmente para el sector público. «Se encontró que las condiciones físicas de los servicios no permitían realizar todas las actividades requeridas en el 8,7% de los consultorios de las IPS privadas y en el 32,4% en las públicas»[151] que, como vimos antes, atienden el porcentaje mayor de la demanda. «La falta de algún insumo crítico en los últimos 30 días contados hasta el momento de la encuesta, no afectó la calidad de la atención obstétrica realizada por la persona, en el 98% de las IPS privadas y el 79% de las públicas».[152]

3.2.2.5. Mortalidad materna, desigualdades sociales y diferencias regionales

La relación entre pobreza y mortalidad materna es conocida en general y Colombia no es la excepción: el 50% de la población más pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad materna y la mitad de la población menos educada experimenta el 53% de la mortalidad materna.[153]

148 Ibíd., p. 226.
149 Ibíd., p. 239.
150 Ibíd., p. 248.
151 Ibíd., p. 251.
152 Ibíd., p. 252.
153 Ministerio de Salud y Protección Social, Análisis de situación de salud según regiones Colombia, Op. cit.

«Los departamentos de Chocó, La Guajira y Córdoba están dentro de los que tienen mayor proporción de personas en necesidades básicas insatisfechas y a la vez experimentan alta mortalidad materna. Llama la atención los departamentos de Putumayo y Caquetá donde a pesar de que el porcentaje de personas en necesidades básicas insatisfechas no es de los más altos, las razones de mortalidad materna sí lo son».[154]



Fuente: Elaborado a partir de los datos del DANE dispuestos en el Cubo de indicadores-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE.

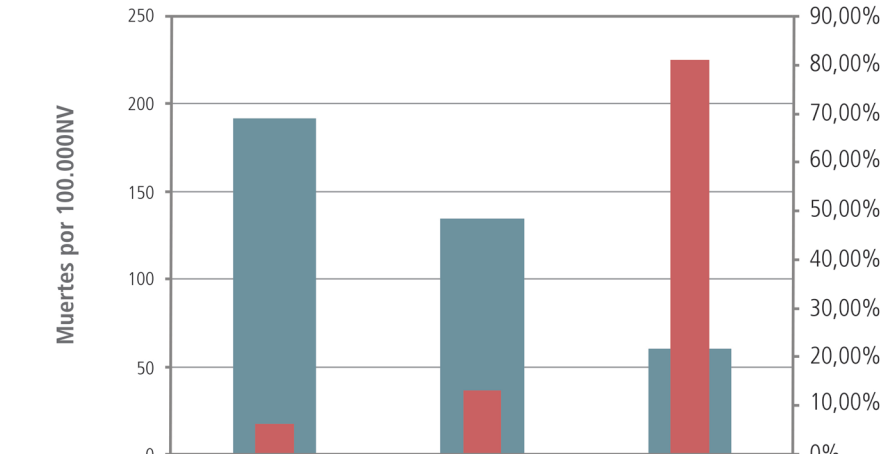
Tasas de mortalidad materna departamental según NBI. Colombia, 2010.[155]

En relación con otros criterios diferenciales, según datos del SIVIGILA, en el año 2005, encontramos que la razón de mortalidad materna en poblaciones indígenas es tres veces superior a la nacional. En mujeres afrocolombianas es 1,6 veces mayor que la nacional.[156]

En el año 2010 a partir de los certificados de nacido vivo y de defunción en los que se consignó la información de pertenencia étnica[157] tenemos que de las «430 muertes en las que se diligenció la etnia, 26 eran indígenas para una RMM

154 Ibíd., p. 47.
155 Gráfica tomada de: Ibíd., p. 48.
156 FINO. Op. cit.
157 El estudio reporta este año por el alto porcentaje de reporte de este criterio. A pesar de que en el Certificado de nacido vivo y de defunción, se incluyó desde el año 2008 la variable de pertenencia étnica, el diligenciamiento alcanzaba sólo el 50%. Efectivamente, en el año 2010 se alcanzó un 92% de diligenciamiento en el certificado de defunción y un 97% en el

de 191.12 x 100.000 nv, la población afrocolombiana 55 muertes para una RMM de 134.5 x 100.000 nv. Quienes no reportaron pertenencia étnica, fueron el 80,93% de los casos con una RMM de 60,22».[158] El 86,9% de las muertes maternas en la población indígena ocurrió en área rural, mientras en la población afrocolombiana fue del 18,9%. Efectivamente, llama la atención «que la razón de mortalidad materna de la población afro es mayor en el ámbito urbano que en el rural 136,8 frente 113,6 x 100.000 nv, en comparación de la población indígena que urbanizada muestra una RMM de 81,6 frente a una RMM rural de 210,24 x 100.000 nv».[159]



Razón de mortalidad materna y proporción de mortalidad según pertenencia étnica en Colombia, 2010.[160]

En relación con la edad, la razón de mortalidad de niñas de diez a catorce años es prácticamente el doble que el de las mujeres mayores de quince y hasta los 35 años, y nuevamente aumenta la razón de mortalidad en mujeres de 36 años o más.[161] Este perfil de los dos extremos del curso de vida correspondiente al año 2007 del estudio de Fino[162] se mantiene para el 2010 según lo encontramos en el estudio de Gallego.[163]

de nacido vivo (Cf. Gallego, Informe final contrato de prestación de servicios 375 del 25 de junio de 2012, Op. cit.).

158 Gallego, Informe final contrato de prestación de servicios 375 del 25 de junio de 2012, Op. cit., p. 18.

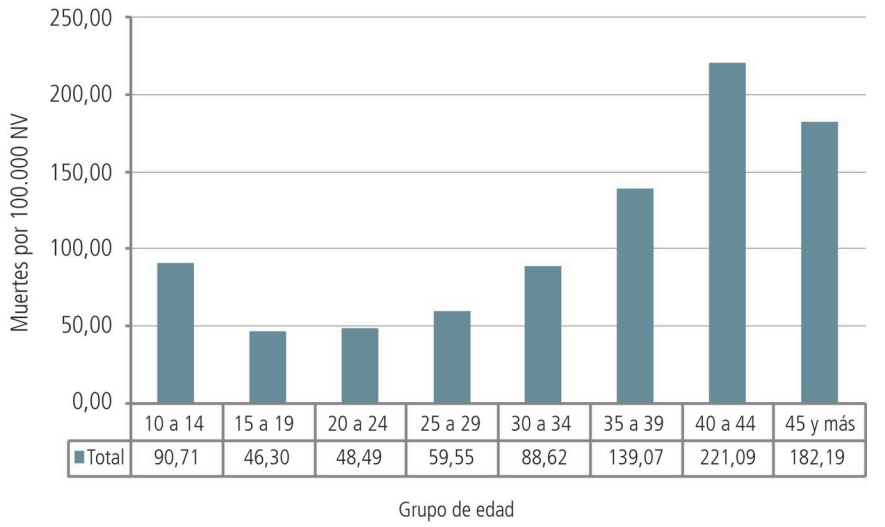
159 Ibíd.

160 Gráfica tomada de: Ibíd.

161 Fino. Op. cit.

162 Ibíd.

163 Gallego, Informe final contrato de prestación de servicios 375 del 25 de junio de 2012, Op. cit.



Razón de mortalidad materna por grupos de edad, Colombia 2005 a 2010.[164]

«La mortalidad en las menores de 15 años sigue siendo un problema de salud pública teniendo en cuenta la razón de mortalidad para ese grupo, pero también teniendo en cuenta que cada vez tenemos más embarazadas de esta edad. Mientras en el resto de grupos las tasas específicas de fecundidad disminuyeron, en las de 10 a 14 años hubo un aumento del 20%[165]», haciendo una comparación histórica desde el año 1998.

El perfil nacional no nos permite ver una arista importante de este problema, ya que la mortalidad materna en el país es muy desigual por regiones, como hemos venido mostrando. Si tomamos el caso por ejemplo del año 2007, de acuerdo con las estadísticas vitales del DANE, tenemos el indicador de 75,6 muertes maternas por cien mil nacidos vivos a nivel nacional.[166] Mientras Bogotá reporta 44,6 por debajo del indicador nacional y Cundinamarca 75,6, el Departamento del Chocó reporta 213,3 muertes maternas, Vaupés 585,9 y Vichada 624.

Departamento	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Amazonas	213,7	71,1	129,2	158,0		144
Antioquia	58,6	62,7	68,3	65,5	73,3	42,1
Arauca	117,8	56,8	78,3	59,0	37,2	108,1
Atlántico	80,0	73,3	71,7	71,4	75,0	63,3

164 Gráfica tomada de: Ibíd., p. 16.
165 Ibíd.
166 La diferencia entre este indicador y el presentado en el apartado sobre mortalidad materna temprana y tardía para el mismo año 2007 se debe precisamente a que el documento del Ministerio de Salud y Protección Social hace una diferencia entre mortalidad hasta los 42 días y mortalidad tardía.

Departamento	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bogotá D.C	59,5	54,5	59,4	59,6	47,7	44,6
Bolívar	85,2	97,0	94,6	91,1	88,0	100,4
Boyacá	98,8	71,8	67,6	78,0	65,3	112,3
Caldas	91,0	97,9	80,1	42,6	88,9	44,9
Caquetá	191,4	76,2	199,0	110,4	140,4	151,4
Casanare	54,8	53,5	72,8	50,5	51,1	32,2
Cauca	145,2	128,3	130,1	125,9	106,6	142
Cesar	65,0	84,2	95,3	39,2	57,4	63,5
Chocó	331,6	395,4	450,0	250,9	247,4	213,3
Córdoba	112,9	112,1	110,1	25,9	54,4	172,4
Cundinamarca	89,2	102,3	109,4	69,6	105,6	75,6
Guainía	389,9	0,0	213,2	386,1	570,3	0
Guaviare	147,9	184,8	287,9	171,2	244,3	64,2
Huila	78,2	99,5	64,1	38,3	74,6	70,1
La Guajira	48,7	99,2	127,3	131,0	157,3	165,7
Magdalena	135,0	104,8	90,8	109,6	82,9	139,7
Meta	104,1	83,2	68,7	81,6	80,4	101,2
Nariño	157,8	77,7	144,0	76,6	75,9	94,1
Norte de Santander	77,5	58,4	65,7	90,8	58,7	55,2
Putumayo	171,2	157,3	82,3	57,6	99,1	146,9
Quindío	79,2	35,7	49,6	80,0	27,3	84,6
Risaralda	34,8	55,6	65,1	69,5	46,6	59,7
San Andrés y Providencia	102,0	0,0	219,8	0,0	117,0	111,1
Santander	42,4	52,7	45,5	56,3	54,2	39,9
Sucre	82,6	52,4	63,2	51,5	59,3	105,2
Tolima	107,6	114,7	43,2	85,9	96,5	66,7
Valle del Cauca	85,9	69,2	48,1	89,9	65,0	67,8
Vaupés	206,6	196,1	173,6	0,0	350,3	585,9
Vichada	280,1	293,7	597,6	0,0	235,8	624
TOTAL NACIONAL	84,4	77,8	78,7	73,0	75,0	75,6

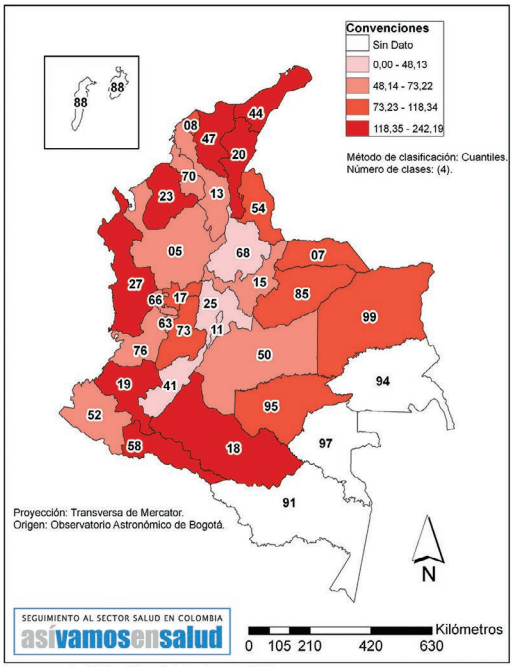
167

Las variaciones regionales son desproporcionadas. La mortalidad materna es dramática en las zonas marginales del país con alta población indígena y negra. Según una investigación de Fino,[168] la mortalidad de una mujer que vive en zona rural y no logra llegar a una cabecera municipal es seis veces mayor a la de una mujer de zona rural que logra acceder a una cabecera municipal. Según este

167 FINO. Op. cit. A partir de Estadísticas Vitales. DANE, 2007.
168 Ibíd.

estudio, en ese momento las mujeres rurales no estaban accediendo a servicios de salud ni mucho menos a los exámenes básicos que se requerían. Es claro que en estos contextos periféricos existen problemas serios en relación con las redes de servicios y los sistemas de referencia.

Volviendo a nuestro corte, al año 2010, en relación con esas mismas diferencias regionales, pero considerando la diferencia entre la mortalidad materna hasta los 42 días y la tardía, encontramos que el comportamiento es similar en todas las regiones. Pero en el caso de la mortalidad materna tardía, la región Amazonía-Orinoquía tuvo unas particularidades preocupantes durante el periodo 2005 a 2010.[169]



Razón de Mortalidad Materna por departamento. Colombia, 2010.

Código DANE	DEPARTAMENTO	Razón mortalidad materna
5	Antioquia	52,42
7	Arauca	111,33
8	Atlántico	79,55
11	Bogotá	39,66
13	Bolívar	71,09
15	Boyacá	73,22
17	Caldas	73,54
18	Caquetá	194,34
19	Cauca	140,85
20	Cesar	122,59
23	Córdoba	151,16
25	Cundinamarca	43,41
27	Chocó	196,53
41	Huila	48,13
44	La Guajira	154,95
47	Magdalena	127,43
50	Meta	52,93
52	Nariño	69,37
54	Norte de Santander	98,44
58	Putumayo	242,19
63	Quindío	65,03
66	Risaralda	59,21
68	Santander	43,84
70	Sucre	62,80
73	Tolima	81,77
76	Valle del Cauca	60,48
85	Casanare	77,29
88	San Andrés y Providencia	0,00
91	Amazonas	0,00
94	Guainía	0,00
95	Guaviare	74,07
97	Vaupés	0,00
99	Vichada	118,34
	Total Nacional	74,09

Fuente: Mapa de división político administrativa DANE. 2002.
Estadísticas vitales. Defunciones maternas y nacimientos DANE, 2010.
Sistema de Información Geográfica SIG.
Centro de Estudios e Investigación de Salud CEIS.
Fundación Santa Fe de Bogotá.
Elaboró: Bibiana Pineda Restrepo.

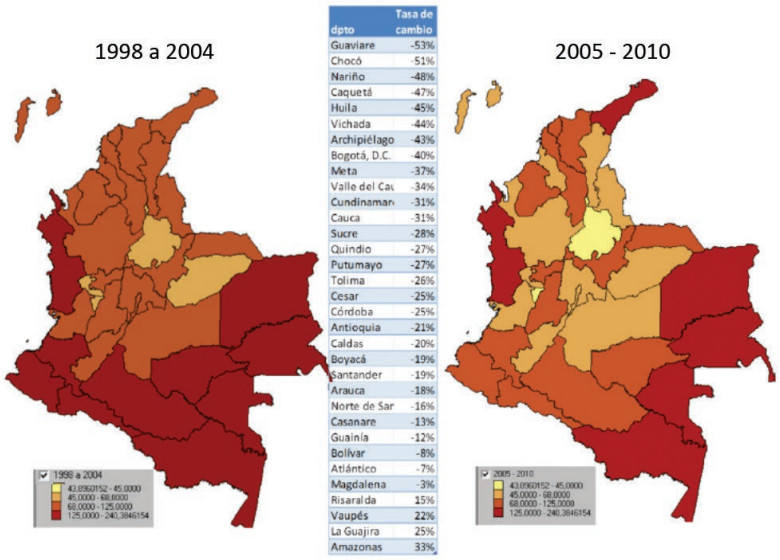
Fuente: Tomado de Así vamos en salud. Disponible en: **http://asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud** consultado el 9 de enero de 2013.

Tasas de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, según departamentos. Colombia, 2010[170]

169 «En el año 2006 presentó un pico alcanzando una razón de 152,94 y otro en el año 2009 subiendo a 160,83 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, el valor de la razón para el año 2010 fue de 138,16» (Cf. Ministerio de Salud y Protección Social, Análisis de situación de salud según regiones Colombia, Op. cit. p. 42.) Por el contrario en la región de Bogotá y Cundinamarca en general, se identifica un descenso. En relación con la mortalidad materna hasta los 42 días el caso de Putumayo destaca por su diferencia con la razón nacional, ya que es 36% más alta (Ibíd.). «Los departamentos de San Andrés Islas, Amazonas, Guainía y Vaupés no presentaron muertes maternas durante el año 2010. Los demás departamentos y el distrito de Bogotá D.C., no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre sus razones de mortalidad materna departamentales y la nacional». (Ibíd. p. 43.)

170 Gráfico tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social, Análisis de situación de salud según regiones Colombia, Op. cit. p. 44.

Al 2010, el grado de avance en reducción de la mortalidad materna ha sido heterogéneo en todo el territorio nacional. El indicador acumulado para 2 períodos (1998 a 2004 y 2004 a 2010) desde la suscripción de los Objetivos de desarrollo del milenio indica que si bien hay regiones que han logrado disminuir la mortalidad como Guaviare, Chocó y Nariño, aun no alcanzan la meta de reducción del 55%. Sólo 2 departamentos (Quindío y Santander) alcanzan una mortalidad acumulada en el periodo 2005 a 2010 por debajo de 45 x 100.000 nacidos vivos y 6 departamentos (La guajira, Chocó, Vichada Guainía, Vaupés y Amazonas) persisten en Razones de mortalidad materna acumuladas por encima de 125 x 100.000 nv.[171]



dpto	Tasa de cambio
Guaviare	-53%
Chocó	-51%
Nariño	-48%
Caquetá	-47%
Huila	-45%
Vichada	-44%
Archipiélago	-43%
Bogotá, D.C.	-40%
Meta	-37%
Valle del Cau	-34%
Cundinamarc	-31%
Cauca	-31%
Sucre	-28%
Quindio	-27%
Putumayo	-27%
Tolima	-26%
Cesar	-25%
Córdoba	-25%
Antioquia	-21%
Caldas	-20%
Boyacá	-19%
Santander	-19%
Arauca	-18%
Norte de San	-16%
Casanare	-13%
Guainía	-12%
Bolívar	-8%
Atlántico	-7%
Magdalena	-3%
Risaralda	15%
Vaupés	22%
La Guajira	25%
Amazonas	33%

Fuente: DANE - EEVV (datos de recolección sin Ajuste). Cálculos (Ministerio de Salud y Protección Social).

Mapa de la razón de mortalidad materna acumulada y porcentaje de cambio por departamento para 2 periodos (1998-2004 y 2005-2010), Colombia.[172]

La región con mayor frecuencia de muertes maternas es la Costa Pacífica, y en ésta región Cauca se encuentra por encima de la cifra media nacional en todos los periodos. «El departamento del Chocó durante toda la serie presenta las cifras más altas de su región, sin embargo, reduce más de un 50% la razón en 2010, con respecto a los primeros años de esta década. El hecho de no contar con datos precisos sobre el subregistro hace que no sea certera esta reducción».[173]

171 GALLEGO, Informe final contrato de prestación de servicios 375 del 25 de junio de 2012, Op. cit., p. 5-6.
172 Gráfica tomada de: Ibíd., p. 6.
173 Ibíd., p. 6.

En la Región Caribe, Magdalena y Guajira presentan razones por encima del percentil 75 a nivel nacional, mostrando un comportamiento sostenido de aumento, y el departamento de La Guajira presenta en el año 2010 la razón más alta de esta región.[174] «Sucre y Atlántico son departamentos con cifras intermedias, que no modifican en gran manera el comportamiento, pero el departamento del Atlántico es uno de los que mayor número de muertes registra cada año, tanto para la región como para el país».[175]

Una de las causas fundamentales de la mortalidad materna son las barreras de acceso a servicios de salud de calidad. Las cifras antes descritas sobre las diferencias regionales tienen que ver con dificultades geográficas, falta de vías de acceso rápido a las cabeceras municipales, pero también con las desigualdades entre el centro y la periferia en cuanto a tecnología, calidad y disponibilidad de servicios de salud, incluida el nivel y calidad de los reportes y el seguimiento de los protocolos. En este sentido, el panorama de las diferencias entre regiones y particularmente entre zona urbana y rural podríamos resumirlo así:

> *En general, los registros de nacido vivo tienen un diligenciamiento de la variable área de nacimiento es superior al 95%, en los departamentos de Vichada, Guainía, Amazonas, Chocó y Córdoba se encuentran las mayores proporciones de omisión de este dato. Cuando se agrupan centro poblado y rural disperso la mortalidad materna acumulada 2005 a 2010 es de 101,09 x 100.000 nv, frente a las cabeceras municipales donde es de 56,76 x 100.000 nv. Solo en dos Departamentos la mortalidad en cabeceras es mayor que la rural, tal es el caso de Arauca y Atlántico. En el resto de la geografía las diferencias son marcadas y sistemáticamente la rural excede la de cabeceras municipales.*[176]

3.2.2.6. Morbilidad materna extrema (MME)[177]

A continuación presentamos algunos datos tomados del estudio realizado en el marco de la elaboración del documento técnico y conceptual sobre la metodología de análisis de información para la auditoría de la calidad de la atención materna,[178] el cual analizó 727 casos notificados a partir de la vigilancia de la morbilidad materna extrema (VMME).[179]

174 Ibíd.
175 Ibíd., p. 6-7.
176 Ibíd., p. 7.
177 Según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), «la MME es una grave complicación ocurrida durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte». Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Vigilancia de la morbilidad materna extrema. Bogotá, 2010. p. 15.
178 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Vigilancia de la morbilidad materna extrema. Op. cit.
179 El 32% de los casos fueron aportados por 15 direcciones territoriales de salud y el 68% restantes por 7 IPS que iniciaron proceso de VMME en sus programas de mejoramiento de la

La mayoría de los casos corresponden a Bogotá, lo cual no debe interpretarse como una mayor ocurrencia sino como un indicador de la existencia de un plan más eficiente de VMME. El 37,3% de las gestantes con MME se encontraban al inicio y al final de la edad reproductiva y 1 de cada 5 casos corresponden a adolescentes. La mayoría de los casos correspondieron a mujeres unidas. El 28,8% de los casos son de mujeres con ningún nivel educativo y con nivel de primaria, y el 51,3% a nivel secundario.[180]

El 43% de las mujeres tuvieron deficientes seguimientos prenatales: 20,2% (132) no tuvieron ninguno y 22,8% (149), tuvieron entre 1 y 3 controles prenatales. 1 de cada 5 de los nacidos de gestantes con MME nació muerto.[181]

«La severidad del compromiso de la salud materna en los casos de MME se refleja en la siguiente observación: cuando la gestante requirió para su manejo internación en UCI, el 89,9% de los casos tuvo una estancia superior a dos días. En los casos en que la gestante fue transfundida, el 75,6% requirió poli transfusiones y cuando requirió cirugía adicional al 57,3% de los casos se le practicó histerectomía abdominal».[182]

Fueron los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia posparto los eventos más frecuentes que generaron complicaciones que identificaron a las mujeres como gestantes con MME.[183]

En relación con los retrasos, tenemos que el tipo I y IV fueron los más frecuentes,[184] lo cual indica deficiencias tanto en las actividades de promoción y prevención como en la calidad de la prestación de los servicios. Otra vez, como en casi todas las situaciones aquí descritas, las más afectadas son las no afiliadas y las del régimen subsidiado.[185]

Régimen de afiliación	Retraso			
	I	II	III	IV
Contributivo n=132	47 (35,6%)	35 (26,5%)	21 (15,9%)	51 (38,3%)
Subsidiado n=231	124 (53,7%)	79 (34,2%)	73 (31,6%)	108 (46,8%)

calidad. Las notificaciones corresponden al periodo: octubre de 2007 a noviembre de 2009.

180 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Vigilancia de la morbilidad materna extrema. Op. cit.

181 Ibíd.

182 Ibíd. p. 53.

183 Ibíd.

184 El análisis de los retrasos o demoras ha sido un método utilizado para identificar de manera precisa situaciones adversas relacionadas con la mortalidad materna y que tienen que ver con la identificación temprana de factores de riesgo y con el acceso y la calidad de los servicios de salud. Ver las definiciones de los cuatro tipos retrasos en el párrafo siguiente.

185 Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Vigilancia de la morbilidad materna extrema. Op. cit.

Régimen de afiliación	Retraso			
	I	II	III	IV
Vinculado n=80	53 (66,3%)	38 (47,5%)	33 (41,3%)	32 (40,0%)
Especial n=7	3 (42,9%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	4 (57,1%)
Total n=450	227 (50,4%)	153 (34,0%)	129 (28,7%)	195 (43,3%)

Distribución de retrasos según régimen de afiliación[186]

Los factores relacionados con los retrasos son los siguientes:

- Retraso Tipo I: Desconocimiento de factores de riesgo asociados con el embarazo; desconocimiento de signos y síntomas de alarma durante del embarazo; desconocimiento de los derechos de la mujer en salud reproductiva.
- Retraso Tipo II: barreras geográficas, económicas, de transporte y socioculturales; desconocimiento de derechos y deberes.
- Retraso Tipo III: Subestimación del riesgo; desconocimiento de los diagramas de flujo para el manejo de MME; Falta de disponibilidad de insumos para el manejo de emergencia obstétrica; deficiencia en la red de prestadores para la referencia de emergencia obstétrica; barreras administrativas que afectan la oportunidad de la remisión a los niveles adecuados de atención, incluyendo UCI; problemas con la logística de referencia.
- Retraso Tipo IV: Deficiente calidad de las actividades de promoción y prevención y de gerenciamiento del riesgo durante la atención prenatal; uso inadecuado de tecnología apropiada durante el parto; desconocimiento de los protocolos de manejo de puerperio inmediato, mediato y tardío; desconocimiento de los protocolos de diagnóstico y manejo de la morbilidad obstétrica.[187]

3.2.3. Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)[188]

La interrupción voluntaria del embarazo, en el orden jurídico colombiano, la entendemos como un procedimiento que se hace en el marco de los DSR, con-

186 Datos tomados de: Ibíd. p. 53. Énfasis nuestro.
187 Ibíd., p. 60-61.
188 El campo de las investigaciones sobre el aborto en el país es aún bastante reducido. Desde el punto de vista demográfico, contamos solamente con datos del estudio de Lucero Zamudio y su equipo de la Universidad Externado de Colombia, publicado en el año 1999, y los trabajos realizados en el año 1989 y entre 2009 y 2010 por el Guttmacher Institute. El hecho de que el aborto sea una práctica altamente estigmatizada, que hasta el año 2006 fuera un acto delictivo y que aún hoy sólo sea legal en ciertas circunstancias (Sentencia C-355, 2006), hace que la medición de la ocurrencia de abortos sea muy difícil y que en general se tenga que echar mano de metodologías indirectas para tener una cifra estimada.

cretamente el derecho de las mujeres a una salud plena, derecho que a la vez se encuentra estrechamente vinculado con el derecho a la vida, a la integridad personal, a la autonomía, a la privacidad y a la intimidad.[189]

La Corte Constitucional de Colombia despenalizó el aborto en tres circunstancias:

> *(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.*[190]

3.2.3.1. Situación general del aborto inducido[191]

En Colombia, se estima que cada año hay 89 embarazos no planeados por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva (para Bogotá esa cifra es de 113 por 1.000). Esto en contraste con una alta tasa de uso de anticoncepción moderna (73%). Según la ENDS 2010 los nacimientos no planeados aumentaron de 36% en 1990 a 51% en el 2010. Cabe decir, que el 44% de los embarazos no planeados terminan en aborto inducido.[192]

La tasa anual de aborto en el país aumentó ligeramente desde el último estudio. En 1989 era de 36 abortos por 1.000 mujeres en edad reproductiva, mientras en el año 2008 (año de corte del estudio) fue de 39 por 1.000, con importantes variaciones regionales: Región Oriental 18, Central 24, Atlántica 42, Pacífica 54 y Bogotá 66 (la más alta).[193]

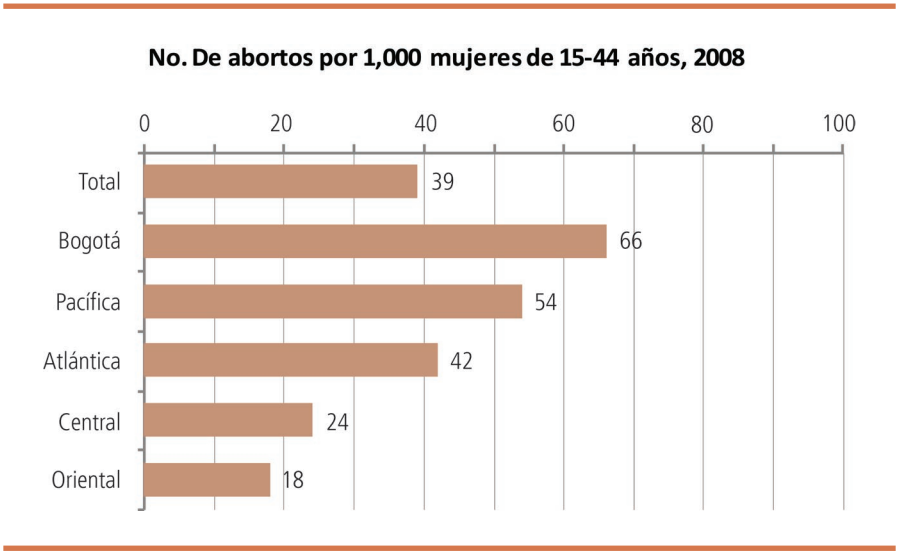
189 González, Ana Cristina. La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos. Bogotá: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2011.

190 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-355/06. Referencia: expedientes D- 6122, 6123 y 6124 Demandas de inconstitucionalidad contra los Arts. 122, 123 (parcial), 124, modificados por el Art. 14 de la Ley 890 de 2004, y 32, numeral 7, de la ley 599 de 2000 Código Penal. Bogotá, 2006.

191 El aborto lo entendemos como la interrupción prematura del embarazo (antes de las 22 semanas) y éste puede ser espontáneo o inducido. Sobre este último, incluimos: «Métodos médicos de aborto (aborto médico): utilización de fármacos para finalizar el embarazo. A veces, también se emplean los términos 'aborto no quirúrgico' o 'aborto farmacológico'. Métodos quirúrgicos de aborto (aborto quirúrgico): utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, entre los que se incluyen la aspiración de vacío y la dilatación y evacuación (DyE)». Organización Mundial de la Salud, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Op. cit. p. IV

192 Prada, Elena, et al. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.

193 Ibíd.



Nº de abortos por 1,000 mujeres en Colombia. Edad comprendida: 15-44 años, 2008.[194]

Cada año, de cada 26 mujeres colombianas, una tiene un aborto. Esta tasa está ligeramente por encima de la tasa regional. La OMS calculó en 33 por 1.000 la tasa de aborto para América Central y del Sur, es decir que Colombia está por encima de México (33) y Guatemala (24) y por debajo de Perú (54).[195]

En los debates sobre el aborto se ha traído a colación que la mayoría de los abortos se realizan por causas no contempladas por la despenalización, el estudio de Prada et al. da una cifra para ese enunciado muy por debajo incluso de lo pensado, ya que de unos 400.400 abortos inducidos cada año, para el año 2008, sólo 322 (0,08%) fueron interrupciones voluntarias y legales del embarazo.[196]

El panorama es bastante grave. Aproximadamente, unas 70 mujeres mueren cada año debido a abortos inseguros y 132.000 sufren complicaciones que requieren atención en centros de salud.[197] Aunque la mortalidad materna por aborto ha disminuido en los últimos años continúa siendo muy grave, máxime si consideramos que dentro de las causas de mortalidad materna es altamente evitable (cuando el aborto es realizado en condiciones seguras se producen menos del 0,3 % de complicaciones médicas, según la OMS[198]).

La precaria disponibilidad de servicios de calidad completa este cuadro.

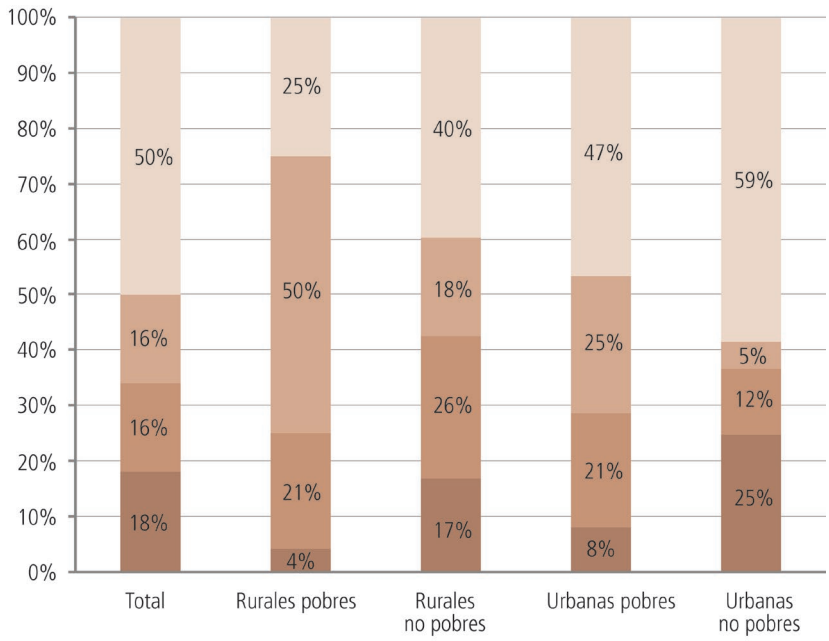
194 Gráfica tomada de: Ibíd., p. 11.
195 Ibíd.
196 Ibíd.
197 Ibíd.
198 Organización Mundial de la Salud, Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Op. cit.

De las 1,100 IPS en Colombia que podrían potencialmente proporcionar atención postaborto, seis de cada 10 no lo hicieron en 2008. La proporción más baja de IPS que ofrecieron algún tipo de atención postaborto con respecto a las potenciales, ocurrió en la región Central (14%) y la más alta en la Atlántica (65%). Las instituciones públicas y privadas tuvieron la misma probabilidad de proporcionar este servicio esencial. Entre las instituciones que proporcionan servicios postaborto, el número anual promedio de casos en 2008 fue de 222 mujeres (...). Las instituciones en las regiones Bogotá y Central tuvieron un número de casos mucho mayor que el promedio nacional. Las instituciones de salud más grandes de tercer nivel también tuvieron un número de casos mayor que el promedio (405 pacientes), en parte debido a que recibieron pacientes referidas de instituciones pequeñas y muchas veces distantes que carecen de la infraestructura necesaria..[199]

3.2.3.2. Métodos y tipos de aborto

La mitad de los abortos son inducidos mediante misoprostol (50%). El inadecuado conocimiento de los proveedores de servicios y la falta de información de las mujeres sobre cuándo y cómo usar el medicamento puede conducir a una tasa de complicaciones innecesaria (32% de sangrado abundante que necesita ser atendida en institución de salud). El resto de los abortos se puede dividir en tres grupos: los más riesgosos que representan el 16% y son realizados en un 9% por parteras no capacitadas y el 7% por las mismas mujeres, sin ayuda externa. El 16% lo representan abortos relativamente seguros, realizados por profesionales de la salud de nivel medio (farmaceutas y personal de enfermería). Finalmente, el 18% es el grupo de abortos más seguros (excluyendo el misoprostol) que incluye abortos quirúrgicos realizados por médicos.[200]

199 Prada, et al. Op. cit., p. 19.
200 Ibíd.



Los siguientes son ejemplos de métodos diferentes al misoprostol mencionados por los profesionales entrevistados, por tipo de proveedor: **médico**—métodos quirúrgicos (D&C, aspiración manual y eléctrica); **enfermera**—inyectables de oxitoxina, sondas, duchas de agua salina; **farmacéutico**—inyectables hormonales, uso incorrecto de la anticoncepción de emergencia, altas dosis de anticonceptivos orales, oxytocin; **partera**—inserción de objetos punzantes, infusiones o pastas de hierbas, inserción vaginal de hierbas, masaje; **misma mujer**—golpes en el abdomen, inserción vaginal de objetos punzantes, pastas de hierbas, caídas intencionales, altas dosis de anticonceptivos.

Fuente: Referencia 27.

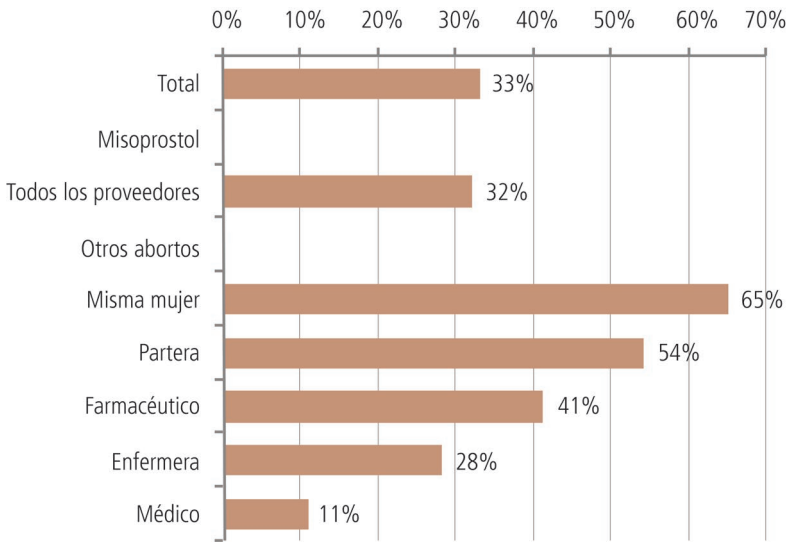
Abortos por uso del misoprostol y otros abortos según proveedor.[201]

3.2.3.3. Complicaciones del aborto y atención posaborto

«Las muertes maternas relacionadas con el aborto han disminuido de manera importante en el país. En años recientes, la proporción de muertes maternas causadas por abortos se redujo aproximadamente a la mitad, de 16% en 1994 a 9% en 2007».[202] De todas formas, no dejan de presentarse complicaciones graves, particularmente consecuencia de procedimientos inseguros. Se estima que cada año unas 132.000 mujeres experimentan complicaciones debido a aborto inducido practicado en condiciones clandestinas. El estudio de Prada et al[203] reporta que el 33% de las mujeres que tuvieron abortos presentaron complicaciones que requerían tratamiento,[204] lo cual representa un aumento con respecto al 29% estimado para 1989. Del total de complicaciones 32% corresponden a uso de misoprostol, particularmente por usos inadecuados que

201 Gráfica tomada de: Ibíd., p. 14.
202 Ibíd. p. 17.
203 Ibíd.
204 Incluyen septicemia, perforación uterina y abortos incompletos, entre otras complicaciones.

incluyen dosis y formas de administración incorrectas, uso posterior a la novena semana de embarazo y falta de información sobre las situaciones en las que se requiere atención médica tanto de proveedores como de pacientes. Este es un dato fundamental a tener en cuenta, ya que es alto el porcentaje de complicaciones y el uso del misoprostol es creciente. Los abortos realizados por las mismas mujeres sin ningún acompañamiento ocupan el primer lugar, dentro de los abortos que presentan complicaciones, con un 65%, seguido de los atendidos por parteras (54%), farmacéuticos (41%), enfermeras (28%) y médicos (11%).[205]

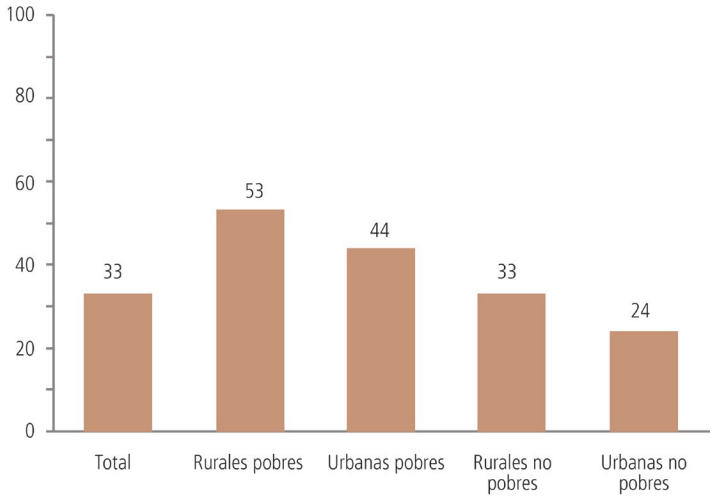


Porcentaje de mujeres que tuvieron complicaciones por aborto por proveedores[206]

Según Prada et al[207] cada año el sistema de salud ofrece tratamiento posaborto a 93.000 mujeres cuyas complicaciones hubieran sido evitables si el procedimiento se hubiera desarrollado de forma segura.

«Se considera que las mujeres pobres, especialmente aquellas que viven en áreas rurales y que no pueden pagar un procedimiento seguro de alta calidad, tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones que las mujeres no pobres. Las mujeres pobres también tienden a aplazar su aborto por muchas razones, y los abortos pueden ser más riesgosos mientras más se retrasan, especialmente cuando los proveedores no tienen la capacitación o experiencia adecuadas».[208]

205 Prada, et al. Op. cit.
206 Gráfica tomada de: Ibíd., p. 17.
207 Prada, et al. Op. cit.
208 Ibíd. p. 18.

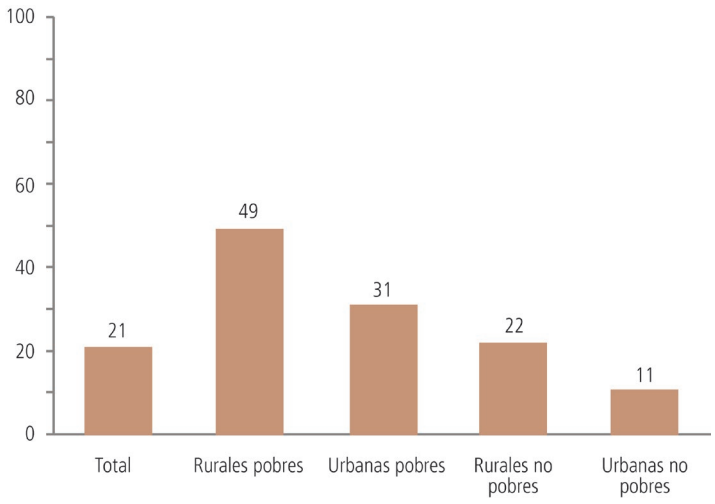


Porcentaje de mujeres con complicaciones de aborto según lugar de residencia.[209]

A nivel regional, el estudio reporta que la proporción mayor de mujeres con complicaciones se encuentran en la Región Pacífica (40%) y la menor es Bogotá (25%). Las regiones Central y Caribe tienen tasas muy cercanas al promedio nacional (31–32%).[210]

Finalmente, habría que considerar un aspecto que agrava el panorama y es que no todas las mujeres que necesitan atención médica por complicaciones asociadas al aborto la reciben, una de las razones principales asociadas a esta situación tiene que ver con la automedicación con el fin de mantener el aborto en secreto. En el país se estima que un 21% de las mujeres con complicaciones no reciben tratamiento médico y otra vez las mujeres pobres de sectores rurales, seguidas de las mujeres pobres de los sectores urbanos, son las más afectadas.[211]

209 Gráfica tomada de: PRADA, et al. Op. cit., p. 18.
210 Ibíd.
211 Ibíd.



Porcentaje de mujeres con complicaciones de aborto que no reciben atención médica.[212]

A esta dimensión, de las mujeres que no acuden a los servicios de salud, habría que agregar la cuestión de la precariedad en la disponibilidad de servicios, cuyos datos han sido expuestos en la situación general del aborto inducido de este apartado y que se detallarán en el apartado siguiente.

3.2.3.4. Disponibilidad de servicios de aborto seguro

Como en otros temas asociados con salud reproductiva las mujeres rurales y de sectores populares son las más afectadas y son las más expuestas a abortos inseguros. Muchas de ellas no cuentan en sus regiones con servicios adecuados o no tienen el dinero para pagar un procedimiento seguro cuando se trata de un aborto ilegal.

Habría que considerar que los servicios de IVE son escasos en el país. Para el año del estudio aquí citado 11% de las IPS proveían servicios de IVE y de atención posaborto. Ese porcentaje de oferta es el doble en Bogotá (23%) y el resto del país está cerca o por debajo del promedio nacional.[213]

Este panorama institucional y de recursos médicos, muestra que un problema fundamental a considerar tiene que ver con la implementación de la Sentencia que despenalizó el aborto en tres circunstancias. Como vemos, el sistema de salud no está preparado suficientemente para atender las IVE, no sólo porque haya poca disponibilidad de instituciones que pueden hacerlo, sino porque el 93% usan el método D&C (dilatación y curetaje) y sólo el 7% usan la AMEU (Aspiración manual endouterina), además sólo el 11% de las instituciones te-

212 Gráfica tomada de: PRADA, et al. Op. cit., p. 19.
213 Ibíd.

nían equipo para AMEU.[214] Este último, es el método recomendado por la OMS siendo un procedimiento más seguro, menos costoso y menos invasivo en los casos en que no hay mayores complicaciones y en una etapa temprana del embarazo, circunstancias a las que obedecen la mayoría de los abortos en el país. Es decir, existe un problema generalizado de entrenamiento y de equipamiento médico que vuelve más difícil un panorama que estigmatiza la práctica y que pone obstáculos para que las mujeres accedan a la IVE.

Presentado este panorama, es importante considerar que la IVE sólo es un aspecto pequeño del aborto en general, ya que las mujeres abortan en su mayoría por fuera de las causas despenalizadas, situación que incrementa las posibilidades de que las mujeres acudan a abortos inseguros y que aumenta las complicaciones postaborto.

3.3. Anticoncepción

Dentro de los derechos sexuales y reproductivos se encuentra la decisión de tener o no hijos, cuantos tener, así como la decisión de cuando tenerlos. El acceso a la anticoncepción es un elemento fundamental para cumplir este derecho, que implica también el derecho a la información sobre los métodos y el acceso al nivel de desarrollo mayor desde el punto de vista tecnológico.[215]

El uso de la anticoncepción es de gran relevancia para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres, al tiempo que contribuye al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las comunidades, pues minimiza los embarazos en los extremos de la vida reproductiva, aumenta el espacio intergenésico y minimiza las cifras de aborto inseguro a causa de embarazos no deseados, todas estas situaciones identificadas como factores importantes en las estadísticas mundiales de mortalidad materna.[216]

La anticoncepción genera impactos importantes en los indicadores de desarrollo de un país como en las cifras de embarazo en adolescentes, mortalidad materna, perinatal, y mortalidad infantil.[217]

3.3.1. Atención integral en anticoncepción

Dentro del Enfoque Estratégico para fortalecer las políticas y programas relativos a la salud sexual y reproductiva, respaldados por la OMS, se establecieron

214 Ibíd.
215 Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Nota descriptiva N°351. Julio de 2012.
216 Ibíd.
217 Ibíd.

principios para direccionar los programas en todos los países, y estos incluyen los siguientes elementos:

- Basado en un marco de sistemas: en el que se tengan en cuenta los factores críticos que afectan la viabilidad, aceptabilidad eficacia y sostenibilidad de los programas de salud sexual y reproductiva, los cuales deben ser analizados en conjunto y aplicados al contexto en el que se desarrollan.

- Filosofía de la salud sexual y reproductiva: los sistemas deben velar por el respeto de los derechos humanos, la dignidad de las personas, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

- Énfasis en el acceso equitativo y la calidad: busca asegurar el acceso equitativo y de calidad a los servicios, interviniendo en los factores que afectan estas variables en los servicios.

- Proceso participativo: Promueve la participación activa de la población para tener en cuenta sus opiniones, percepciones y sus necesidades, así como de los actores generadores de políticas públicas, investigadores, expertos técnicos, proveedores de servicios y gestores de programas.

- Puesta en práctica de un enfoque estratégico.

- Una metodología práctica, basada en evidencias: las metodologías basadas en evidencias han mostrado mejores resultados frente a los programas.

El enfoque incluye la utilización de la estrategia para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de anticoncepción y de otros servicios de salud sexual y reproductiva.[218]

3.3.2. Situación de las prácticas anticonceptivas en el país

3.3.2.1. Aspectos generales

Actualmente en Colombia según datos de la ENDS 2010, el 7% de la población presenta necesidades insatisfechas en planificación familiar, dato que aumenta casi a un 20% en el grupo de 15 a 19 años.[219]

218 Organización Mundial de la Salud. Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra: OMS, 2008.
219 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit.

Según datos de la ENDS, para el año 2010 en Colombia la tasa de fecundidad deseada fue de 1,6 hijos por mujer, un 0,5 más baja de la tasa de fecundidad observada actualmente: 2,1.[220] Es importante tener en cuenta que sólo el 48% de los nacimientos ocurridos en el país, en los últimos 5 años, fueron deseados en ese momento, «el 29% de ellos fueron deseados, pero para más tarde. El 23% fueron reportados abiertamente como no deseados. Esta cifra es inferior a la observada en el 2005 (27%) pero es igual a la observada en el 2000».[221]

El porcentaje de embarazos no deseados aumenta en relación con el número de hijos siendo mayor en aquellas mujeres que tienen 4 hijos o más (las que tienen un hijo: 9,2%; las que tienes 2 hijos: 17,5%; 3 hijos: 39,5%; 4 o más hijos: 57,4%). También aumenta el porcentaje de hijos no deseados con la edad de la madre, siendo de 16% en mujeres entre 15 y 19 años y alcanzando un 58% en las mujeres entre 45 a 49 años.[222]

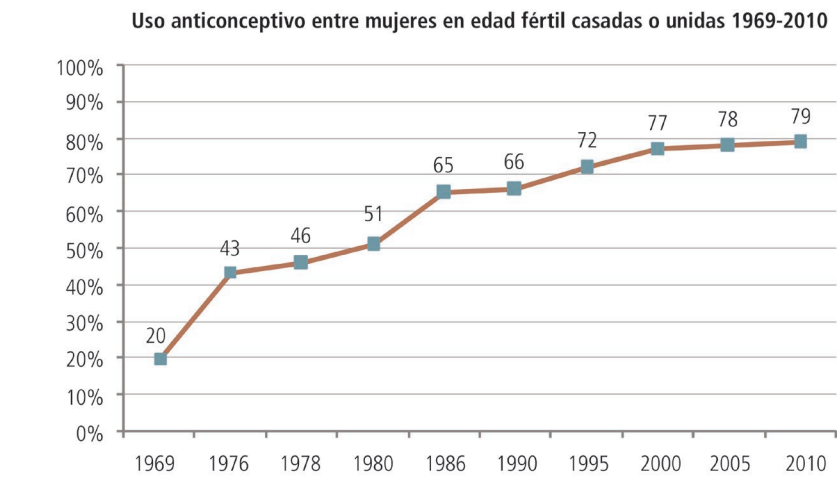
El embarazo no deseado muestra diferencias por características sociodemográficas como la zona en que habitan las mujeres, la educación y el nivel de riqueza. En la zona rural se encuentra que en promedio las mujeres tienen 1 hijo más de los deseados, cifra que disminuye a la mitad (0,5[223]) en las zonas urbanas. Las mujeres sin ninguna educación tienen en promedio 2 hijos más de los deseados, y aquellas con altos niveles educativos tienen en promedio los hijos que desean (0,1). Las mujeres en los quintiles más bajos de riqueza tienen en promedio 1 hijo más de lo deseado y en el quintil de riqueza superior se tiene casi los hijos que se desean (0,2).[224]

Los departamentos con más altas diferencias entre las tasas de fecundidad deseada y observada son: Amazonas (1,5), Chocó, Vichada y Vaupés (1,4 cada uno), y los de menor diferencia son: Valle (0,3), Antiguo Caldas, San Andrés y Providencia, Bolívar y Bogotá (0,4).[225]

Según la ENDS 2010 y los datos acumulados de las encuestas anteriores el conocimiento de métodos anticonceptivos es universal en las mujeres colombianas. La brecha que existía entre mujeres rurales y urbanas se ha ido cerrando y en el 2010 es prácticamente igual el uso de anticoncepción en estos dos contextos.[226]

220 Ibíd.
221 Ibíd., p. 182.
222 Ibíd.
223 Las cifras entre paréntesis en el párrafo son la diferencia entre la tasa de fecundidad deseada y la observada.
224 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit.
225 Ibíd.
226 Ibíd.

En relación con el uso de métodos anticonceptivos, el 85% de las mujeres encuestadas ha usado alguna vez un método. El uso actual es de 79,1%.[227] Como vemos en la gráfica siguiente el uso ha aumentado consistentemente en los últimos años.



Evolución del uso de anticoncepción en Colombia 1969-2010.[228]

El riesgo de embarazo no deseado es más alto en las mujeres que no usan anticoncepción o que lo hacen de manera discontinua o equivocada, y esta situación está estrechamente vinculada con un riesgo de aborto.[229]

3.3.2.2. Métodos anticonceptivos

Los métodos más conocidos son en su orden: condón, píldora, inyección y esterilización femenina.[230]

En relación con el uso actual de métodos anticonceptivos, la esterilización sigue siendo el método más usado por las mujeres entre 15 y 49 años, seguida de la inyección, la píldora, el DIU, el condón y el implante subdérmico. Para el 2010 es una novedad que la inyección ocupe el segundo lugar, desplazando a la píldora y al DIU. La esterilización masculina viene creciendo bastante en los últimos años, pero sigue siendo mínima comparada con la femenina, del 2005 al 2010 pasó del 2% al 3%. En relación con la esterilización masculina existen variaciones regionales interesantes que quizá se deban a diferencias en las relaciones de género asociadas a los contextos locales, es así como en la región

227 Ibíd.
228 Gráfica tomada de: PROFAMILIA, Informe de prensa. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit., p. 23.
229 PRADA, et al. Op. cit.
230 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit.

Central la esterilización masculina llega al 6%, mientras en la región Caribe no alcanza el 1%.[231]

Entre las mujeres de 15 a 49 años de edad actualmente casadas o unidas	
Uso de cualquier método anticonceptivo	79,1
Modernos	**72,9**
Esterilización femenina	34,9
Inyección	9,2
Píldora	7,6
Diu	7,5
Condón	7,0
Implante	3,1
Esterilización masculina	3,4
Tradicionales	**6,1**
No utiliza	**20,9**

Uso actual de anticoncepción, mujeres de 15 a 49 años. ENDS 2010.[232]

El uso de condón por las mujeres unidas o casadas es muy bajo (7%), frente a las mujeres no unidas sexualmente activas (21,8%), que igualmente es bajo. Esta situación genera preocupación si tenemos en cuenta que es el único método que ofrece doble protección.[233] Si unimos esto a los datos que expondremos más detalladamente en el módulo sobre Vih/Sida e ITS, sobre el aumento de la transmisión heterosexual del Vih/Sida, observamos una exposición creciente de mujeres heterosexuales unidas a la infección por Vih/Sida y otras ITS y una bajísima percepción del riesgo, generando una mayor exposición.

En relación con la anticoncepción de emergencia, cabe decir que es uno de los métodos menos conocidos, ya que lo conoce el 68% de las mujeres encuestadas (recordemos que la esterilización femenina, la píldora, la inyección, el condón están por encima del 95%). Las mujeres unidas lo conocen menos (64%) y las que más lo conocen son las no unidas sexualmente activas (81,7%). Sólo el 46,6% de las mujeres de la zona rural lo conocen, frente al 70% de las mujeres urbanas. En relación con el uso, el 10,8% de las mujeres entre 15 y 49 años lo usaron y el 10,1% de las mujeres entre 15 y 19 años. Las que más lo usaron fueron las mujeres entre 20 y 24 años (21,9%) seguidas de las mujeres entre 25 y 29 años (16,3%). En relación con la situación conyugal, las mujeres unidas lo usaron alguna vez en un 7,3% y las no unidas sexualmente activas en un 27,6%,

231 Ibíd.
232 Tabla tomada de: PROFAMILIA, Informe de prensa. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit., p. 23.
233 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit.

de este último grupo las mujeres entre 15 y 19 años lo usaron alguna vez en un 30,2% y las de 20 a 24 años en un 38,8%, ratificándose como las que más lo usan en todos los criterios.[234]

3.3.2.3. Diferencias socio-económicas y regionales

Las diferencias socio-económicas también se expresan en esta área, aunque en comparación con otras áreas esta es quizá la que representa menos diferencias, comparada con la mortalidad materna, el aborto inseguro o la violencia de género. Mientras en las mujeres del quintil más alto de índice de riqueza existe un uso del 75%, en el quintil más bajo tenemos 67,5%.[235]

En este mismo sentido las diferencias regionales son también expresivas. Se destaca la mayor prevalencia de usos de métodos anticonceptivos en Quindío y Caldas (81%), Risaralda (78%), Nariño y Boyacá (77%), mientras que Vaupés (47%) y Amazonas (53,5%) muestran los porcentajes más bajos.[236]

Uso actual, mujeres casadas o en unión			
Departamentos	Todos	Modernos	Tradicionales
Guajira	62,1	57,6	4,5
Cesar	70,9	67,3	3,7
Magdalena	71,7	64,5	7,2
Atlántico	73,9	65,1	8,8
San Andrés y Prov.	69,6	66,0	3,6
Bolívar	73,5	67,2	6,3
Sucre	70,1	65,0	5,1
Córdoba	69,7	65,5	4,2
Norte de Santander	78,3	70,4	7,8
Santander	81,7	75,6	6,1
Boyacá	83,2	76,8	6,4
Cundinamarca	82,9	77,3	5,5
Meta	79,2	73,9	5,4
Bogotá	80,8	75,7	5,1
Antioquía	81,7	76,0	5,7
Caldas	85,6	80,7	4,9
Risaralda	84,3	77,7	6,6
Quindio	83,8	81,1	2,7

234 Ibíd.
235 Ibíd.
236 Ibíd.

Uso actual, mujeres casadas o en unión			
Departamentos	Todos	Modernos	Tradicionales
Tolima	78,4	70,1	8,3
Huila	80,4	69,7	10,8
Caquetá	77,3	70,4	7,0
Valle	81,0	75,5	5,5
Cauca	78,7	68,2	10,5
Nariño	84,1	76,6	7,5
Chocó	66,3	61,8	4,5
Arauca	79,2	74,1	5,1
Casanare	80,4	74,5	6,0
Guainía	68,1	60,5	7,6
Vichada	76,0	72,2	3,8
Amazonas	64,4	53,5	10,9
Putumayo	82,2	75,2	6,9
Guaviare	82,5	79,4	3,0
Vaupés	59,3	47,3	12,0

Uso actual de anticoncepción en mujeres unidas por Departamentos. ENDS 2010.[237]

La pobreza extrema reduce las posibilidades de acceso a la anticoncepción y la situación de desplazamiento forzado que afecta fuertemente a varias regiones del país, reduce aún más estas posibilidades,[238] a lo que se suma también una mayor exposición a violencia sexual por actores armados.

3.4. Infecciones de transmisión sexual y Vih/Sida

Es claro que la epidemia del Vih/Sida está relacionada con las desigualdades sociales. El mapa de las prevalencias, y particularmente las tasas de mortalidad, tienen una coincidencia con los índices de pobreza y con la baja cobertura de los sistemas de salud conexos a la marginalidad económica. Otras cuestiones sistémicas, como las normas de la heterosexualidad, las normas de género en el ejercicio de la sexualidad y la discriminación de las personas homosexuales y bisexuales, son aspectos claves que limitan las negociones en torno al uso del condón y generan situaciones negativas para el ejercicio de una sexualidad libre, autónoma y segura.

237 Tabla tomada de: PROFAMILIA, Informe de prensa. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit., p. 25.
238 PRADA, et al. Op. cit.

De todas formas, es importante tener en cuenta que el principal mecanismo de transmisión de la infección es por vía sexual, por tanto la reducción de las nuevas infecciones está fuertemente atada a la implementación de medidas de prevención y educación basadas en aspectos comportamentales con estrategias dirigidas a poblaciones específicas y generales. Dentro de los aspectos esenciales para lograr la disminución de la prevalencia de Vih/Sida y contener la epidemia, se encuentran la generación de cambios de comportamiento, el uso adecuado y consistente del condón, distribución de condones de calidad y el desarrollo de programas dirigidos a población en contextos de vulnerabilidad (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, población transgénero, usuarios de drogas inyectables, habitantes de calle, trabajadoras sexuales, jóvenes en contexto de vulnerabilidad, en el caso de Colombia), así como el acceso eficaz y continuo al tratamiento.[239]

3.4.1. Atención integral al Vih/Sida

«La atención integral en VIH/sida involucra el conjunto de las intervenciones requeridas para limitar el crecimiento de la epidemia del VIH, evitar que quienes no están infectados se infecten y que quienes están infectados no transmitan el VIH, no se reinfecten y encuentren todos los recursos requeridos para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas» .[240]

El espectro que implica esta comprensión es amplio e incluye acciones en la promoción de la salud sexual y reproductiva que modifiquen las condiciones de vulnerabilidad de la población, el desarrollo de tareas específicas para prevenir la transmisión del Vih/Sida, especialmente en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, así como acciones sobre el control de riesgos biológicos, la detección temprana de la infección por Vih/Sida, la vigilancia en salud pública, la atención integral de las Personas que viven con Vih y Sida (PVVS), y el monitoreo constante.[241]

Esta forma comprensiva de abordaje implica una diversidad de actores sociales, institucionales, familiares, comunitarios que antes no se tenían previstos en un programa de salud pública.[242]

Las acciones de promoción se deben centrar en «la movilización social a favor de la salud sexual y reproductiva, la defensa de estos derechos y la generación de procesos de desarrollo social en el ámbito territorial tendientes a reducir la

239 Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el Vih/Sida (Onusida). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. 2012.
240 Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de gestión programática en VIH/sida. Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Ministerio de la Protección Social, FEDESALUD, 2006, p. 27.
241 Ibíd.
242 Ibíd.

vulnerabilidad de la población a la infección por VIH»,[243] y centrarse en estos principios:

- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos
- Perspectiva de género
- Reconocimiento de la vulnerabilidad
- Respeto de las diferencias
- Reducción del estigma y la discriminación.[244]

La atención integral en la prevención y atención del Vih/Sida y otras infecciones de transmisión sexual demanda entonces una visión que incluye al menos:

- Actividades de IEC sobre sexo seguro (dirigidas a mujeres y hombres heterosexuales, homosexuales y bisexuales; adolescentes y jóvenes; trabajadoras sexuales; y personas privadas de la libertad).
- Actividades dirigidas a erradicar las relaciones desiguales de poder en la transmisión heterosexual, asociadas por ejemplo a la negociación del uso del condón.
- Actividades de IEC contra el estigma y la discriminación hacia personas que viven con Vih y Sida.
- Actividades de IEC orientadas a la demanda de prueba voluntaria, incluida recomendación a personas que consultan por ITS.
- Personal de salud sensibilizado en temas de diversidad sexual y de género.
- Realización de asesorías pre y post test de calidad.
- Acceso y seguimiento de terapia antirretroviral (TAR) continua y de calidad.
- Actividades colaborativas con los servicios de salud materna.
- Actividades colaborativas con programa de tuberculosis (TB).

243 Ibíd., p. 39.
244 Ibíd., p. 39.

- Acceso gratuito a condones de calidad.
- Acceso a kit de profilaxis post exposición para Vih/Sida, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual.
- Elementos de atención y detección de ITS en los programas de atención prenatal y atención del parto.
- Actividades de rehabilitación integral.
- Actividades de apoyo a familiares de personas que viven con Vih y Sida.

3.4.2. Situación del Vih/Sida

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, el perfil epidemiológico del Vih/Sida de Colombia corresponde a una epidemia concentrada (Esta situación se da cuando la prevalencia en poblaciones en contextos de vulnerabilidad tales como hombres que tiene sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadoras sexuales, entre otras, es superior al 5% y en mujeres gestantes, no es superior a 1%).[245]

Tal como lo muestra el Ministerio de Salud y Protección Social «La epidemia de VIH/Sida en Colombia se mantiene concentrada en poblaciones de mayor vulnerabilidad, en particular en hombres que se relacionan sexualmente con hombres (HSH), y en mujeres trabajadoras sexuales (MTS)».[246] Sin embargo, como lo muestra también una mirada evolutiva, a pesar de conservar aún este perfil, el número de mujeres que viven con Vih/Sida viene en aumento como se mostrará más adelante.

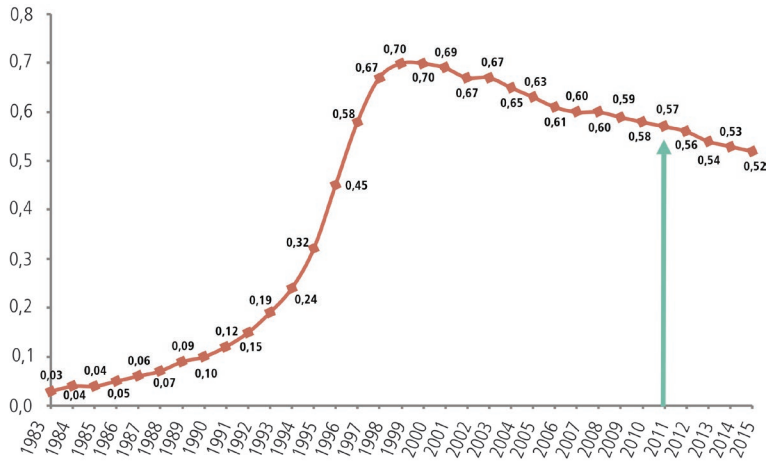
3.4.2.1. Morbilidad y mortalidad por Vih/Sida

En 1983 se notificaron los primeros casos de Vih/Sida en el país, más exactamente dos muertes por Sida de un hombre y una mujer. 30 años después, y luego de un vertiginoso ascenso, tanto de la prevalencia de Vih/Sida como de la mortalidad asociada, venimos observando una tendencia de descenso.

La prevalencia del Vih/Sida se mantiene por debajo de la meta planteada en los Objetivos del Milenio (1%).[247] «La prevalencia para el año 2011 se estimó

245 Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011. Bogotá. 25 de Mayo 2012.
246 Ibíd., p. 2. Como veremos más adelante, según los últimos estudios, debemos agregar a las mujeres transgénero y personas habitantes de calle.
247 Ministerio de Salud y Protección Social, Plan decenal de salud pública 2012-2021, Op. cit.

en 0,52% con una población de 129.630 personas infectadas en las edades de 15 a 49 años»[248] .[249] Para el año 2012 se estimó una prevalencia de 0,5%, con una población de 112.197 personas viviendo con el virus entre los 15 y 49 años. Como observamos en la siguiente gráfica, la prevalencia del Vih/Sida en el país subió vertiginosamente desde los primeros dos casos de muertes por Sida identificados en el año 1983 y experimentó un pico a finales de los noventas. La prevalencia desde finales de los noventas viene en descenso.



Fuente: Las proyecciones y estimaciones se elaboraron con el apoyo de ONUSIDA.

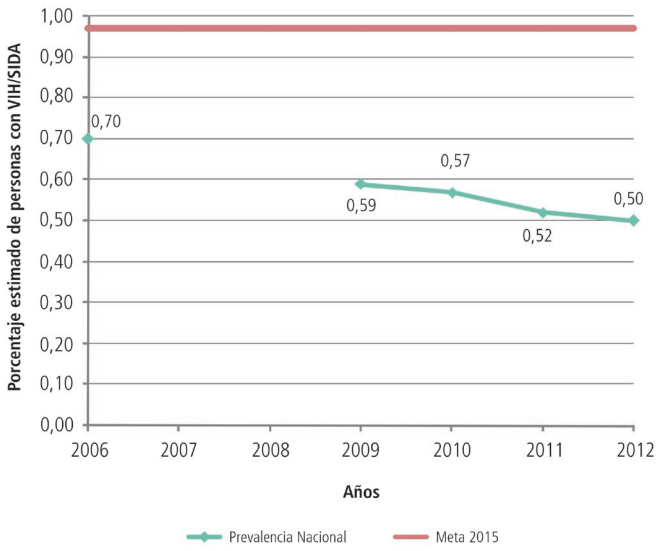
Prevalencia de Vih/Sida en población general entre 15 a 49 años, Colombia proyecciones y estimaciones 2011.[250]

Es importante tener en cuenta que la prevalencia se ha ido ajustado en la medida en que se tienen datos más fidedignos y en que han mejorado los sistemas de reporte pudiendo tener el siguiente perfil en los últimos 7 años.

248 Ministerio de Salud y Protección Social, Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011, Op. cit. p. 3.

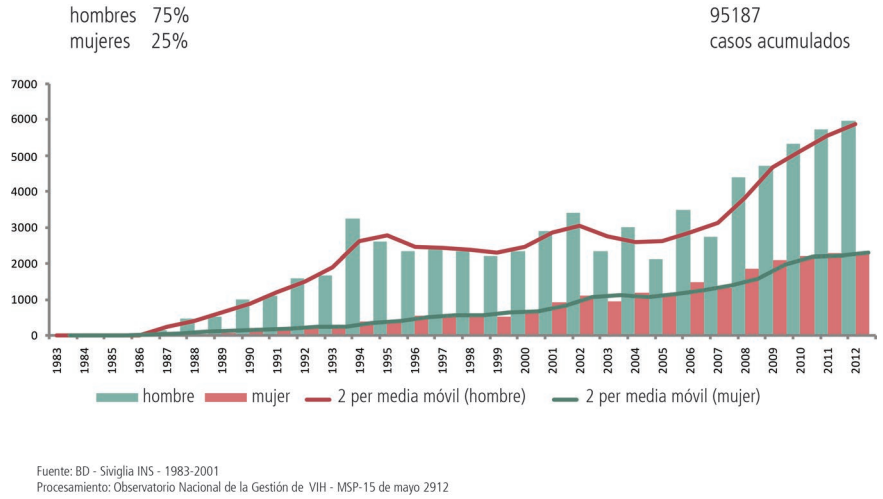
249 Tengamos en cuenta que si bien el reporte al sistema de vigilancia epidemiológica ha aumentado considerablemente en los últimos años, todavía existen problemas en la notificación, además de los casos que no son captados por el sistema de salud. Los datos arrojados por las entidades nacionales presentaban discordancias; así por ejemplo para el 2005 el porcentaje de correspondencia entre las fuentes fue únicamente de 60,5%, datos similares se obtuvieron para el año 2004 y 2003 (Cf. Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/Sida y Ministerio de la Protección Social, Infección por VIH y SIDA en Colombia, estado del arte 2000-2005, Op. cit.). Esta situación ha venido cambiando y se han cualificado las fuentes y los sistemas de información para tener a la fecha datos mucho más confiables.

250 Gráfica tomada de: Ministerio de Protección Social. Comportamiento del VIH/SIDA durante el 2010 en Colombia. Bogotá: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/SIDA. Ministerio de la Protección Social, 2011. p. 24.



Prevalencia de Vih/Sida en población general entre 15 a 49 años 2006-2012.[251]

En relación con los casos acumulados, de acuerdo con los datos reportados al SIVIGILA entre 1983 y 2012, tenemos un total de 95.187 casos notificados de infección por Vih/Sida y muerte por SIDA. El 75,1% de los casos se presentó en hombres y el 25% en mujeres. Para el año 2012, han sido reportados 8.196 personas con Vih/Sida o muertes por Sida de los cuales 5.914 fueron hombres (75,1%) y 2.282 mujeres (25%).[252]

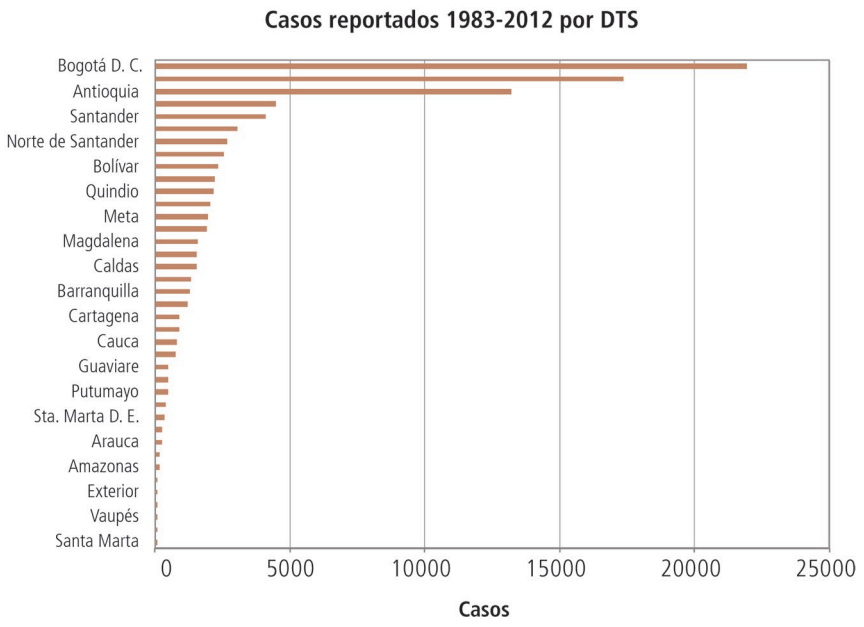


Fuente: BD - Siviglia INS - 1983-2001
Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión de VIH - MSP-15 de mayo 2912

Casos notificados de Vih/Sida y muerte por SIDA, distribución anual por sexo, Colombia 1983-2012.[253]

251 Observatorio Nacional de la Gestión en ITS- VIH/Sida 2012.
252 Observatorio Nacional de la Gestión en ITS- VIH/Sida 2012.
253 Gráfica tomada de: Ibíd.

Bogotá es la ciudad que registra el mayor número de casos acumulados desde 1983 a 2012 con 21.448, seguida de los departamentos de Valle del Cauca con 17.003 y Antioquia con 12.945.[254]

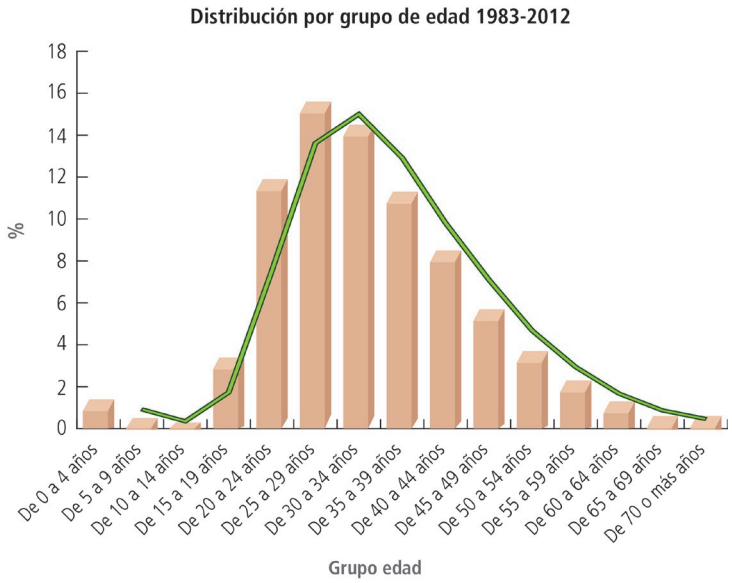


Número de casos reportados de Vih/Sida por las Direcciones Territoriales de Salud, Colombia 1983-2012[255]

En relación con el régimen de seguridad social, hasta el año 2010, teníamos que «el subsidiado presenta mayor número de casos (43,4%), seguido del no afiliado (34,7%), el 17,3% para el régimen contributivo, y el régimen de excepción es el que aporta el menor número de casos (4,3%)».[256]

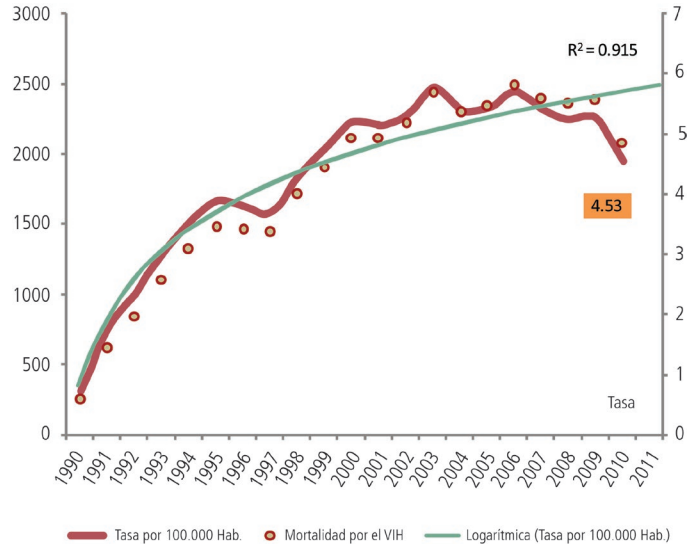
De acuerdo con los casos notificados entre 1983 al 2012, estos se encuentran en su mayoría en el grupo etario de 15 a 44 años de edad 62.276 (65%); en el de 45 y más años 30.715 (32%).[257] En su orden los grupos etarios con más casos reportados son los de 25 a 29 años, seguidos de los de 30 a 34 años, 20 a 24, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 15 a 19, 55 a 59, 0 a 4 y 60 a 64.

254 Como veremos más adelante según el estudio nacional realizado por el Ministerio de Protección Social y el UNFPA publicado en el año 2011, en uno de los grupos con mayor prevalencia en el país, la población de HSH, puntea con bastante ventaja el Valle del Cauca.
255 Gráfica tomada de: Observatorio Nacional de la Gestión en ITS- VIH/Sida 2012.
256 Ministerio de Protección Social. Comportamiento del VIH/SIDA durante el 2010 en Colombia. Op. cit., p. 11.
257 Observatorio Nacional de la Gestión en ITS- VIH/Sida 2012.



Casos notificados de Vih/Sida y muertes por SIDA por grupo de edad, Colombia 1983-2012.[258]

Como vemos en la siguiente gráfica, la tasa de mortalidad por Sida viene en descenso, pero tiene un pico diferente a la prevalencia, 2004 y 2007, año a partir del cual el descenso es más notable.



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005-2011 (años 2011 preliminar).

Tasa de mortalidad por Sida por 100.000 habitantes, Colombia 1991-2011[259]

258 Ibíd.

259 Gráfica tomada de: Ministerio de Salud y Protección Social, Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011, Op. cit. p. 12.

La mortalidad ha mostrado en la última década, un comportamiento estático, presentando una leve disminución si se comparan los dos últimos años. La tasa de mortalidad por SIDA en el país en el año 2009 según el DANE fue de 5,21 por 100.000 habitantes. Para el año 2011 la tasa de mortalidad por SIDA en el país según el DANE, fue de 4,53 por 100.000 habitantes (2.088 casos), donde la mortalidad en los hombres fue 7 y en las mujeres 2,10 por 100.000 habitantes.[260] «Los departamentos que presentaron mayor tasa de mortalidad por SIDA fueron Quindío 15,56, Risaralda 8,6 y Valle 7,9 por 100.000 habitantes y en todos los departamentos predomina el sexo masculino respecto al femenino».[261]

3.4.2.2. Poblaciones en situación de vulnerabilidad y perfil de género del Vih/Sida

El perfil epidemiológico del Vih/Sida en el país muestra, como ya mencionamos, una epidemia concentrada particularmente en mujeres transgénero (MTRANS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), habitantes de calle (HC), usuarios de drogas intravenosas (UDI), trabajadoras sexuales (MTS) y jóvenes en contexto de vulnerabilidad. Según diversos estudios estas poblaciones tienen prevalencias por encima de la población general.[262]

> *Estudios realizados en poblaciones vulnerables como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en el 2010 alcanzaron prevalencias superiores al 5% (Barranquilla: 13,6%; Cartagena: 10,0%; Medellín: 9,1%; Pereira 5,6%; Bogotá: 15,0%; Cali: 24,1% y Cúcuta: 10,9%); en el estudio de mujeres trabajadoras sexuales en el 2008, la prevalencia fue superior al promedio nacional (Medellín: 1,2%; Cali 1,7%, Bucaramanga: 3,8% y Barranquilla: 4,5%) y en el estudio de prevalencia de VIH y comportamiento de riesgos asociados en usuarios de drogas por vía inyectada en 2010, la prevalencia fue en Medellín (3,8%) y Pereira (1,9%).*[263]

Destacamos algunos datos recientes (2012) de los estudios en poblaciones claves realizados en el marco del proyecto del Fondo Mundial de lucha contra el Sida en el que se calcularon las siguientes prevalencias: en mujeres transgénero, Cali 18,8%, Bogotá 17,1%, Barranquilla 13,1% y Medellín 10%; en habitantes

260 Ibíd.
261 Ibíd., p. 4.
262 Los estudios son: Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en siete ciudades de Colombia. 2011; Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. 2008. Ministerio de la Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito y Universidad CES. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Colombia, 2010. Añadiendo además las fuentes que están en la tabla 'Estudios de prevalencia en poblaciones clave' referenciadas en el último Boletín epidemiológico del Observatorio Nacional de la Gestión en ITS- VIH/Sida- 2012 que podrá encontrarse más adelante.
263 Ministerio de Protección Social. Comportamiento del VIH/SIDA durante el 2010 en Colombia. Op. cit., p. 12.

de calle, Barranquilla 17,4%, Bogotá 6,6% y Cali 2,2%; y en mujeres trabajadoras sexuales, Barranquilla 2,50%, Cali 1,46%, Bucaramanga 1,15%, Medellín 0,69% y Bogotá 0,28%.

En la siguiente tabla del último Boletín Epidemiológico del Observatorio Nacional de la Gestión en ITS- Vih/Sida- 2012, podemos encontrar las prevalencias para las distintas poblaciones en situación de vulnerabilidad con fuentes distintas y para diferentes años y ciudades.

Estudios de Prevalencia en Poblaciones Clave					
Población	**Año**	**Ciudades/Región**	**Población/ Muestra**	**Prevalencia (%)**	**Fuente**
Población General	2009	Boyacá	4.079	0,2	FEDESALUD
	2009	Bajo Cauca Antioqueña	165	0,58	CES, 2010
Jóvenes	2004	Nacional	3.239	0,59	INS, 2004
HSH	2002	Bogotá	Total: 660	19,7	Bautista y Cols, 2004
			18-20 años: 79	13,9	
			21-24 años: 148	16,2	
			25-29 años: 165	17,6	
			30 años y más: 233	24,5	
	2005	Villavicencio	52	25	Secretaría Deptal. de Salud del Meta
	2006	Bogotá	630	10,80%	SDS, ONUSIDA, LIGASIDA
	2010	Barranquilla	2.562	13,6	MPS/UNFPA
		Cartagena		10	
		Medellín		9,1	
		Pereira		5,6	
		Bogotá		15	
		Cali		24,1	
		Cúcuta		10,9	
MTS	2002	Bogotá	514	0,8	Montano S. M. y Cols, 2005
	2005	Villavicencio	236	0,64	Secretaría Deptal. de Salud del Meta
		Acacias		1,27	
	2006	Barranquilla	120	3,33	ONUSIDA/ Sec Dist de Salud Bquilla
	2007	Bogotá	529	0,76	SDS, ONUSIDA, LIGASIDA
	2008	Medellín	1.674	0,64	MPS/UNFPA
		Cali		0,81	
		Bucaramanga		3,26	
UDI	2002	Bogotá	111	1	Mejía, 2005
	2010	Medellín	237	1,9	CES, 2010
		Pereira	297	0,61	

Fuente: Informe UNGASS, 2012, MSPS, Informe Panorama 2012.

HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
MTS: Mujeres Trabajadoras Sexuales.
UDI: Usuarios de Drogas Intravenosas.

Estudios de Prevalencia en Poblaciones Clave					
Población	**Año**	**Ciudades/Región**	**Población/ Muestra**	**Prevalencia (%)**	**Fuente**
MTS	2012	Medellín	581	0,69	Proyecto Fondo Mundial VIH, Estudio Comportamiento Sexual Y Prevalencia Infección por VIH en Mujeres Trabajadoras Sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012
		Cali	342	1,46	
		Bucaramanga	436	1,15	
		Barranquilla	521	2,5	
		Bogotá	706	0,28	
MTRANS	2012	Bogotá	316	17,1	Proyecto Fondo Mundial VIH, Estudio Comportamiento Sexual Y Prevalencia Infección por VIH en Mujeres Trans en cuatro ciudades de Colombia, 2012
		Medellín	250	10	
		Cali	207	18,8	
		Barranquilla	199	13,1	
HC	2012	Bogotá	136	6,6	Proyecto Fondo Mundial VIH, Estudio Comportamiento Sexual Y Prevalencia Infección por VIH en Habitantes de la Calle en cuatro ciudades de Colombia, 2012
		Barranquilla	138	17,4	
		Cali	136	2,2	
		Bucaramanga	97	0	
PPL	2012	Buen Pastor Bogotá, Mujeres	217	0,5	Proyecto Fondo Mundial VIH, Estudio Comportamiento Sexual Y Prevalencia Infección por VIH en Población Privada de Libertad en ocho establecimientos penitenciarios de Colombia, 2012
		Santa Marta, Hombres	191	0,5	
		La Modelo, Bogotá, Hombres	221	0	
		Bellavista, Mujeres	222	0,5	
		Valledupar, Hombres	198	1	
		Jamundí, Hombres	196	0,5	
		Jamundí, Mujeres	181	0,6	

Fuente: Informe UNGASS, 2012, MSPS, Informe Panorama 2012, Proyecto Fondo Mundial VIH

MTS: Mujeres Trabajadoras Sexuales
MTRANS: Mujeres Transgénero
HC: Habitantes de la Calle
PPL: Población Privada de Libertad

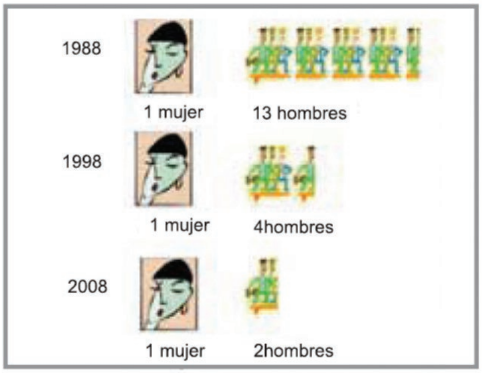
Es importante considerar que este perfil, particularmente la concentración en los HSH, viene cambiando en los últimos años, especialmente en las regiones en donde previamente se había identificado un predominio de la transmisión heterosexual.[264] Uno de los indicadores importantes a propósito de la transición de la epidemia es la razón hombre:mujer la cual ha venido haciéndose más cercana en el país, siendo además una tendencia mundial[265] que ha puesto la atención en la situación de las mujeres frente al Vih/Sida. Para el año 2006 se estimaba que el 0,5% de las mujeres y el 0,8% de los hombres vivían con Vih/Sida. La

264 Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el Vih/Sida y Ministerio de la Protección Social, Infección por VIH y SIDA en Colombia, estado del arte 2000-2005, Op. cit.

265 En los países del Caribe la transmisión ha sido principalmente por contacto heterosexual, mientras en la región andina el perfil es concentrado. En América Latina el porcentaje de casos reportados en mujeres pasó de 35% en el 2002 a 36% en el 2004 (ONUSIDA/MPS, 2006)

participación de las mujeres ha presentado un patrón ascendente en los últimos años, principalmente desde 1998, donde comenzamos a encontrar porcentajes superiores al 20% alcanzando un 29,85% en el 2004, este aumento en la participación femenina ha significado una disminución en la razón hombre:mujer.[266]

Según la ENDS 2010 la razón hombre mujer ha cambiado desde 1988 a 2008 de la siguiente forma:



Evolución de la razón hombre mujer Vih/Sida 1988-2008[267]

La principal vía de transmisión reportada desde el año 1983 ha sido la sexual representada en un 96,01% de los casos (para el año 2011 según el SIVIGILA la transmisión por vía sexual corresponde al 97,7% de los casos[268]). De estos casos el 55,9% fue por mecanismo heterosexual, el 28,25% homosexual y el 15,79% al bisexual.[269] Es de resaltar el aumento en el perfil de casos referidos por modo de transmisión heterosexual en los últimos 10 años, aunque se desconoce la magnitud exacta debido a los problemas de registro ya mencionados.[270]

En todo caso, es importante pensar de manera más clara estrategias que visibilicen el Vih/Sida como un problema de salud importante para las mujeres, que no se piense sólo en las mujeres gestantes y que se consideren las vulnerabilidades producidas por las relaciones inequitativas de género. Estas vulnerabilidades tienen que ver con los bajos márgenes de maniobra de las mujeres unidas para negociar el uso del condón con sus compañeros, pero también el abandono o

266 Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el Vih/Sida y Ministerio de la Protección Social, Infección por VIH y SIDA en Colombia, estado del arte 2000-2005, Op. cit.
267 Gráfica tomada de: PROFAMILIA, Informe de prensa. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit. p. 47.
268 Ministerio de Salud y Protección Social, Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011, Op. cit.
269 No es claro cómo se estableció este criterio. Inferimos que transmisión bisexual, se refiere a adquirir el virus por una persona que tiene sexo tanto con hombres como con mujeres.
270 Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el Vih/Sida y Ministerio de la Protección Social, Infección por VIH y SIDA en Colombia, estado del arte 2000-2005, Op. cit.

interrupción de la TAR debido a las cargas adicionales en el trabajo de cuidado familiar,[271] por ejemplo, cuando varios miembros de la familia viven con Vih.[272] Esta situación, unida a la menor aceptación del ejercicio de la sexualidad de las mujeres, y los privilegios masculinos en relación con el sexo, exponen a las mujeres tanto a contraer Vih/Sida como otras ITS, en los casos en los que sus compañeros tiene relaciones desprotegidas con otras personas.

Algunas cifras de las ENDS 2010 documentan situaciones asociadas a estos problemas: el 81% de las mujeres considera que puede negarse a tener relaciones sexuales si su compañero tiene una ITS (es decir, 19% de las mujeres considera que no puede negarse); las mujeres que menos niegan esta posibilidad son las del área rural (66%), las de menor educación (51%) y las del quintil inferior de riqueza (62%). Los menores niveles de negociación de sexo seguro que incluye pedir el uso de condón se observan en la Región Caribe (77%). Las mujeres más educadas y de quintiles mayores de riqueza se encuentran en una situación más favorable para negociar sexo seguro.[273]

3.4.2.3. Vih/Sida en mujeres gestantes

Según un estado del arte realizado por ONUSIDA y el Ministerio de la Protección Social, la segunda causa notificada era la transmisión por mecanismo perinatal desde el año 1990 al 2005.[274]

El 7º estudio centinela, realizado en mujeres gestantes en el año 2009, mostró una prevalencia de 0,22%.[275] Esta cifra es coincidente para el siguiente año –2010–, en el que según datos obtenidos por la Estrategia de Transmisión materno-infantil del VIH,[276] «en el 2010 se tamizó el 60% (553.528/928.306) de las gestantes estimadas, de ellas, se les ofreció y aceptaron hacerse la prueba de VIH durante atención prenatal 418.200 (83,5%) de las gestantes».[277] De estas pruebas realizadas fueron diagnosticadas con Vih 553 (0,1%) mujeres gestantes,

271 El trabajo de cuidado familiar se refiere a todas las tareas/tiempo destinadas a la manutención de la vida, particularmente de infantes, personas enfermas, de la tercera edad o en situación de discapacidad. Estos trabajos generalmente son llevados a cabo por las mujeres, quienes además son las que menos reciben cuidados de los demás miembros del grupo. En el caso del estudio citado se encontró que las mujeres a veces descuidan sus TAR en función de acompañar las TARs de otros miembros de la familia.

272 Ministerio de Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas y Universidad Nacional de Colombia. Factores de vulnerabilidad a la infección por vih en mujeres. Bogotá, 2009.

273 PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia, Ministerio de la Protección Social. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, USAID, 2010.

274 Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/Sida y Ministerio de la Protección Social, Infección por VIH y SIDA en Colombia, estado del arte 2000-2005, Op. cit.

275 Ministerio de Salud y Protección Social, Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011, Op. cit. p. 2.

276 Téngase en cuenta que se trata de un poco más del total de las mujeres gestantes y la prevalencia es la mitad precisamente de la prevalencia calculada para el año anterior.

277 Base Datos Estrategia para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y Cf. Ministerio de Protección Social. Comportamiento del VIH/SIDA durante el 2010 en Colombia. Op. cit. p. 10.

para un total de 675 mujeres gestantes atendidas por la estrategia (sumando 122 gestantes que tenían diagnóstico previo).[278]

Para el año 2011 con una cobertura mayor tenemos que «de las gestantes tamizadas para el año 2011, 554 fueron diagnosticadas con VIH (Porcentaje de seropositividad 0,09%)»[279] .[280]

En relación con las diferencias regionales, Chocó (25%), Cesar (20%), La Guajira (20%), Caquetá (20%), se ubicaron en el año 2009 como los departamentos que presentaron mayor porcentaje de transmisión materno-infantil del Vih.[281] Uno de los factores claves en estas diferencias parece estar asociado a la captación tardía de las mujeres gestantes y menores niveles de acceso a control prenatal, situación que implica diagnósticos tardíos que aumentan la probabilidad de la transmisión de la infección al recién nacido. Para el año 2010 puntea el Chocó con 40,0%, seguido de Risaralda (30,0%) y Bolívar (25,0%).[282] Obsérvese que hubo un relevo en los departamentos con porcentaje más alto, excepto Chocó.

Dirección territorial	% de transmisión materno-infantil
Chocó	25,0%
Cesar	20,0%
La Guajira	20,0%
Caquetá	20,0%
Córdoba	17,6%
Nariño	15,4%
Risaralda	14,3%
Sucre	12,5%
Huila	9,1%
Santa Marta	8,7%
Caldas	6,3%
Meta	5,9%

278 Ibíd.
279 Ministerio de Salud y Protección Social, Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011, Op. cit. p. 4.
280 Según lo plantea el MSPS puede haber un problema en el cálculo de esta cobertura y que puede ser mayor: «En el año 2011 se tamizaron 607.682 gestantes, alcanzando una obertura del 66% con respecto a las gestantes estimadas (915.835). No obstante, esta cifra puede deberse más a fallas en el reporte de los exámenes realizados que a una real falta de acceso a la prueba. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, el porcentaje de mujeres gestantes que se le ofreció y aceptó hacerse la prueba de VIH durante atención prenatal fue del 83,5%» (Ibíd., p.4.).
281 Ministerio de Salud y Protección Social, Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011, Op. cit.
282 Ministerio de Protección Social. Comportamiento del VIH/SIDA durante el 2010 en Colombia. Op. cit.

Dirección territorial	% de transmisión materno-infantil
Tolima	5,9%
Barranquilla	5,0%
Santander	4,2%
Cartagena	4,0%
Valle	3,4%
Antioquia	1,8%

Porcentaje de transmisión materno-infantil del Vih, Colombia 2009.[283]

3.4.2.4. Acceso a terapia antirretroviral (TAR)

Como ya se mencionó, si bien el acceso a TAR viene en aumento, como observamos en la siguiente tabla el acceso aún no es universal. Es más preocupante si miramos el acceso a TAR teniendo en cuenta el tipo de aseguramiento, ya que en el régimen subsidiado es incluso menor al grupo sin afiliación. Un mayor acceso a tratamiento oportuno y continuo podría cambiar la tendencia de la mortalidad de manera significativa y consolidar los cambios positivos de la epidemia.

Tipo de aseguramiento	Está recibiendo TAR	Requiere TAR	Cobertura TAR
Sin afiliación	1.237	1.777	69,6%
Contributivo	16.021	18.295	87,6%
Subsidiado	4.533	7.287	62,2%
Total país	21.791	27.360	80,0%

Fuente. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH, segundo semestre 2011 (corte 01 septiembre)

Cobertura de tratamiento antirretroviral por tipo de aseguramiento, Colombia, 2010.[284]

En relación con la interrupción de la TAR, según la ENS 2007 el 24,4% de los pacientes entrevistados en las instituciones ha suspendido el tratamiento alguna vez, de un mes o más tiempo, donde el 20,4% de las personas son atendidas en entidades privadas y el 40,4% en entidades públicas. La suspensión del tratamiento es mayor en el régimen subsidiado que en el contributivo.[285]

Sobre las razones para suspender la TAR las personas contestaron que:

> *No hay medicamentos disponibles en la EPS o ARS (3,2%); no toleró el medicamento (17,7%); no tiene para comprarlo (17,7%); se sintió bien y decidió suspender el tratamiento el 8,3%; tuvo complicaciones de salud*

283 Datos tomados de: Ministerio de Salud y Protección Social, Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011, Op. cit. p. 14-15.
284 Tabla tomada de: Ibíd., p. 29.
285 Rodríguez, et al. Op. cit.

(25,2%); el médico le ordenó suspenderlo (13,4%); le preocupa la adicción (5,6%); mucho trámite en la EPS (50,4%); dejó de ir a control (8,5%); no sabe dónde le suministran el medicamento (1,2%); el sitio es muy lejano (7,3%); los horarios no le sirven (2,4%); no ha sacado tiempo para obtener el medicamento (3,6%).[286]

3.4.2.5. Estigma y discriminación hacia personas que viven con Vih y Sida (PVVS)

El estigma y la discriminación hacia las personas que viven con Vih y Sida tienen un impacto importante en la inhumonodepresión e influye de manera negativa en general en la calidad de vida de las PVVS. Las modalidades de discriminación se expresan de maneras muy distintas.

Según el índice de estigma y discriminación hacia personas que viven con Vih y Sida, realizado por REDCOLVIH en el año 2009, encontramos que las PVVS son excluidas de actividades sociales en un 17% y de actividades familiares en un 33%. El 67% del total de la muestra encuestada, ha percibido que otras personas murmuran con respecto a ellas y de éstas el 43% atribuye estas murmuraciones al Vih o a la mezcla entre su estado de salud y otra razón por la cual pueden estar siendo estigmatizados. De otro lado, del total nacional, un 74% de los entrevistados manifiesta no haber sufrido ningún tipo de violencia, mientras que el 26% de las personas manifestaron haber experimentado algún tipo de agresión verbal, acoso o amenazas y agresión física.[287]

Es de resaltar los altos niveles de 'autoestigma', categoría que no se refiere a una cuestión individual, sino que es el resultado de una serie de exclusiones contextuales que hacen que las personas interioricen algunas representaciones negativas relacionadas con el Vih/Sida, sientan vergüenza o culpa por su diagnóstico o se priven de espacios o ciertas actividades. Al respecto, consideremos que el 20% indicó la existencia de sentimientos suicidas, un alto porcentaje ha decidido no tener hijos o dejar de tenerlos (50,5%) después de conocer el diagnóstico. Igualmente, con respecto a las relaciones sociales, un amplio porcentaje ha optado por aislarse de la familia o amigos (40,6%) o no asistir a reuniones sociales (33,9%); así también un 20% ha decidido no volver a tener relaciones sexuales.[288]

La ENDS 2010 pregunta también por actitudes hacia las PVVS. El 77% de las mujeres manifestó que estaría dispuesta a cuidar de un familiar con Vih/Sida. Sólo un 56% de ellas manifestó que un profesor que vive con el virus puede

286 Ibíd., p. 217.
287 Red Colombiana de Personas Viviendo Con Vih o con Sida (RECOLVIH). Voces positivas. Resultados del índice de estigma en personas que viven con vih en Colombia. Bogotá: RECOLVIH e IFARMA, 2010.
288 Ibíd.

seguir enseñando. La aceptación es muy baja si tenemos en cuenta que sólo 15% de las mujeres respondieron de manera positiva a las 4 preguntas que se hicieron al respecto; los departamentos que tienen menores niveles de aceptación son: Vaupés, Chocó, Amazonas, Vichada, Caquetá, Sucre y Córdoba (por debajo del 10%).[289]

Finalmente, en este aspecto es importante mencionar que a las PVVS, y particularmente a las mujeres, se les restringe el ejercicio de sus derechos reproductivos. Según el índice de estigma y discriminación hacia PVVS, 1 de cada 5 personas encuestadas en el estudio manifestó haber sido aconsejado por un profesional de la salud de no tener hijos después de ser diagnosticada, el 42,2% de las mujeres y el 14,7% de los hombres. Este estudio encontró también que un 26% de las mujeres encuestadas y un 3,3% de los hombres encuestados fue coaccionado a esterilizarse, y el 8% de las mujeres (265 encuestadas en total) reportaron que su TAR fue condicionada al uso de ciertos anticonceptivos. El 2% de las mujeres fue forzado por profesionales de la salud a abortar, el 14% a someterse a un método particular de parto y el 14% a un tipo particular de lactancia. Así también, el 14% de las mujeres encuestadas reportaron no haber recibido tratamiento para prevenir la transmisión madre-hijo.[290]

3.4.3. Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al Vih/Sida

La incidencia mundial de infecciones de transmisión sexual representa un problema importante de salud pública, según la OPS:

> *Se calcula que la incidencia mundial de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es de 498 millones de casos curables (sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis) lo cual es motivo de gran preocupación debido a que las ITS no tratadas facilitan la transmisión del VIH, aumentan los costos asociados con las infecciones no detectadas, no tratadas o mal tratadas por automedicación y representan una carga para las personas, las comunidades y los gobiernos, y desde hace varios años se cuenta con antibióticos y agentes quimio-terapéuticos eficaces para tratar estas infecciones.*[291]

Es importante tener en cuenta que las ITS están relacionadas con las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil y tienen consecuencias graves que se expresan en problemas de «infertilidad, embarazo ectópico, bajo peso al nacer,

289 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit.
290 Red Colombiana de Personas Viviendo Con Vih o con Sida, Voces positivas, Op. cit.
291 Ministerio de Salud y Protección Social, Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Op. cit., p. 2.

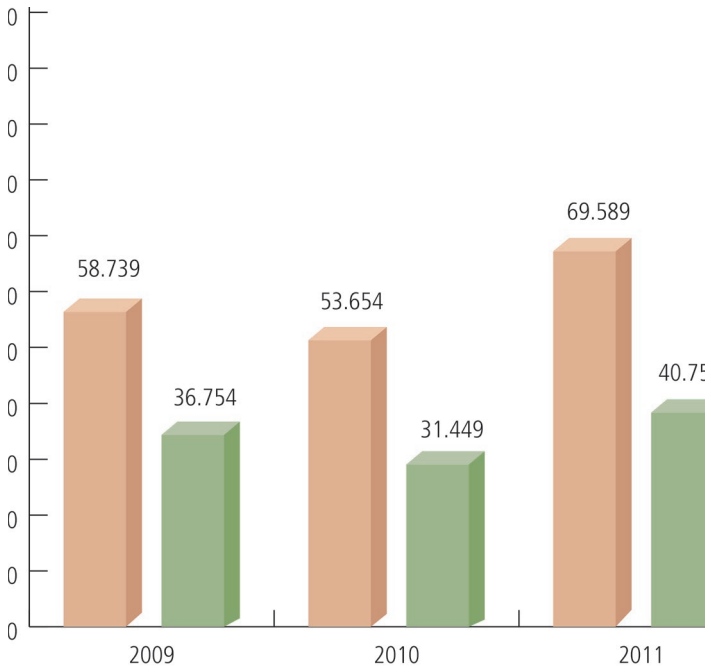
e infección por el VIH cuando no se tratan adecuadamente y a tiempo».[292] Téngase en cuenta que la prevalencia de sífilis en gestantes es de 1,7%.[293] Otras consecuencias de las ITS incluyen el desarrollo de algunos tipos de cáncer en los órganos genitales.[294]

La sífilis temprana no tratada en mujeres embarazadas tienen desenlace de muerte fetal en el 25% de los casos, en el 14% de los casos ocurre muerte neonatal. En el caso de mujeres con gonorrea los abortos espontáneos y los partos prematuros llegan al 35% y el 10% terminan en muerte fetal, y aproximadamente entre el 30% y el 50% de los recién nacidos cuyas madres sufrían infecciones de transmisión sexual no tratadas (principalmente gonorrea y clamidia) adquirieron infecciones oculares que en la mayoría de los casos terminaron en ceguera, según la OMS.[295]

Según la Encuesta Nacional de Salud de Colombia, el 0,7% de la población entre 19 y 60 años ha sufrido en algún momento de su vida una ITS, el 5,3% de los hombres y el 5% de mujeres se autocalifican como de riesgo alto o muy alto para contraer Vih, a medida que aumenta el nivel educativo aumenta el porcentaje de auto calificación.[296,297]

En el país se reportan al Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) un promedio anual de 98.423 casos de infecciones de transmisión sexual, de las cuales se estima que el 23% son de tipo ulcerativo –recordemos que este tipo de infecciones aumentan la probabilidad de transmisión de la infección por el VIH/Sida–.[298] «Por rangos de edad, los grupos de 20 a 29 años mostraron los porcentajes más altos y por género la mujer mostró proporciones más elevadas.»[299]

292 Ibíd.
293 Mayor del 1%, establecido por la OPS como criterio de base para la prevalencia de ITS curables en la población general (Ibíd.).
294 Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión Sexual. Nota descriptiva N°110. Agosto de 2011.
295 Ibíd.
296 Rodríguez, et al. Op. cit.
297 La Encuesta Nacional de Salud 2007 también presenta datos sobre prevalencia del Vih/Sida, sin embargo no los consideramos dado que, como los mismos autores lo reconocen, son demasiado bajas y no corresponden con los diversos estudios realizados.
298 Ministerio de Salud y Protección Social, Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009 – 2011, Op. cit.
299 Ibíd., p. 4.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009-2011.

Número de personas atendidas con diagnósticos de infecciones de transmisión sexual, distribución por sexo. Colombia 2009-2011[300]

3.4.3.1. Sífilis

Para el año 2009 se reportaron 7.354 casos de sífilis en población general, 2.172 de sífilis precoz y 885 de sífilis tardía. Para el año 2010 encontramos un descenso: 6.754 personas con sífilis, de las cuales 836 fueron con diagnóstico de sífilis tardía. En el año 2.011 se diagnosticaron 992 casos de sífilis tardía.[301] «La alta proporción de consulta por sífilis tardía pone de manifiesto la falta de oportunidad dada ya sea por condicionantes propios de la infección como la desaparición rápida de signos y síntomas lo cual hace pensar a las personas que la sufren que es un episodio superado y por la falta de oportunidad y calidad de la atención brindada a los pacientes que consultan por una infección de transmisión sexual».[302]

Diagnóstico	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Sífilis precoz	2.172	1.898	2.228
Sífilis tardía	885	836	992

300 Gráfica tomada de: Ibíd., p. 4.
301 Ibíd.
302 Ibíd., p. 5.

Diagnóstico	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Otras sífilis y las no especificadas	4.297	4.018	6.104
Total	**7.354**	**6.754**	**9.324**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009-2010.

Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó sífilis según estadio de la infección. Colombia 2009 - 2011[303]

Esta falta de tratamiento oportuno hace que aproximadamente una tercera parte de los pacientes tengan manifestaciones tardías. En el siguiente cuadro podemos observar las complicaciones que presentaron las personas que fueron diagnosticadas con sífilis tardía.[304]

Diagnóstico	Personas atendidas		
	2009	2010	2011
Sífilis cardiovascular	26	22	15
Neurosífilis sintomática	77	68	84
Neurosífilis asintomática	73	58	66
Nerosífilis no especificada	142	111	153
Otras sífilis tardías sintomáticas	97	86	93
Sífilis tardía, latente	219	206	257
Sífilis tardía, no especificada	251	285	324
Total casos sífilis tardía	885	836	992

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social. RIPS 2009-2011.

Complicaciones presentadas por las personas a las que se les realizó diagnóstico de sífilis tardía. Colombia 2009 - 2011.[305]

En estos casos y en las complicaciones asociadas podemos identificar «retrasos en el diagnóstico e inicio del tratamiento adecuado de los enfermos y sus contactos, aspectos fundamentales en la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual».[306]

303 Tabla tomada de: Ibíd., p. 6.
304 La sífilis tardía se clasifica en: latente, tardía benigna, cardiovascular y neurosífilis. La sífilis cardiovascular es infrecuente actualmente, sin embargo en nuestro país aún aparece como diagnóstico. Para el año 2009, el 2,9% de los casos con diagnóstico de sífilis tardía presentaron sífilis cardiovascular, 2,6% en el año 2010 y 1,5% en el 2011. La neurosífilis puede ser asintomática y sintomática. La neurosífilis sintomática puede causar meningitis, oclusión cerebrovascular, infarto, paresia general o tabes dorsal. Estas complicaciones requieren tratamientos largos y generan discapacidades que aumentan costos al sistema de salud y pérdida de años de vida saludables (Cf Ibíd., p.6.).
305 Tabla tomada de: Ibíd., p. 7.
306 Ibíd., p. 7.

La sífilis representa un importante punto de acción de la salud pública principalmente por la prevalencia de infección de la madre al hijo en el embarazo o en el parto, lo que se traduce en elevadas tasas de infección perinatal, mortalidad perinatal e infantil. La infección fetal es de un 70% si la madre se encuentra en la fase primaria o secundaria de la enfermedad, y un 30% si la madre se encuentra en etapa latente tardía o en fase terciaria.[307]

La prevención de las infecciones de transmisión sexual debe integrarse con las intervenciones destinadas a la disminución de la mortalidad perinatal e infantil, con especial énfasis en la atención prenatal. Se considera que entre los factores que influyen en que la sífilis se mantenga como un problema de salud pública, se encuentran la poca percepción de los trabajadores de salud frente a este enfermedad como una afectación que trae consecuencias graves, la ausencia o bajas coberturas en prevención, existencia de barreras para el acceso a los servicios de salud y las actitudes discriminatorias frente a las infecciones de transmisión sexual.[308]

3.4.3.2. Virus Papiloma Humano (VPH)

El virus del papiloma humano genital (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente. «Existen más de 40 tipos de VPH que pueden infectar las zonas genitales de los hombres y las mujeres. Estos tipos de VPH también pueden infectar la boca y la garganta. La mayoría de las personas que se infectan por el VPH ni siquiera saben que lo están».[309]

Diagnóstico	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Papilomavirus como causa de enfermedades clasificadas en otros capítulos	17.578	16.374	19.478

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. RIPS 2009-2011

Número de personas atendidas a las que se les diagnosticó infección por el virus del papiloma humano. Colombia 2009-2011[310]

El VPH está fuertemente relacionado con cáncer de cuello uterino, lo que lo hace un evento particularmente grave para las mujeres sexualmente activas.

3.4.3.3. Otras infecciones de transmisión sexual

La gonorrea es una de las ITS más comunes en población general y en grupos vulnerables. «En el estudio Infecciones de transmisión sexual en un grupo de

307 Galban, Enrique y Benzaken, Adele. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: AÑO 2006. Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis 2007; 19(3-4): 166-172.
308 Ibíd.
309 Ministerio de Salud y Protección Social, Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009 – 2011, Op. cit. p. 14.
310 Tabla tomada de: Ibíd.

alto riesgo de la ciudad de Montería, Colombia, en el año 2006, se encontró una prevalencia de N. gonorrhoeae del 21,7% en trabajadoras sexuales».[311]

En Colombia para el año 2009, sólo se diagnosticaron 1.538 personas con infección por clamidia, en el año 2010, 1.525 y en el 2011, 1.313. «Estudios realizados en el país indican que esta es la infección de transmisión sexual más prevalente en los grupos poblaciones de 15 a 49 años»[312] [313]

En el 2009 se reportaron 155 personas con diagnóstico de linfogranuloma venéreo, en el año 2010, 125 personas, y en el año 2011, 1723 personas.[314] En ese mismo año se informaron 537 personas con infección por chancro blando y 450 para el año 2010.[315]

2.045 casos de tricomoniasis fueron reportadas en el 2009, 2.188 en el año 2010 y 1.995 casos en el año 2011, afectando principalmente a las mujeres.[316] En el siguiente cuadro podemos ver las cifras para estas cinco ITS y para herpes, verrugas ano-genitales y hepatitis B.[317]

Diagnóstico	Número de personas atendidas		
	2009	2010	2011
Infección gonocócica (total todos los tipos)	3.430	2.404	2.788
Infecciones por clamidias (total todos los tipos)	1.538	1.525	1.313
Linfogranuloma venéreo	155	125	1.723
Chancro blando	537	450	Sin dato
Tricomoniasis	2.045	2.188	1.995
Infecciones por virus del herpes (total todos los tipos)	9.150	7.577	9.766
Verrugas ano-genitales	16.653	15.276	18.261
Hepatitis B	1.304	1.215	1.279
VPH	17.578	16.374	19.478

311 Ibíd., p. 8.
312 Ibíd., p. 9.
313 «Si tomamos en cuenta los resultados del estudio realizado en el año 2006, sobre la Prevalencia de Chlamydia Trachomatis detectada por reacción en cadena de la polimerasa en un grupo de mujeres jóvenes sintomáticas y asintomáticas en Bogotá, Colombia, donde se encontró una prevalencia de infección del 5,35% (IC 95% 3,25-8.23) en el grupo total, 2,86% (IC 95% 0,93-6,54) en las mujeres sin leucorrea y 7,78% (IC 95% 4,31-12,70) en las pacientes con leucorrea, podríamos sustentar que los casos reportados son una pequeñísima parte del total de casos que deberían registrarse en nuestro país» (Ibíd., p. 10.).
314 En el informe no hay ninguna explicación sobre este crecimiento exponencial.
315 Ministerio de Salud y Protección Social, Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009 – 2011, Op. cit.
316 Ibíd.
317 «Dado que en el país es muy limitado el conocimiento que se tiene sobre el comportamiento de las ITS en población general y en poblaciones vulnerables, deben promoverse la formulación y ejecución de estudios que permitan mejorar el conocimiento de estas enfermedades». (Ibíd., p. 17.).

ITS reportadas 2009-2011.[318]

3.4.4. Conocimiento y actitudes frente al Vih/Sida y las ITS

Según datos de los indicadores generales de la ENDS 2010 se encontró que solo el 7% de las mujeres unidas utiliza el condón en sus encuentros sexuales, lo que equivale a un total de 93% que no se protege contra las ITS y Vih/Sida. El 17% de la población femenina refirió no conocer ninguna otra infección de transmisión sexual distinta del Vih/Sida, cifra similar a los datos de la ENDS 2005 en donde el valor fue de 18%.[319]

El conocimiento del Vih/Sida es universal, ya que el 99% de las mujeres ha oído hablar de él. El conocimiento es menor en las mujeres sin ninguna educación (84%), en las del quintil de riqueza más bajo (95%), en las de la zona rural (96%), en las más jóvenes (15-24 años) y en las que nunca habían tenido relaciones sexuales (97%).[320]

Sin embargo, este conocimiento universal es deficiente, va bajando cuando se pregunta en detalle sobre prácticas seguras y baja aún más cuando se pregunta sobre formas de contagio. Sólo el 27,1% tiene un conocimiento comprensivo sobre el Vih/Sida (por ejemplo, solo la mitad de las encuestadas saben que el Vih/Sida no se transmite por la picadura de un mosquito y cerca de una tercera parte piensa que puede contraer el virus compartiendo alimentos con personas que viven con el virus). Así también, sólo el 32% sabe que se puede reducir la transmisión madre-hijo con tratamientos especiales durante el embarazo y sólo la mitad reconoce el riesgo de transmisión durante la lactancia.[321]

Entre las mujeres que decían conocer otros tipos de ITS distintos al Vih/Sida, el 31% no conocía la sintomatología en la mujer y el 28% en el hombre. El 3% de las mujeres en edad fértil refirió haber presentado una ITS en el último año, la edad de mayor prevalencia de ITS está entre los 25 y 29 años y en cuanto a localización geográfica hay una mayor prevalencia entre las mujeres que habitan la Región Caribe.[322]

La ENS tiene datos para todo la población (incluidos hombres) y encontró también una distancia muy fuerte entre conocimientos y prácticas de sexo seguro:

> *El 88% de las personas entre 18 y 69 años dice conocer la existencia de enfermedades que pueden transmitirse sexualmente; y, el 92% de esta po-*

318 Tabla con base en datos de: Ministerio de Salud y Protección Social, Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009 – 2011, Op. cit.
319 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y salud 2010, Op. cit.
320 Ibíd.
321 Ibíd.
322 Ibíd.

blación, conoce que el uso del condón ayuda a prevenirlas. Sin embargo, sólo el 18% de los que conocen las posibilidades de prevenir las enfermedades de transmisión sexual con el condón, admite haberlo utilizado en su primera relación sexual, porcentaje que no resulta diferente del 19% que refiere haberlo utilizado en su última relación sexual.[323]

En este mismo sentido, aunque más del 89% de la población conoce sobre la existencia del Vih/Sida, sólo el 15% de los hombres entre 18 y 69 años refiere haberse realizado la prueba para identificación del virus. Las mujeres superan a los hombres (23,5%) en el mismo grupo de edad y en todos los niveles educativos, excepto posgrado, que como veremos en el siguiente cuadro es el nivel educativo donde más personas reportaron haberse hecho la prueba.[324]

Máximo nivel educativo	Hombre	Mujer
Ninguno	5,8	7,6
Preescolar o Básica Primaria	9,0	14,0
Básica Secundaria y Media	16,1	29,4
Técnico o Tecnológico	26,5	33,7
Universitario	22,6	28,7
Posgrado	49,1	23,3
General	**15,2**	**23,5**

Porcentaje de población entre 18 y 69 años que se ha realizado alguna vez una prueba de detección del Vih, por género y máximo nivel educativo alcanzado[325]

Las razones expresadas para hacerse la prueba muestran el embarazo en primer lugar (36%), lo cual es coherente con la cifra que sean las mujeres las que más se han hecho la prueba. ¿Cuál es la situación de las mujeres que no optan por la maternidad? Es una pregunta que puede ser fundamental para los programas de prevención de ITS y Vih/Sida, especialmente por la focalización que se ha hecho en los hombres. Las razones que le siguen son «por iniciativa propia o curiosidad (18%) y por exigencias en el trabajo (15%)».[326] Esta última razón es preocupante, dado que es ilegal y discriminatoria. El estudio del índice de estigma y discriminación hacia PVVS realizado en Colombia, también reporta importantes situaciones de este tipo.[327]

323 Rodríguez, et al., Op. cit., p. 119.
324 Ibíd.
325 Tabla tomada de: Ibíd., p. 19.
326 Ibíd., p. 120.
327 Red Colombiana de Personas Viviendo Con Vih o con Sida, Voces positivas, Op. cit.

Máximo nivel educativo	Se lo sugirieron por el embarazo	Por curiosidad/ iniciativa propia	Se lo exigieron en el trabajo	El doctor se lo ordenó	Tenía síntomas extraños/ dudas	Se lo exigieron para donar sangre	Lo concertó con su pareja
Ninguno	27,30	21,10	4,60	19,50	15,00	10,30	2,20
Preescolar o Básica Primaria	35,30	17,70	12,90	16,60	9,80	5,80	1,80
Básica Secundaria y Media	41,20	14,90	12,80	13,70	7,80	7,80	1,80
Técnico o Tecnológico	31,80	16,30	21,30	12,20	4,40	11,50	2,50
Universitario	26,80	23,80	17,80	7,60	7,80	11,60	4,60
Posgrado	10,30	38,60	22,50	8,80	6,10	8,20	5,40
General	**35,60**	**17,70**	**14,80**	**12,80**	**7,80**	**8,70**	**2,50**

Razones (%) de la población para realizarse la prueba para detectar el Vih, según máximo nivel educativo alcanzado.[328]

3.5. Violencia sexual y basada en género

En la 49ª asamblea para la salud, se estableció que la violencia es un importante problema de salud pública, y se señaló como un problema grave al identificar el aumento de lesiones intencionadas provocadas especialmente a mujeres, niñas y niños.[329]

Una de las principales expresiones de las desigualdades de género es la violencia que ejercen los hombres contra las mujeres. La violencia de género, se articula de manera profunda con las relaciones inequitativas, pues tiene sus orígenes en la construcción social de relaciones jerárquicas de género,[330] que generalmente ponen a las mujeres en desventaja en las relaciones de pareja y en la vida familiar, exponiéndolas a diversas situaciones de violencia física, verbal, sicológica y sexual, restricción de la libertad, chantajes y maltrato económico.[331]

Por su parte, la violencia sexual se define como «todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de

328 Tabla tomada de: Rodríguez, et al., Op. cit., p. 120.
329 Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C., 2003.
330 Fondo de Población de Naciones Unidas y Policía Nacional de Colombia. Módulos pedagógicos para formadores en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos y de género. Módulo 2, Géneros y derechos sexuales y reproductivos. Bogotá: Fondo de Población de Naciones Unidas y Policía Nacional, 2007.
331 Varias de estas tipologías son definidas en la ENDS y tenemos datos sobre estas modalidades en las diferentes ENDS realizadas.

la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo».[332] En el caso de la violencia sexual hacia las mujeres, incluye una gama amplia de actos que van desde el acoso sexual a la violación y a la prostitución forzada.[333] Los espacios que se dan también son muy variados, desde el ámbito familiar, el espacio público y los conflictos armados. En el caso colombiano este espacio cobra particular relevancia.[334]

La Corte Interamericana de Derechos Humanos hace una directa relación entre la violencia sexual y los DSR, al definirla como «una intromisión en la vida, que además de anular el derecho a tomar libremente decisiones respecto con quién mantener relaciones sexuales, conlleva a la completa pérdida del control sobre las decisiones más personales e íntimas y sobre las funciones corporales básicas».[335]

La coacción incluye el uso de la fuerza en varios modos, incluyendo la fuerza física, presión psicológica o amenazas de cualquier tipo, así como las situaciones cuando la víctima no está en uso pleno de sus facultades para autorizar el acto sexual y en todo caso cuando la persona expresa su voluntad de no querer hacerlo, incluso si hay una relación de por medio como noviazgo, unión libre o matrimonio.

La violación es quizá la forma más extrema, pero no la única forma de violencia sexual, y la podemos entender como «la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o el ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto».[336]

Aparte de los mencionados anteriormente podemos incluir como actos de violencia sexual: el matrimonio o la unión forzada, la prohibición o denegación del acceso a servicios de planificación familiar, el aborto forzado, el embarazo forzado, las mutilaciones genitales, la prostitución forzada y el tráfico sexual.[337]

La poca investigación en el problema de la violencia sexual, situaciones socioculturales identificadas, como el temor a la revictimización y el juzgamiento de

332 Organización Panamericana de la Salud, Informe mundial sobre la violencia y la salud, Op. cit., p. 161.
333 Existe también violencia sexual hacia niños y niñas, y hacia hombres, pero en este caso nos concentraremos en la situación de las mujeres que es la más expresiva.
334 Cf. Amnistía Internacional. Colombia. Cuerpos marcados, crímenes silenciados. Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (edai), 2004, y Mesa de Trabajo «Mujer y Conflicto Armado». IX Informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en Colombia. Bogotá: Mesa de trabajo «Mujer y Conflicto Armado» y ACNUR, 2009.
335 Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Caso Rosendo Cantú y otra vs México. Sentencia de 31 de agosto de 2010. p. 40.
336 Organización Panamericana de la Salud, Informe mundial sobre la violencia y la salud, Op. cit., p. 161.
337 Ibíd.

las víctimas, el temor a las represalias, la impunidad frente a estos temas en la mayoría de los países, y el temor de llevar procesos judiciales contra los agresores conocidos o muy cercanos son algunas de las situaciones que enmarcan la baja denuncia de los casos.[338]

3.5.1. Atención integral de la violencia sexual y de género

Los principios en los que se sustenta la atención a las violencias contras las mujeres se basan en el derecho que tienen las mujeres «a una vida libre de violencias, tanto en el ámbito público como en el privado»[339] y al «reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos»,[340] que incluyen:

- El derecho a que se respete su vida.
- El derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
- El derecho a la libertad y a la seguridad personal.
- El derecho a no ser sometida a torturas.
- El derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia.
- El derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley.
- El derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos.
- El derecho a la libertad de asociación.
- El derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley.
- El derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones.[341]

Para garantizar estos derechos los estados deben:

338 Ibíd.
339 Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer «Convención de Belém do Pará». 1996. Art. 3.
340 Ibíd. Art. 4.
341 Ibíd.

- Abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación.
- Actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar las violencias contra las mujeres.
- Incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar las violencias contra las mujeres y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso.
- Adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad.
- Tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de las violencias contra las mujeres.
- Establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos.
- Establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces.
- Adoptar las disposiciones legislativas o de otra índole que sean necesarias.[342]

La atención integral en relación con la violencia contra las mujeres debe incluir:

- Programas nacionales y regionales de movilización social, información y educación en torno a la prevención de las violencias contra las mujeres.
- Trabajo específico con los niños, jóvenes y hombres en relación con la eliminación de las violencias contra las mujeres.
- Ruta de atención clara, ágil, eficaz y respetuosa de los derechos de las mujeres. Incluye de manera clave los servicios de salud, que pueden ser el primer eslabón de identificación de lesiones físicas y de agresión sexual de las mujeres.

342 Ibíd., Art. 7.

- Actividades concretas interinstitucionales e intersectoriales que optimicen las rutas de atención y los sistemas de referencia.
- Fortalecimiento de la gestión institucional.
- Creación de comités regionales y locales de prevención y erradicación de las violencias contra las mujeres.
- Entrenamiento y sensibilización del personal de los servicios de salud y atención sicológica.
- Mejoramiento de los sistemas de notificación y del sistema de vigilancia en salud pública en esta área.
- Estímulo de la denuncia.
- Mejoramiento del sistema de justicia.
- Implementación de casas de refugio y programas de emprendimiento y empleo para mujeres maltratadas.
- Promoción de investigaciones, observatorios y otros mecanismos que ayuden a analizar los elementos relacionados con el problema.[343]

3.5.2. Situación de la violencia contra las mujeres

De entrada debemos decir que la violencia contra las mujeres en el país revela cifras del todo preocupantes, que están lejos de ser modificadas en el corto plazo. El 37% de las mujeres alguna vez unidas reportó haber sufrido violencia física por parte de su pareja. La prevalencia no ha sufrido gran disminución en relación con la encuesta del 2005 mostrando una reducción de sólo 2%.

Según el estudio en profundidad de la ENDS que analizó la violencia contra las mujeres en la década de 2000 a 2010 en la zona urbana se expresa mayor violencia contra las mujeres por parte de su pareja (75%). Por ciudad, Cali ha sido la que ha presentado mayores porcentajes en el año 2000 y 2010 con un 86% y 81% respectivamente, y Bogotá en el 2005 fue la cuidad con mayor número de casos 79%. A nivel subregional los mayores niveles han sido encontrados en el Litoral Pacífico (en el año 2000, 86% y en el 2005, 79%).[344]

343 Los elementos están basados en diversos aspectos del documento MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estructura para la organización y «re-lanzamiento» de los programas de salud pública. Línea de Violencia de Género y Sexual. Bogotá. 2012. (Documento interno).

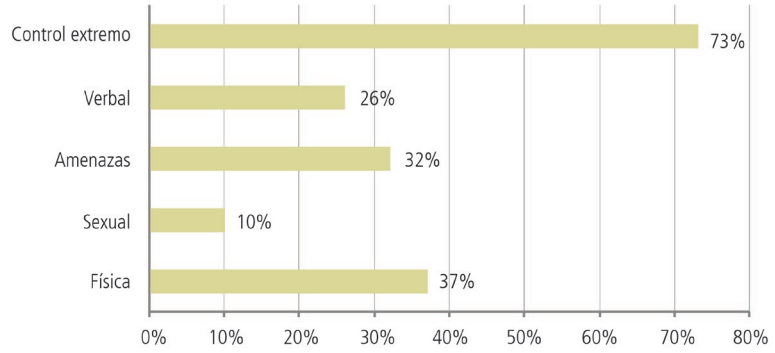
344 MURAD, Rocío, GÓMEZ, Claudia y CALDERON, María Cristina. Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000 - 2010. Serie de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010. Bogotá: PROFAMILIA, 2013.

Los datos del estudio mencionado, muestran que son las mujeres divorciadas o separadas las que experimentaron en mayor porcentaje violencia de sus parejas, así como aquellas que viven solas, viven en hogares incompletos o son jefas de hogar (80%). Según los análisis arrojados por edad, son las mujeres jóvenes las más violentadas, tendencia que alcanzó en el año 2010 un 80,4%.[345]

La educación se ha constituido como un factor importante en la violencia de pareja, pues el nivel educativo se convierte en un factor protector. Los datos en las encuestas presentan un incremento porcentual hasta de 13% entre aquellas mujeres sin educación que sufrieron violencia frente a aquellas con mejor nivel de educación en el año 2000; en el 2005 el aumento alcanzó casi el 6% y en el 2010 se incrementó nuevamente casi al 9%. Sin embargo, estos datos pueden ser menos precisos debido a la baja denuncia en las mujeres con mayor educación.[346]

3.5.2.1. Modalidades de violencia contra las mujeres

Diferentes tipos de violencia hacia la mujer



Violencia contra las mujeres por tipo de violencia. ENDS 2010.[347]

En la ENDS 2010 se encontró que el 65% de las mujeres encuestadas reportó situación de control por parte de sus esposos, cónyuges o parejas, y este fenómeno es más común en las mujeres más jóvenes, en aquellas con menor escolaridad, y en las que cuentan con menos ingresos. Los departamentos en donde se presenta más comúnmente son Amazonas, Vaupés, Caquetá y Meta.[348]

345 Ibíd.
346 Ibíd.
347 Gráfica tomada de: PROFAMILIA, Informe de prensa. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit., p. 54.
348 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit.

En relación con las amenazas, el 32% de las mujeres alguna vez unidas reportó haber sido amenazada por sus parejas, porcentajes similares a las encuestas realizadas en el año 2000 y 2005, a diferencia de las situaciones de control estas aumentan con la edad de la mujer, pero continúan siendo las mujeres con menos educación y más pobres las más afectadas.[349]

El 37% de las mujeres alguna vez unidas reportó haber sufrido violencia física y continúan siendo las mujeres con menos ingresos económicos y con menos educación las más afectadas, con respecto a la edad son las mujeres mayores de 45 años las que más reportaron casos. De las mujeres agredidas físicamente el 85% reportó lesiones o secuelas físicas y psicológicas pero sólo el 21% asistió a un centro de salud para solicitar atención por esta causa. Los departamentos con niveles más altos de violencia física fueron Chocó (46%), Meta (46%), Amazonas (45%), Boyacá (45%), Caquetá (44%), Cauca (43%), Tolima (43%) y Cundinamarca (43%).[350]

3.5.2.2. Aspectos culturales de la violencia contra las mujeres

Las matrices culturales de las distintas regiones del país ostentan valores diferenciados en torno a las relaciones de género que sustentan en muchos casos las agresiones hacia las mujeres en general, expresadas en acoso sexual, violencia verbal y física, y hacia las mujeres en el ámbito conyugal, como lo muestran diversas cifras anteriormente expuestas. El obstáculo mayor en el combate de las violencias contra las mujeres estriba en profundas bases culturales que las justifican. La Encuesta Nacional de Salud del año 2007 preguntó por este aspecto y muestra datos importantes para tener en cuenta.[351]

Tenemos que el 24% de la población considera que cuando un hombre golpea a una mujer es porque ella le dio motivos, esto lo piensan el 19% de las mujeres y el 30% de los hombres. «Por departamentos, el Vaupés (52%) y Nariño (40%) exhiben los valores más altos y, en el otro extremo, Quindío (12%) y Arauca (16%) los más bajos, comparados con el valor nacional».[352]

El uso de la violencia física para corregir algunas de las conductas de las mujeres es aceptado por un porcentaje importante de encuestados también, es así como el 14% de la población considera que en algunas situaciones es justificable que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera. El 12% de las mujeres y el 16 % de los hombres así lo consideran. «En el Vaupés (33%) y

349 Ibíd.
350 Ibíd.
351 La ENS 2007 también da información sobre modalidades de violencia y perpetradores, pero para ese caso privilegiamos los datos de la ENDS y extrajimos otro tipo de datos que no están en la ENDS como los que exponemos luego en este apartado.
352 Rodríguez, et al. Op. cit., p. 32.

Nariño (28%) se estimaron los valores más altos, mientras que en Quindío (6%) y Norte de Santander (7%) los más bajos al compararlos con el valor nacional».[353]

> *Frente a la creencia de que el hombre debe castigar a las mujeres cuando ellas dan motivos, fue mayor en los departamentos del Vaupés con el 52,0%, Nariño con el 40%, Vichada con el 39,7%, Sucre, Córdoba y Bolívar con porcentajes alrededor del 38%. Nariño y Vaupés representan una condición excepcional, pues además de ser de aquellos con la más alta percepción sobre la necesidad de recurrir a la agresión en el trato a las mujeres reflejan un consenso de este tipo de práctica entre hombres y mujeres. Por el contrario, para los demás departamentos la diferencia entre hombres y mujeres frente a esta percepción fue importante. Vichada es el departamento que más se destaca por esta percepción diferencial con el 30,6% en las mujeres y 49,6% en los hombres. Le sigue Bolívar con el 31,0% en las mujeres y con el 44,2% en los hombres y Sucre con el 32,0% en las mujeres y el 45,0% en los hombres.*[354]

3.5.2.3. Violencia sexual

Según la ENDS 2010 el 6% de todas las mujeres reportaron haber sido violadas,[355] y el 9,7% de las mujeres alguna vez unidas han sido violadas por su esposo o compañero. Esta última cifra es igual a la obtenida en la ENDS 2005.[356] Las más afectadas son las mujeres de 30 a 39 años, las que estaban en unión libre o estuvieron casadas o unidas antes, las de la región de Orinoquía, Amazonía y Central, las de más bajo nivel educativo y las de los índices de riqueza bajo y medio. Según el estudio en profundidad de la ENDS, la edad promedio de agresión es de 16,5 años.[357]

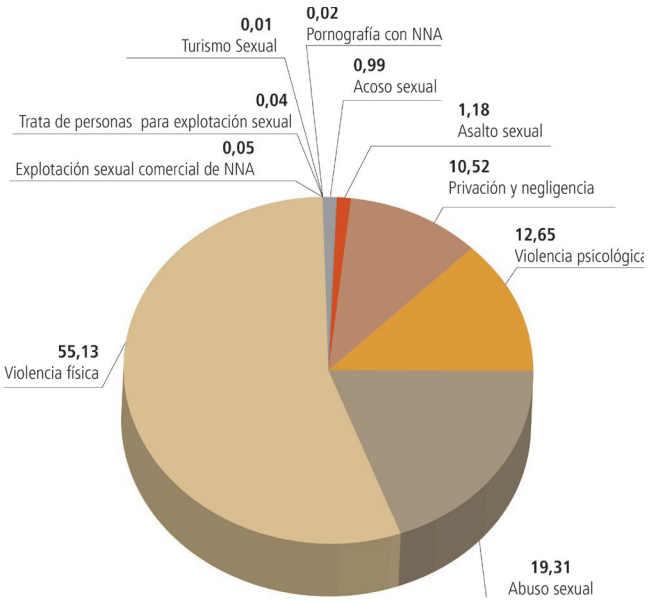
Cabe decir que las violencias sexuales ocurren en los entornos cercanos de las mujeres por hombres conocidos y familiares. Según la ENDS 2010 el 18,4% de las mujeres encuestadas que fueron abusadas sexualmente reportó haber sido violada por el exmarido, el 16% por un desconocido, el 12,1% por un amigo, el 9,6% por un pariente suyo, el 5,9% por el novio, el 4,9% por el padrastro, el 2,8% por el padre, el 1,8% por un hermano, el 1,5% por el jefe, el 0,6% por un familiar del esposo.[358] Esta situación es confirmada también por los datos de Medicina Legal para el caso de las mujeres, niñas y niños, al señalar que «los principales agresores correspondieron a familiares (39 %), otros conocidos (22

353 Ibíd.
354 Ibíd., p. 143.
355 En esta última cifra no se incluyen las violaciones por parte de esposos y compañeros.
356 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit.
357 Murad, Gómez y Calderon, Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000 – 2010, Op. cit.
358 PROFAMILIA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Op. cit.

%), amigos (9%) y parejas (7%). Este informe también señala que en el 74% de los casos, el hecho ocurrió en la vivienda, seguido por la vía pública con el 6%.[359]

En una perspectiva histórica, hay que considerar que el abuso por parte de personas conocidas varió en la última década, ya que en el 2000 encontramos un porcentaje mayor en amigos, profesores o empleados, con un 27%, mientras que en el año 2010 el mayor número de casos se situó entre los ex cónyuges o los exnovios con un 29%.[360]

Frente a la violencia sexual cabe decir que en el país «es un evento de baja denuncia y notificación y de gran importancia para la salud pública. Según los casos notificados al SIVIGILA, el 55,13% (9.039 casos) corresponde a violencia física, el 19,31% (3.166 casos) a abuso sexual y el 12,65% (2.074 casos) a violencia psicológica. El restante 12,82% de los casos corresponden a causas como privación y negligencia, asalto y acoso sexual, explotación sexual de niñas, niños y adolescentes (NNA), trata de personas para explotación sexual, pornografía con NNA y turismo sexual».[361]



Fuente: Elaborado a partir de los datos reportados al Sivigila, semana epidemiológica 48 de 2012. INS.

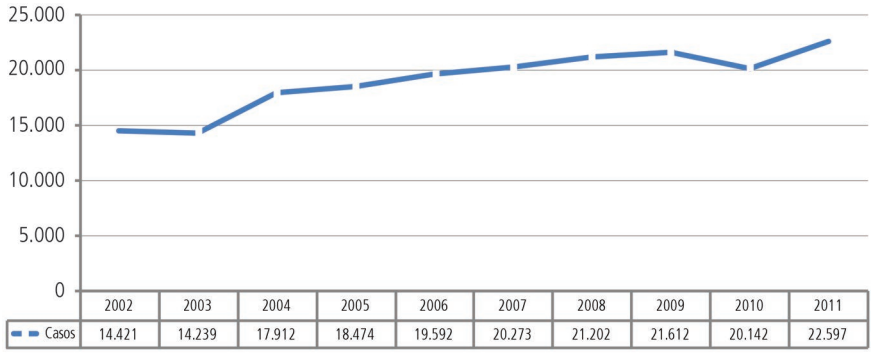
Porcentaje de casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual. Colombia, 2012.[362]

359 VERGEL, John. Descripción epidemiológica de los exámenes sexológicos forenses, Colombia, 2011: una aproximación a la violencia sexual en nuestro país. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal, 2011.
360 MURAD, GÓMEZ y CALDERON, Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000 – 2010, Op. cit.
361 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, Análisis de situación de salud según regiones Colombia, Op. cit. p. 50.
362 Gráfica tomada de: Ibíd., p. 51.

Según el estudio del Instituto Nacional de Medicina Legal en el año 2011, el total de los exámenes sexológicos realizados para el mismo año fue de 22.597, un aumento del 11% si se compara con el año anterior. El 72% de los casos correspondió a casos de abuso sexual, el 13% corresponde a asalto sexual y de un 15% no se cuenta con información.[363]

La relación hombre:mujer fue de 1:5. Cabe decir que además de esta diferencia de género, los casos de abuso sexual masculino son en su gran mayoría a niños, es así como «los grupos etarios más prevalentes en las víctimas de sexo masculino fueron los que abarcan la niñez, con 94%; y del sexo femenino, las niñas y adolescentes tempranas con 85%».[364]

Si se analizan los datos de los exámenes sexológicos desde el año 2002 se puede identificar un incremento porcentual de los casos de violencia sexual (a partir de la solicitud de exámenes sexológicos) que tiende a disminuir en el 2010, pero en el 2011 presenta un incremento importante, estos datos no puede analizarse en relación con el aumento de casos, pues se cree que lo que ha ocurrido es un incremento en la práctica de la denuncia.[365]



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Casos	14.421	14.239	17.912	18.474	19.592	20.273	21.202	21.612	20.142	22.597

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia / Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas.

Exámenes médico-legales por presunto delito sexual, Colombia, 2002-2011.[366]

Cabe decir que los datos de Medicina Legal, presentados en este último apartado, nos dan información de otro aspecto del asunto que ayuda a completar el panorama, ya que la ENDS no incluye datos sobre menores de 15 años, concentrándose en la situación de las mujeres en edad reproductiva. En los datos de Medicina Legal las principales víctimas de abuso sexual son las niñas y los niños. El grupo de edad que tiene la tasa más alta es el de los 10 a los 14 años

363 Vergel. Op. cit.
364 Ibíd., p. 211.
365 Ibíd.
366 Gráfica tomada de: Vergel. Op. cit., p. 212.

y en ese rango de edad la gran mayoría de las víctimas son niñas (8.297 frente a 993 casos de los niños). Los niños están más representados en las edades de 5 a 9 años, pero también en ese rango de edad, como en todos los demás, son las niñas y las mujeres las víctimas mayoritarias.[367]

3.5.2.4. Violencias de género y violencias sexuales en el conflicto armado

El conflicto armado que vive el país agudiza situaciones relacionadas con violaciones a los derechos sexuales y reproductivos, muchas de ellas aún sin documentar suficientemente y que van desde desplazamiento forzado y asesinatos contra personas con identidades de género y sexualidades minorizadas (población LGBTI), personas que viven con Vih y personas que ejercen prostitución, hasta diversos tipos de modalidades de violencia contra las mujeres: violaciones como estrategia de guerra, prostitución forzada, embarazo y aborto forzados, torturas y asesinatos.[368]

> *OXFAM y la Corporación Casa de la Mujer realizaron una encuesta de prevalencia de violencia sexual en el contexto del conflicto armado – ENVISE, durante 2001 – 2009, que documentó la frecuencia de los casos de violación sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada, acoso sexual, servicios domésticos forzados que incluyeron actividades sexuales y regulación de la vida social de las mujeres habitantes de municipios colombianos con presencia de fuerza pública, guerrilla, paramilitares u otros actores armados, ubicados en 11 departamentos del país.*[369]

> *Esta encuesta nacional de prevalencia de violencia sexual, ENVISE, evidenció que un 17,58% de las mujeres de 15 a 44 años habitantes en las zonas encuestadas (un total de 489.687 mujeres) fueron víctimas directas de violencia sexual durante los 9 años del estudio, lo cual indica que «anualmente en promedio 54.410 mujeres fueron víctimas directas de algún tipo de violencia sexual; 149 diariamente y 6 cada hora». También se encontró que el 64,26% de las mujeres consideró que la presencia de los actores armados en los municipios incrementa la violencia sexual en el espacio público, mientras que el 49,28% encontró que este incremento se dio también, por la misma causa, dentro del espacio privado.* [370]

367 Ibíd.

368 Detalle de diversos casos recogidos pueden ser encontrados en: Amnistía Internacional. Colombia. Cuerpos marcados, crímenes silenciados. Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (edai), 2004, y en Mesa de Trabajo «Mujer y Conflicto Armado». IX Informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en Colombia. Bogotá: Mesa de trabajo «Mujer y conflicto armado» y ACNUR, 2009.

369 Bogotá, Antioquia, Nariño, Caldas, Valle, Putumayo, Huila, Caquetá, Córdoba, Magdalena, Meta y Cundinamarca.

370 Ministerio de Salud y Protección Social. Violencias de género en Colombia. Documento interno. Bogotá, 2012. P. 9.

Según documento elaborado por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,[371] la Defensoría del Pueblo y la OIM en un reporte elaborado en el año 2008 encontraron que el 15,8% de las mujeres en situación de desplazamiento que participaron en el estudio[372] fueron víctimas de violencia sexual, el 8,5% respondieron además que alguna vez a un miembro de la familia o a alguno de los hijos o hijas les habían forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad. El Observatorio de los Derechos Humanos de las Mujeres en Colombia en el 2010 presenta cifras más dramáticas[373] en las que el 40% de las mujeres (74 de las 183 que respondieron esta pregunta) reportaron que ellas o algún integrante de su familia o de su comunidad había sido víctima de violencia sexual después del desplazamiento.[374] Parecido a los otros casos de violencia sexual, la denuncia no es frecuente.

> *La baja denuncia es corroborada en un estudio realizado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres (2011) en el cual se encontró que «del total de las mujeres que manifestaron haber sido víctimas de violencia sexual después del desplazamiento (74 mujeres que corresponden al 40% de las entrevistadas), solo el 24% (18 mujeres) buscó apoyo o protección en una entidad estatal. Dentro de este grupo resulta altamente preocupante el porcentaje de mujeres que manifiestan haber enfrentado obstáculos en el marco de la atención solicitada ante el Estado por su condición de víctimas de violencia sexual (p. 25)».*[375]

4. Barreras en los servicios de salud sexual y reproductiva

El análisis que se propone a continuación sobre las barreras en los servicios de salud sirve para identificar ámbitos posibles de regulación que puedan no estar cubiertos, que están contemplados en los marcos normativos pero de manera inadecuada o imprecisa, o también para identificar barreras que se puedan derivar de normas existentes.

371 Ibíd.
372 Investigación sobre conocimientos en derechos sexuales y reproductivos e identificación de barreras de acceso para su garantía, realizada con 2.044 personas de Cali, Medellín, Cúcuta y Pasto.
373 Aunque también combinando criterios que en la otra encuesta aparecen diferenciados.
374 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Violencias de género en Colombia. Op. Cit. p. 9.
375 Ibíd., p. 9-10.

Las barreras serán identificadas en relación con los 4 elementos del derecho a la salud propuestos en la Observación general 14, 'El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud', del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Estos cuatro elementos son: la **disponibilidad**, «que se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas»[376]; la **accesibilidad** que supone que dichos «establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna»[377] y que incluye cuatro dimensiones: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a información; la **aceptabilidad** que supone que «todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad»[378]; y la **calidad**, es decir que todos los «bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas».[379]

La superación de las barreras se corresponde con las obligaciones que conforman el derecho a la salud, que son de tres tipos:

> *Respeto: abstenerse de intervenir arbitrariamente en el disfrute del derecho a la salud incluidos los DSR.*
>
> *Protección: impedir que terceros intervengan o impidan el goce del derecho.*
>
> *Cumplimiento: adoptar todas las medidas necesarias para dar plena efectividad al derecho.*[380]

376 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22° período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4, 2000. Art. 12.
377 Ibíd.
378 Ibíd.
379 Ibíd.
380 González, Ana Cristina. Los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria en salud. Lineamientos para la incorporación del enfoque de derechos humanos. Bogotá: Ministerio de salud y protección social de Colombia, 2012, p. 23.

En la forma como está establecida la mirada en este documento sobre la SSR, las barreras a los servicios de salud y al goce pleno de los DSR constituyen en sí una vulneración de los derechos humanos.[381]

González[382] propone cinco categorías, interdependientes, para comprender los niveles y espacios en los que se dan estas barreras: 1) barreras socio-culturales, 2) barreras del sistema de salud, 3) barreras correspondientes a la organización de los servicios, 4) barreras relacionadas con la calidad y aceptabilidad, y finalmente 5) barreras que tiene que ver con los aspectos administrativos. Las barreas que podemos identificar pueden ubicarse a veces en más de una categoría y afectan «alguna o varias de las dimensiones del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad»,[383] explicadas al inicio de este apartado.[384]

4.1. Barreras socio-culturales

Son generadas por la condición social (nivel educativo, estrato socio-económico, condición laboral) o cultural (estereotipos, mitos, tabúes, imaginarios, roles) de la población usuaria y/o de los profesionales de la salud. En el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, las barreras que se presentan a este nivel suelen terminar en la búsqueda de atención tardía, bien sea porque no se perciben o reconocen los problemas de salud o porque hay temor por la forma en que estos pueden ser recibidos en los servicios.[385]

- Desconocimiento en la población de las rutas de acceso a servicios de salud.
- Ubicación de los servicios de salud lejos de las localidades, costos adicionales incluso cuando los servicios son gratuitos (transporte, exigencia de documentos, fotocopias, copagos).
- Situación de pobreza. Las condiciones de precariedad económica de los adolescentes y las mujeres hacen que acudir a un servicio de salud (más a uno preventivo) no sea prioritario frente a otras necesidades sentidas (Alimentación, vivienda, vestido).

381 Ibíd., p. 23.
382 Ibíd.
383 Ibíd., p. 23.
384 Como ya se explicó la clasificación es tomada de: González, Los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria en salud, Op. cit. Algunos de los ejemplos de barreras en cada componente son tomados de ese mismo documento, de Mejía, et al. Op. cit. y otros son añadidos a partir del material revisado y otras experiencias de trabajo.
385 González, Op. cit., Los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria en salud, p. 25.

- Desplazamiento forzado: precariza el acceso a servicios de salud; las condiciones de alojamiento temporal pueden ser adversas a la salud o propiciar riesgos; pérdida de documentos que dificultan la atención en salud.

- Prácticas justificadas en diferencias culturales, que afectan los DSR, como las mutilaciones genitales femeninas.[386]

- Valores religiosos en contra de la autonomía reproductiva y sexual de las mujeres.

- Estigmatización contra las mujeres que optan por una IVE y contra los prestadores de servicios que las atienden.

- Penalización parcial del aborto.[387]

- Representaciones culturales que evitan el uso del condón (no se siente igual, no es necesario porque tengo pareja estable, la que se tiene que cuidar es la mujer, si me pide condón es porque es promiscua, es sólo para ciertas poblaciones como los homosexuales y las trabajadoras sexuales, etc.)

- Autoexclusión de riesgo de contagio de ITS por representaciones culturales.

- Automedicación en el caso de ITS.

- Discriminación y prejuicios sobre las personas con prácticas homosexuales o bisexuales, o identidades sexuales y de género minorizadas (lesbianas, gays, transgeneristas, etc.).

- Discriminación racial y prejuicios sobre las diferencias culturales.

- La falta de oportunidades en algunos contextos refuerza una visión de la maternidad como una opción en el caso de muchas adolescentes.

386 En el caso colombiano se creía que esta situación no aplicaba a su contexto pero desde el año 2007 se visibilizó el caso de la etnia emberá (Cf. Gil-Hernández, Franklin. Relativismo cultural, diferencia colonial y derechos de las mujeres. En: Arango, L.G. y Viveros, M. El género: una categoría útil para las ciencias sociales. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, 2011. p. 171 – 202).

387 Si bien la causal salud que aparece en la Sentencia C-355 de 2006 corresponde al marco del derecho a la salud tal y como está concebido por la OMS, lógica que implicaría un mayor alcance de las causas despenalizadas en el caso colombiano (Cf. González, Op. Cit., La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos.). La despenalización parcial sigue siendo un marco inconcluso en relación con la reducción de la morbilidad y mortalidad de las mujeres asociadas al aborto inseguro. Tengamos en cuenta además que la mayoría de las mujeres en Colombia no abortan por las causas despenalizadas.

- Representaciones culturales que proscriben el ejercicio de la sexualidad de adolescentes y particularmente de las adolescentes.
- Prejuicios sobre la sexualidad en la adolescencia de profesionales en los servicios (Esta situación implica a veces incluso que los adolescentes no se acerquen a los servicios por el temor de ser maltratados, juzgados o de requerir a los padres).
- Representaciones culturales de género que justifican la violencia sexual y desestimulan la denuncia o la asistencia a centros de salud.
- Estereotipos sobre violencia contra las mujeres en el personal de salud: altos niveles de tolerancia (culpabilizar a la víctima, creerla merecedora, justificar la violencia).
- Altos niveles de impunidad en la violencia contra las mujeres cuando se denuncia.
- Desplazamiento forzado, que incluye violencia sexual e intimidación para la denuncia.
- En relación con la mortalidad materna se ubican los retrasos tipo I y II: Retraso Tipo I: Desconocimiento de factores de riesgo asociados con el embarazo; desconocimiento de signos y síntomas de alarma durante del embarazo; desconocimiento de los derechos de la mujer en salud reproductiva. Retraso Tipo II: barreras geográficas, económicas, de transporte y socioculturales; desconocimiento de derechos y deberes.
- Desconocimiento de riesgos o signos de alarma del embarazo y el posparto.
- Búsqueda tardía de servicios que hacen que se tenga que recurrir a servicios más especializados.
- Discriminación y prejuicios hacia las personas que viven con Vih y Sida.
- Abandono de TAR por distancias geográficas, problemas económicos o consecuencias secundarias no atendidas y acompañadas adecuadamente.

4.2. Barreras del sistema de salud

Esta barreras «se derivan de por lo menos, los siguientes aspectos clave: la rectoría (el ejercicio de la autoridad sanitaria), el financiamiento, la vigilancia y el con-

trol, y los sistemas de información. Esta dimensión incluye barreras relacionadas con la polución regulatoria, con la debilidad en los mecanismos de control, con la ausencia de mecanismos para solución de conflictos, para aplicar sanciones o para establecer tiempos límite para la prestación de un servicio, con la fragilidad de los sistemas de información que impiden un conocimiento claro y actualizado de las poblaciones y por lo tanto, una toma de decisiones informada».[388]

- Niveles bajos y diferenciados en la puesta en práctica en los territorios de las políticas públicas y directrices del nivel nacional.
- Reglamentación dispersa, incompleta, contradictoria. Falta de claridad en las normas (polución regulatoria[389]).
- Fallas en la colaboración intersectorial en las localidades y direcciones territoriales de salud.
- Redes de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia deficientes.
- Problemas de aseguramiento al Sistema general seguridad social en salud.
- Situaciones críticas con el aseguramiento de la población desplazada.
- Privatización de los servicios de salud.
- Problemas financieros y de habilitación de las IPS.
- Falta de integración y armonización de sistemas de información.
- Falta de implementación y armonización de los marcos de las estrategias de salud. (Intervenciones que no se basan en los DSR).
- Ausencia de información desagregada (género, estrato, edad, tipo de aseguramiento, raza/etnicidad, etc.) o falta de continuidad en reportes desagregados.
- Excesiva expectativa sobre el sector salud: falta participación de otros sectores.

388 González, Op. cit., Los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria en salud, p. 27.
389 Situación clave a la que apunta el proyecto en el marco del cual se elabora este documento.

- Acceso restringido a anticoncepción de emergencia debido a aspectos administrativos de los servicios.
- Acceso restringido a condones de calidad.
- Problemas en la implementación y calidad de la educación sexual para adolescentes y jóvenes.
- Reglamentación confusa o inexistente en relación con IVE.
- Falta de vigilancia y seguimiento para el cumplimiento de los servicios de IVE.
- Oferta desigual a procedimientos seguros relacionados con IVE.
- Falta de disponibilidad de medicamentos y equipo especializado para IVE.[390]
- Baja coordinación intra e intersectorial en acciones concretas: protección a víctimas de violencia.
- Falta de sistemas de remisión adecuados a víctimas de violencia a otras entidades o instituciones de protección (incluido hospedaje y estrategias como las casas de refugio).

4.3. Barreras correspondientes a la organización de los servicios

Aquí incluimos debilidades en «la forma en que los servicios se organizan para realizar la prestación, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación (con los distintos niveles de atención y complejidad). Esta organización incluye también la definición de modelos, servicios o programas especiales, y las redes integradas de servicios de salud. Las barreras a este nivel tienen que ver por ejemplo, con los sistemas de referencia y contrarreferencia, los mecanismos administrativos y financieros que soportan las redes, los equipos de salud, etc».[391]

- Enfoques no integrales, por ejemplo que hacen énfasis en los aspectos curativos de la atención.

390 Cf. Prada, et al. Op cit.
391 González, Op. cit., Los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria en salud, p. 28-29.

- Escasez de insumos para la prestación de servicios.

- Perfiles de los profesionales. Falta de entrenamiento, falta de sensibilidad, carencia de enfoques con perspectiva de derechos y equidad de género, desconocimiento de la normatividad.

- Problemas relacionados con el talento humano: escaso, alta rotación, no entrenado en primer nivel. Baja disponibilidad en zonas dispersas o alejadas.

- Problemas en la continuidad de la atención y en los esquemas de contrarrefrencia.

- Débil contrarreferencia, entre otras, por prejuicios contra los niveles primarios de atención.

- Remisión innecesaria a segundo o tercer nivel de atención que atrasa la intervención.

- Horarios inadecuados de atención o tiempos de espera excesivos.

- Atención incompleta: se obtiene la consulta pero no el tratamiento.

- Elevados tiempos de espera para la entrega de medicamentos.

- Adultocentrismo en el diseño y oferta de los programas. «Por ejemplo, adolescentes de Medellín afirman que no solo la información y el tiempo de atención del personal asistencial es «insuficiente para lograr cambios de actitudes en SSR», sino que también el personal asistencial no está debidamente entrenado para interactuar con ellos, 'no hablan en su idioma' y en efecto, el 52% de los jóvenes manifiestan que no entienden la información que le brindan en sus hogares, colegios o medios de comunicación».[392]

- Bajo o ningún presupuesto para servicios amigables para adolescentes y otras poblaciones específicas.

- En relación con morbilidad y mortalidad materna, aquí incluimos el Retraso Tipo III, que corresponde a la subestimación del riesgo; desconocimiento de los diagramas de flujo para el manejo de MME; Falta

392 Gallo, et al, De Klinkert y González. Cit. en: Colombia. Consejo Nacional de Política Social, Conpes 147, Op. cit., p. 6.

de disponibilidad de insumos para el manejo de emergencia obstétrica; deficiencia en la red de prestadores para la referencia de emergencia obstétrica; barreras administrativas que afectan la oportunidad de la remisión a los niveles adecuados de atención, incluyendo UCI; problemas con la logística de referencia.

- En relación con la IVE, sobreestimación de los riesgos de aborto o información incompleta o sesgada en la asesoría médica.[393]

4.4. Barreras relacionadas con la calidad y aceptabilidad

Esta dimensión tiene que ver con las condiciones de infraestructura, de tecnología y de personal, con el trato que se brinda en los servicios y con su oportunidad. Incluye no solo la dimensión o el ámbito de la relación entre usuaria/o prestador (personal o institucionalmente) sino también las condiciones en que se brinda el servicio. Para lograr servicios con calidad, es imprescindible considerar las diferencias culturales, es decir la aceptabilidad, como un elemento fundamental. (…) Incluyen las barreras relacionadas con el ejercicio de la objeción de conciencia (presupone el respeto de las creencias profundas y la libertad de conciencia de prestadores y usuarias), el consentimiento informado (presupone respetar la información y la voluntad o autonomía), la privacidad y confidencialidad de los servicios y de la información que se intercambia en momento de la prestación.[394]

- Espacios no amigables, sin privacidad o intimidad para consejería.
- Servicios que ofrecen baja confidencialidad.
- Desconocimiento de tecnologías adecuadas.
- Uso inapropiado de tecnologías adecuadas.
- Falta de aplicación de los procedimientos de consentimiento informado.
- Falta de profesionales entrenados para prestar servicios con mirada intercultural o enfoque diferencial.

393 González, La aplicación práctica de la causal salud, Op. cit.
394 González, Op. cit., Los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria en salud, p. 30.

- Invisibilidad de ciertas poblaciones en los servicios de salud: afrodescendientes, indígenas, LGBTI, personas en situación de discapacidad. No reconocimiento de sus necesidades específicas.

- Exclusión a prestadores de servicios provenientes de otras cosmovisiones.

- Desconocimiento de protocolos y guías de atención (Vih/Sida, anticoncepción, embarazada menor de 15 años, etc.)

- Falta de claridad sobre procedimiento para garantizar consentimiento informado (adolescentes, personas en situación de discapacidad).

- En relación con mortalidad materna el Retraso Tipo IV: Deficiente calidad de las actividades de promoción y prevención y de gerenciamiento del riesgo durante la atención prenatal; uso inadecuado de tecnología apropiada durante el parto; desconocimiento de los protocolos de manejo de puerperio inmediato, mediato y tardío; desconocimiento de los protocolos de diagnóstico y manejo de la morbilidad obstétrica.

- Aplicaciones abusivas y equivocadas de la objeción de conciencia: objeción de conciencia institucional, no hacer el debido proceso de remisión a un profesional no objetor de conciencia en casos de IVE.

- Falta de personal debidamente entrenado en las técnicas adecuadas para IVE.

4.5. Barreras relacionadas con aspectos administrativos

Aquí incluimos «aspectos relacionados con la adopción de mecanismos, decisiones o lineamientos de carácter administrativo (que pueden ser originados en gerencias, coordinaciones, juntas, direcciones) que afectan la prestación de un servicio entre otras porque exceden o limitan el sentido de las normas legales».[395]

- Fragmentación o separación de Vih/Sida y SSR y de otros servicios y trámites conexos.

- Promoción del uso de la tutela para obtener acceso a un servicio de salud.

395 Ibíd., p. 32.

- Imposición de criterios religiosos en las decisiones administrativas y en las decisiones sobre los procedimientos.

- Dotación incompleta, pedir a los pacientes que compren medicinas o insumos adicionales.

- Interpretaciones restrictivas de las normas.

- Requisitos adicionales, que claramente violan las indicaciones jurisprudenciales para la prestación de IVE: Exigencia de fallo de un juez en casos de abuso sexual, corroborar la fecha de denuncia o de la fecha declarada de la violación con las semanas de gestación, condicionar el procedimiento a una orden judicial, exigencia de pruebas innecesarias y que no se encuentran establecidas en la ley para aplicar la causal.[396]

- Condicionar el procedimiento de la IVE a juntas médicas innecesarias o planeadas en tiempos que demoran la atención, o remisiones innecesarias a niveles de alta complejidad.

- Obstáculos para la prestación de servicios de anticoncepción de emergencia, como exigir consentimiento de los padres cuando no es necesario.

- Recibir atención sin acceso a medicamentos, porque no están disponibles, porque se entregan incompletos o porque deben ser comprados por los adolescentes. Por ejemplo, según un documento de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud del año 2003 «En Colombia, cuando son prescritos medicamentos sólo se entregan completos en el 54% de los casos a los usuarios afiliados al régimen de aseguramiento contributivo y a 44% en el régimen subsidiado. En 25% de los casos, las aseguradoras no entregan ninguno de los medicamentos prescritos en el régimen de aseguramiento contributivo y tampoco lo hacen en 33% de los casos en el régimen subsidiado».[397]

396 González, La aplicación práctica de la causal salud, Op. cit.
397 Mejía, et al. Op cit., p. 33.

Índice de Siglas

AMEU: Aspiración manual endouterina
APV: Asesoría de prueba voluntaria
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DIU: Dispositivo intrauterino
DSR: Derechos sexuales y reproductivos
ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENS: Encuesta Nacional de Salud
FLASOG: Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
HSH: Hombres que se relacionan sexualmente con hombres
HC: Habitantes de calle
IEC: Información, educación y comunicación
IPS: Institución Prestadora de Salud
ITS: Infección de transmisión sexual
IVE: Interrupción voluntaria del embarazo
LGBTI: Lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales
MEN: Ministerio de Educación Nacional
MME: Morbilidad materna extrema
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
MTRANS: Mujeres transgénero
MTS: Mujeres trabajadoras sexuales
NNA: Niñas, niños y adolescentes
NV: Nacidos vivos
ODM: Objetivos del milenio
OES: Organización para la Excelencia de la Salud
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PVVS: Personas que Viven con Vih y Sida
REDCOLVIH: Red Colombiana de Personas Viviendo Con Vih o con Sida
RIPS: Registro individual de prestación de servicios
RMM: Razón de mortalidad materna
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

SSR: Salud sexual y reproductiva

TAR: Terapia antirretroviral

TB: Tuberculosis

UCI: Unidad de cuidados intensivos

UDI: Usuario de drogas intravenosas

UNFPA: Fondo de Población de Naciones Unidas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VMME: Vigilancia de la morbilidad materna extrema

VPH: Virus de Papiloma Humano

Referencias

AMNISTÍA INTERNACIONAL. Colombia. Cuerpos marcados, crímenes silenciados. Violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. Madrid: Editorial Amnistía Internacional (edai), 2004.

ANDRADE, M. Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo Subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÌ/1 en el año 2009. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2009.

CAMPAÑA POR UNA CONVENCIÓN INTERAMERICANA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS. Propuesta de Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, Mayo, 2010.

COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. Conpes 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Enero 31 de 2012.

COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-355/06. Referencia: expedientes D- 6122, 6123 y 6124 Demandas de inconstitucionalidad contra los Arts. 122, 123 (parcial), 124, modificados por el Art. 14 de la Ley 890 de 2004, y 32, numeral 7, de la ley 599 de 2000 Código Penal. Bogotá, 2006.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Capítulo V. Santiago de Chile, 2005. p. 145 - 180.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. En: Notas de población n°85. 2007.

CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER «Convención de Belém do Pará». 1996.

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. Recomendación general nº 24: artículo 12 CEDAW- la mujer y la salud. 20° período de sesiones (02/02/1999).

COOK, Rebecca, DICKENS, Bernard y FATHALLA, Mahmound. Salud reproductiva y derechos humanos. Bogotá: Profamilia, 2003.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). Caso Rosendo Cantú y otra vs México. Sentencia de 31 de agosto de 2010.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Estadísticas vitales. Defunciones maternas por grupos de edad, según lista de causas a 3 caracteres CIE-10 año 2011. Bogotá, 2011.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Estadísticas vitales. Defunciones maternas por grupos de edad, según lista de causas a 3 caracteres CIE-10 año 2012 preliminar. Bogotá, 2012.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca e MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. Em: Esc. Anna Nery. 2010, vol.14, n.1, p. 177-181.

FINO, Elena. Mortalidad relacionada con el embarazo, Colombia 1985-2005. Bogotá: Instituto Nacional de Salud (INS), 2005.

FLÓREZ, Carmen Elisa y SOTO, Victoria Eugenia. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Serie de estudios en profundidad ENDS 1990 – 2010. Bogotá: Profamilia, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2013.

FLÓREZ, Carmen Elisa, VARGAS, Elvia, HENAO, Juanita, GONZÁLEZ, Constanza, SOTO, Victoria y KASSEM, Diana. Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Bogotá: CEDE, UNIANDES, 2004.

FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS y POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. Módulos pedagógicos para formadores en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos y de género. Módulo 2, Géneros y derechos sexuales y reproductivos. Autores: Luz Marina Echeverría Linares, Mary Luz Mejía Gómez, Ligia Gálvez Ortiz y Carlos Iván García Suárez. Bogotá: Fondo de Población de Naciones Unidas y Policía Nacional, 2007.

GALBAN, Enrique y BENZAKEN, Adele. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: AÑO 2006. Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis 2007; 19(3-4): 166-172.

GALLEGO, Germán. Documento borrador con análisis de la Línea de Base del Observatorio de Embarazo Adolescente en Colombia para publicación. Bogotá: Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazo Adolescente en Colombia, 2013. (Documento interno).

GALLEGO, Germán. Informe final contrato de prestación de servicios 375 del 25 de junio de 2012. Fortalecimiento de las estrategias de salud materna, incluidas la gestión para la calidad de la atención del evento obstétrico, vigilancia de la morbilidad materna y atención de la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo). Bogotá: Ministerio de salud y protección social, 2012. (Documento interno).

GARNICA, Lina María, PINZÓN, Ángela María y RUÍZ, Ángela María. Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. Bogotá: Universidad CES y Universidad del Rosario, 2012.

GIL-HERNÁNDEZ, Franklin. Raza, clase y anticoncepción. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM), 2011. Disponible en: **http://www.clam.org.br/es/noticias-clam/conteudo.asp?cod=8443**

GIL-HERNÁNDEZ, Franklin. Relativismo cultural, diferencia colonial y derechos de las mujeres. En: Arango, L.G. y Viveros, M. El género: una categoría útil para las ciencias sociales. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, 2011. p. 171 – 202.

GÓMEZ, Pío Iván, MOLINA, Ramiro y ZAMBERLIN, Nina. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima: FLASOG y PROMEX, 2011.

GONZÁLEZ, Ana Cristina. Los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria en salud. Lineamientos para la incorporación del enfoque de derechos humanos. Bogotá: Ministerio de salud y protección social de Colombia, 2012.

GONZÁLEZ, Ana Cristina. La aplicación práctica de la causal salud: un análisis de casos desde el marco de los derechos humanos. Bogotá: Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2011.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. Derechos sexuales: una declaración de IPPF. 1996.

MARGULIS, Mario y URRESTI, Marcelo. La construcción social de la condición de juventud. En: CUBIDES, H. (ed). Viviendo a Toda: Jóvenes, Territorios Culturales y Nuevas Sensibilidades. Bogotá: Universidad Central, Siglo del Hombre, 1998.

MARTÍNEZ, A. Proyecto: estudio de caso de los determinantes sociales y los impactos biosicosociales del embarazo adolescente en menores de 15 años. Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas. Bogotá, febrero de 2012.

McCarthy, James and Maine, Deborah. A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality. Studies in Family Planning, Vol. 23, No. 1 (Jan. - Feb., 1992), pp. 23-33 Published by: Population Council. **http://www.jstor.org/discover/10.2307/1966825?uid=3737808&uid=2&uid=4&sid=21102887180223**

Mejía, Mary Luz, Montoya, Pablo, Blanco, Ana Judith, Mesa, María Lucía, Moreno, Diva, Pacheco, Carlos. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación. Documento regional – 2010. Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2010.

Mesa de Trabajo «Mujer y Conflicto Armado». IX Informe sobre violencia sociopolítica contra mujeres, jóvenes y niñas en Colombia. Bogotá: Mesa de trabajo «Mujer y conflicto armado» y ACNUR, 2009.

Ministerio de Protección Social. Comportamiento del vih/sida durante el 2010 en Colombia. Autora: Moreno, Teresa. Bogotá: Observatorio Nacional de la Gestión en vih/sida. Ministerio de la Protección Social, 2011.

Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Vigilancia de la morbilidad materna extrema. Autores: Ortiz, Edgar, Quintero, Carlos, Mejía, Jorge, Romero, Eduardo y Ospino, Lorenza. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas, 2010.

Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas, 2008.

Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de Naciones Unidas. Documento técnico que incluye el protocolo de atención a la embarazada menor de 15 años ajustado y validado por pares externos. Marzo de 2013 convenio MPS/UNFPA 036. Línea salud adolescente, producto 6. Bogotá. 2013.

Ministerio de Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas y Universidad Nacional de Colombia. Factores de vulnerabilidad a la infección por vih en mujeres. Coordinadores de la investigación: Mara Viveros, César Abadía y Ángela Facundo. Bogotá, 2009.

Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud según regiones Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo ASIS, 2013.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estructura para la organización y «relanzamiento» de los programas de salud pública. Línea de Violencia de Género y Sexual. Bogotá. 2012. (Documento interno).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estructura para la organización y «relanzamiento» de los programas de salud pública. Respuesta nacional a las its – vih / sida. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Bogotá. (Documento interno).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan decenal de salud pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2012.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2011. Bogotá. 25 de Mayo 2012.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Violencias de género en Colombia. Documento interno. Bogotá, 2012.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual diferentes al VIH, Colombia 2009 – 2011. Bogotá, 2011.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo de gestión programática en VIH/sida. Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Ministerio de la Protección Social, FEDESALUD, 2006.

MINISTERIO DE SALUD. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá, 2003.

MURAD, Rocío, GÓMEZ, Claudia y CALDERON, María Cristina. Historias de violencia, roles, prácticas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000 - 2010. Serie de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010. Bogotá: PROFAMILIA, 2013.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. El Cairo, 1994.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Informe sobre la juventud mundial. 2005.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición. 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cuenta regresiva 2015, Informe del Decenio 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra: OMS, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Infecciones de Transmisión Sexual. Nota descriptiva N°110. Agosto de 2011. Consultado agosto 6 de 2013. Disponible en: **http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348 Mayo de 2012. Consultado agosto 6 de 2013. Disponible en: **http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Planificación familiar. Nota descriptiva N°351. Julio de 2012. Consultado agosto 6 de 2013. Disponible en: **http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/**

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud de los adolescentes. 2013. Consultado agosto 6 de 2013. Disponible en: **http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/**

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C., 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Género y salud. 2005. Consultado agosto 10 de 2013. Disponible en: **http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680&Itemid=4017&lang=es**

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud. 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Iniciativa Maternidad Segura (IMS). Plan de Acción. 2010.

. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22° período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4, 2000.

PRADA, Elena, SINGH, Susheela, REMEZ, Lisa y VILLARREAL, Cristina. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.

PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia, Ministerio de la Protección Social. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, USAID, 2010.

PROFAMILIA. Informe de prensa. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, USAID, 2010.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/Sida (Onusida). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. 2012.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/Sida (Onusida) y Ministerio de la Protección Social. Infección por VIH y SIDA en Colombia, estado del arte 2000-2005. Bogotá: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006.

Prosesa. Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Documento base. Consultoría para el Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en el marco del Proyecto «Intervenciones estratégicas para el mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes» (MEX5R11F). México D.F., Diciembre de 2011.

Ransom, Elizabeth y Yinger, Nancy. Por una maternidad sin riesgos. Cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Population Reference Bureau. Julio, 2002.

Red Colombiana de Personas Viviendo Con Vih o con Sida (RECOLVIH). Voces positivas. Resultados del índice de estigma en personas que viven con vih en Colombia. Investigador principal: Juan Simbaqueba Vargas. Bogotá: RECOLVIH e IFARMA, 2010.

Rodríguez, Jesús, Peñaloza, Enrique, Eslava, Julia, Gómez, Luis Carlos, Sánchez, Hanner, Amaya, Jeanette, Arenas, Rafael, Botiva, Yimer. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Colciencias, SEI, Universidad Javeriana, CENDEX, 2007.

Vergel, John. Descripción epidemiológica de los exámenes sexológicos forenses, Colombia, 2011: una aproximación a la violencia sexual en nuestro país. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal, 2011.

A N E X O ▮ DOCUMENTOS DE REFERENCIA

03.

Marco conceptual

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenido

Marco conceptual 7

1. Introducción 7

2. ¿Por qué una compilación normativa en derechos sexuales y reproductivos? 8

2.1. Lo empírico: falta de claridad sobre el marco normativo en la materia 9

2.2. Lo conceptual: polución normativa 11

3. Presupuestos conceptuales y normativos para la identificación de los principios constitucionales 14

3.1. El bloque de constitucionalidad 15

3.2. El derecho internacional de los derechos humanos y el alcance de los derechos humanos 17

3.2.1. Los principales órganos de producción normativa internacional relevantes para Colombia en materia de DDSSRR 18

3.2.2. Los instrumentos del derecho internacional y sus niveles de obligatoriedad 21

3.3. La Constitución y la jurisprudencia constitucional 24

4. Los principios constitucionales básicos en materia de derechos sexuales y reproductivos 24

4.1. Estándares generales 26

4.1.1. Alcance y contenido básico de los derechos sexuales y reproductivos 26

4.1.2. Contenidos de los derechos sexuales y reproductivos a partir de su relación con otros derechos humanos 32

4.2. Principios específicos en los temas de la recopilación 42

4.2.1. Salud sexual y reproductiva de adolescentes 43

4.2.2. Salud materna e IVE 45

4.2.3. Anticoncepción 51

4.2.4. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/Sida 55

4.2.5. Violencia sexual y basada en género 58

5. Sobre las normas que se encuentran en la recopilación normativa 61

5.1. El sistema jurídico colombiano como un ordenamiento jerárquico de normas 61

5.2. Las relaciones de jerarquía entre las normas 62

5.3. La jerarquía normativa en materia de salud sexual y reproductiva 65

6. Bibliografía 67

Marco conceptual

1. Introducción

El sistema jurídico colombiano parece enfrentar en la actualidad una especie de inflación normativa en materia de Salud Sexual y Reproductiva –en adelante SSR –. Este fenómeno se verifica en que existe un gran número de normas, de diversa jerarquía, producidas por distintas instancias reguladoras, que desarrollan y reglamentan los múltiples aspectos de este tema de manera concurrente y, en ocasiones, contradictoria. Una de las consecuencias de esa inflación normativa es que quienes deben aplicar las normas, en muchas ocasiones encuentran dificultades para establecer cuáles están vigentes, cuáles resultan aplicables al caso concreto y cómo armonizar las contradicciones y tensiones normativas que surgen entre ellas. Esto, a su vez, genera dificultades para la garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos de las personas que desean acceder a servicios de salud.

En este contexto resulta importante desarrollar herramientas que permitan orientar la identificación y aplicación adecuada del marco normativo existente y de las normas jurídicas individuales. Este proyecto desarrolla una herramienta –la recopilación normativa– para contribuir a dar claridad a los operadores del sector salud sobre el marco normativo que regula su actuación en materia de salud sexual y reproductiva y desarrollar herramientas para su correcta integración. Produce además recomendaciones con el objetivo de orientar las decisiones de política pública y regulaciones en la materia y contribuir a reducir las barreras de acceso a servicios de SSR especialmente para adolescentes.

El propósito del presente documento es presentar de manera articulada los presupuestos conceptuales y normativos que sirvieron como criterios orientadores del trabajo de compilación normativa, y del análisis realizado a partir del mismo. Para ello, el texto cuenta con cuatro partes principales. La primera se ocupa de presentar brevemente las razones empíricas y normativas por las cuales resulta relevante llevar a cabo una compilación normativa en materia de SSR. En este sentido, retoma el problema central del proyecto, que es la constatación empírica de que existen en nuestro país una suerte de hiper producción desorganizada de normas en relación con la SSR, que impacta negativamente el trabajo

de quienes deben aplicarlas o quienes deben orientar su acciones por ellas, y en particular de los prestadores del servicio de salud.

La segunda tiene como propósito explicar los criterios dogmáticos que se tuvieron en consideración para identificar y sistematizar los estándares internacionales y la jurisprudencia constitucional a partir de las cuales se pueden identificar los principios que forman parte del bloque de constitucionalidad y que como tal, deben orientar la creación e interpretación del marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva.

La tercera se centra en desarrollar los estándares internacionales y constitucionales en materia de derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en los cinco ejes temáticos: (i) salud sexual y reproductiva de adolescentes, (ii) maternidad segura –e IVE–, (iii) anticoncepción, (iv) ITS y VIH/SIDA, (v) violencia sexual y basada en género. El presupuesto de este apartado es que las normas a nivel nacional deben respetar el marco normativo de derechos humanos que se ha desarrollado a nivel internacional, no solamente por los compromisos internacionales que ha adquirido el Estado en la materia, sino porque muchos de estos elementos hacen parte del bloque de constitucionalidad y por tanto son directamente aplicables y vinculantes a nivel nacional. Además, teniendo en cuenta el principio de primacía constitucional, deben también respetar el marco constitucional en la materia, por lo cual se retoman en esta parte las principales normas y sub- reglas jurisprudenciales constitucionales en relación con los derechos sexuales y reproductivos.

La cuarta parte se ocupa de explicar el carácter jerárquico del sistema jurídico colombiano, y las principales características de las normas que regulan la salud sexual y reproductiva en los cinco temas previamente señalados. Para esto, se centra en las relaciones de jerarquía que se establecen entre ellas, los órganos que las expiden y su alcance.

2. ¿Por qué una compilación normativa en derechos sexuales y reproductivos?

La elaboración de una compilación normativa sobre SSR en Colombia resulta relevante e incluso necesaria tanto por razones empíricas, como normativas y conceptuales. En efecto, el proyecto del cual hace parte el presente documento se estructuró ante la constatación de que el sector salud está enfrentando múltiples dificultades para identificar cuáles son las normas que regulan la prestación

de servicios de salud sexual y reproductiva, lo cual genera diversos problemas prácticos tanto para los prestadores del servicio, como para las personas que tienen el derecho de acceder a los mismos. En algunos casos, esta falta de claridad sobre el marco normativo vigente puede llegar a afectar la realización efectiva de los derechos humanos y fundamentales de la ciudadanía, lo cual tiende a tener efectos más negativos para las mujeres y las personas que enfrentan situaciones particulares de vulnerabilidad. A continuación desarrollamos estos elementos.

2.1. Lo empírico: falta de claridad sobre el marco normativo en la materia

En Colombia parece existir en la actualidad un fenómeno de inflación normativa en materia de salud sexual y reproductiva,[1] que se verifica, entre otros elementos, en que respecto de un tema coexisten múltiples reglas, producidas por diversas instancias reguladoras, y en muchas ocasiones con jerarquías normativas diferentes. Esto puede generar problemas importantes para quienes deben aplicarlas, bien sea porque desconocen las normas existentes, no tienen clara su vigencia, o aun sabiéndola encuentran disposiciones contradictorias. Además, la producción desordenada de reglas, lejos de garantizar alguna coherencia para el sistema jurídico colombiano, puede contribuir a acentuar vacíos y lagunas lógicas y argumentativas.[2]

En el caso colombiano, este fenómeno de inflación normativa en materia de salud sexual y reproductiva parece deberse a la concurrencia de diversos factores. En primer lugar, nuestro actual sistema de seguridad social en salud tiene un proceso complejo de producción normativa en el que intervienen tanto el poder legislativo como el ejecutivo. Así, mientras que el legislativo brinda el marco general de actuación del sector salud, una multiplicidad de instituciones que hacen parte del ejecutivo regulan de manera específica los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva. En algunas ocasiones estas regulaciones no son ampliamente conocidas, o se producen de manera tan rápida que no hay total claridad sobre cuáles se encuentran vigentes y son por tanto aplicables.

1 Ramón Michel, Agustina, González, Ana Cristina, y Ramos, Silvina. Lineamientos metodológicos para la recopilación y análisis de los marcos normativos: hacia la garantía de las prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: CEDES - Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2011, p.

2 En este documento partimos del presupuesto según el cual el derecho no es un sistema coherente y completo de reglas, que asegure una única interpretación posible de las normas. Por el contrario, el derecho goza de cierta indeterminación que pone en cuestión el presupuesto de la coherencia y completitud del derecho. Entendemos que el derecho, además de reglas, está conformado por principios que contribuyen a integrar el sistema jurídico. Por ello, este documento pretende identificar también los principios que surgen den bloque de constitucionalidad, integrado tanto por los preceptos constitucionales, como por los instrumentos internacionales de derechos humanos que se integran a la Constitución.

En segundo lugar, este proceso de producción normativa ha tenido como actor clave al sistema judicial colombiano, y en especial a las altas cortes, como el Consejo de Estado y la Corte Constitucional. Estas últimas, además de definir la vigencia de las normas mediante el control de legalidad y constitucionalidad, respectivamente, han adoptado decisiones en las que se definen el alcance de los derechos sexuales y reproductivos y, por tanto, se convierten en parámetros importantes para determinar la forma como deben aplicarse ciertas normas generales y regulaciones específicas. La Corte Constitucional, por ejemplo, ha definido elementos importantes sobre el alcance del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo –IVE– y la forma como el Estado debe garantizar el acceso a la prestación de los servicios necesarios para hacerlo efectivo. A pesar de que las decisiones judiciales juegan un papel importante en el marco normativo que regula la salud sexual y reproductiva, no siempre son conocidas por el sector salud, y por tanto no se aplican de manera directa.

Además, en ocasiones tampoco son reconocidas. Algunas de las decisiones judiciales, incluso cuando son conocidas, no son asumidas como obligatorias o vinculantes, lo cual también afecta la aplicación del marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva. Así, por ejemplo, algunas de las decisiones en materia de IVE, aunque definen las sub reglas que deberían orientar las acciones de los prestadores del servicio de salud en la materia, en ocasiones se desconoce su nivel normativo, o no se reconocen como parámetros legítimos y obligatorios de actuación.

En tercer lugar, las propias dinámicas del sector salud generan ciclos constantes de producción normativa. En efecto, los avances tecnológicos, los nuevos problemas epidemiológicos (o la transición epidemiológica) y el surgimiento de nuevos medicamentos, entre otros factores, generan la necesidad de crear nuevas regulaciones que permitan responder a las nuevas dinámicas del sector con el fin de garantizar efectivamente los derechos.[3]

Esta multiplicidad de fuentes y normas tiende a generar incertidumbre sobre cuál es el marco normativo que efectivamente regula el comportamiento de los actores del sector salud. Esto, a su vez, genera múltiples problemas para el sistema y para la satisfacción de derechos. Así, por una parte, tiende a suscitar dificultades concretas para la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, pues genera dudas sobre cuáles son las normas aplicables y el alcance que tienen, o si en efecto hay aspectos no regulados por dicho marco normativo. Y por la otra, puede afectar la realización efectiva de los derechos sexuales y reproductivos en el país (DSR). De esta forma, las consecuencias del fenómeno

3 Ramón, et. al. Ibid.

tienden a concretarse en dos facetas analíticamente distinguibles: una sobre el prestador (incertidumbre) y otra sobre quienes usan el sistema (desconocimiento de derechos), especialmente las mujeres.

Factores que contribuyen a generar una hiper producción normativa en materia de salud sexual y reproductiva en Colombia:

1. Complejidad del proceso de producción normativa y multiplicidad de instancias reguladoras,
2. El papel clave de las altas cortes y el sistema judicial,
3. Los ciclos de producción normativa generados por las dinámicas del sector salud.

2.2. Lo conceptual: polución normativa

Este fenómeno ha recibido una importante atención de teóricos del derecho, y en especial de aquellos que se dedican a analizar la producción normativa y la teoría de la legislación. En este sentido, pueden ser definida como la proliferación o inflación normativa, que puede generar problemas para la interpretación y aplicación de las normas existentes. Por ello, es considerada por múltiples autores como uno de los múltiples problemas que enfrenta el proceso de producción de normas. Esta resulta de un complejo proceso en el que confluirían múltiples factores de diversa naturaleza, entre los que se destacan: i) algunas características de los sistemas jurídicos contemporáneos,[4] como la existencia de múltiples fuentes de producción normativa, ii) algunas disfunciones del mismo, como la falta de técnica legislativa, y iii) causas políticas.[5] Su existencia se verificaría en varios elementos, como la: i) existencia de un número muy elevado de disposiciones para regular un campo normativo; ii) presencia de varias normas que regulan un mismo tema en términos similares y que por tanto resultan innecesarias; iii)

4 La polución normativa suele caracterizar los sistemas jurídicos contemporáneos, debido a que estos tienden a estar constituidos por ordenamientos abiertos, en los que confluyen fuentes de producción normativa tanto internas como externas, y están además sometidos a continuos cambios en su tejido normativo. Véase: SAINZ, Fernando. «Problemas actuales de la técnica normativa» en: Anuaro Jurídico de la Rioja. España: Universidad de la Rioja, 1995

5 PINEDA, Rodrigo. «Teoría de la legislación- algunos planteamientos iniciales» en: Revista de Derechos Fundamentales, Nº. 3, págs. 137-156. Chile: Universidad de Viña del Mar. 2009, pág. 140.

normas que se contradicen o que pueden producir resultados contradictorios; y iv) normas con lenguaje vago y contradictorio.[6]

La inflación o polución normativa suele caracterizar los sistemas jurídicos contemporáneos, debido a que estos tienden a estar constituidos por ordenamientos abiertos, en los que confluyen fuentes de producción normativa tanto internas como externas, y están además sometidos a continuos cambios en su tejido normativo.[7] En el caso colombiano, como lo señalamos anteriormente, la multiplicidad de fuentes es indudable y contribuye a la creación acelerada e incluso desordenada de normas. Además, a la descentralización de la producción normativa al interior del Estado se suma la creación de normas supranacionales que resultan vinculantes a nivel interno, como lo desarrollaremos más adelante en la siguiente sección del texto.[8]

Las consecuencias de la polución normativa son múltiples. El efecto inmediato de la misma es que los destinatarios de las normas dejan de tener claridad sobre cuáles son aquellas que regulan su comportamiento y por tanto deja de ser claro hasta dónde pueden llegar sin contrariar el ordenamiento jurídico, o cuáles son las obligaciones que deben cumplir. Aunque esto no justifica el incumplimiento de las obligaciones jurídicas que surgen en relación con los usuarios/as de los servicios de salud, contribuye a complejizar la prestación de los mismos. La inflación normativa, entonces, tiende a dificultar la aplicación de las normas,[9] y con esto, se afecta la seguridad jurídica,[10] esto es, la capacidad de un ordena-

6 Estos indicadores los hemos desarrollado a partir de la literatura relevante en el tema, citada en este marco conceptual. Además de estos, podrían incluirse otros indicadores, como la abundancia de cuerpos normativos de bajo nivel, que no resultan vinculantes y que pueden llenar de material normativo innecesario el sistema jurídico. Este último no lo incluimos en el presente ejercicio, porque la sistematización normativa solamente se centró en las normas que resultan vinculantes para los actores del sistema.

7 Sainz, Fernando. «Problemas actuales de la técnica normativa» en: Anuaro Jurídico de la Rioja. España: Universidad de la Rioja, 1995.

8 La superproducción de normas suele ser considerada como una de las manifestaciones de la juridificación de las esferas sociales. De acuerdo con Gunther Teubner, esta consiste en la «progresiva materialización del derecho con la ayuda de la organización formal del derecho» (Bourdieu y Teubner 2000, 49), es decir, la intervención del Estado mediante la materialización del derecho formal en los distintos campos de la vida humana. De esa forma, mientras más se especializa el sistema legal mediante la regulación de conflictos, más legisla y promulga normas para situaciones concretas. Esta tendencia, de acuerdo con el autor, tiende a generar múltiples disfuncionalidades del sistema y situaciones que sobrepasan los límites de la regulación normativa. Así por ejemplo, la intervención de agentes externos y sistemas sociales como el económico termina por imponerse frente a los demás sistemas generando «la ineficacia de las normas jurídicas o de destrucción de la realidad social o jurídica» (Bourdieu y Teubner 2000, 49). Taubner sugiere el uso del «derecho reflexivo» como respuesta al problema de la juridización y la ineficacia de las normas. Este consiste, en términos generales, en la intervención del derecho en las esferas sociales mediante mecanismos procedimientales y en áreas autónomas reguladas. Para profundizar sobre este concepto ver: Teubner Gunther, «Juridification of Social Spheres, a comparative Analysis in the áreas of labor, corporate, antitrust and social welfare law». Berlin. European University Institute. 1987.

9 Sainz, Ibid.

10 Monroy Cabra, Marco Gerardo. «Seguridad jurídica e inflación normativa», en: 116 Aniversario de la Academia Colombiana de Jurisprudencia. Bogotá: Septiembre de 2010.

miento jurídico de hacer previsibles las consecuencias jurídicas de los actos que afectan bienes jurídicos protegidos por el derecho.[11]

Al limitar la posibilidad de prever las consecuencias jurídicas de los actos, la polución normativa afecta tanto a los encargados de aplicar las normas, como a los ciudadanos/as. En este sentido, algunos autores sostienen que la ciudadanía común queda en estado de indefensión frente a la complejidad del ordenamiento jurídico, pues el exceso de normas dificulta su aplicación.[12] Un efecto indirecto de la inflación podría ser entonces la afectación de los derechos humanos y constitucionales de las personas. En el caso de los derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo, la polución normativa que reduce la claridad del marco normativo relevante, afecta la posibilidad de que sean aplicadas las normas que han sido creadas para regular los servicios de salud a través de los cuales deben hacerse efectivos.[13]

Para enfrentar estas consecuencias negativas de la polución normativa, existen múltiples estrategias posibles. Los autores positivistas, por ejemplo, consideran que la fórmula es mejorar la técnica normativa, con el fin de estructurar un ordenamiento jurídico que cumpla con el principio de seguridad jurídica, para lo cual sería necesario asegurar la calidad de las normas y desarrollar técnicas de integración de éstas al ordenamiento.[14] Esta estrategia, aunque tiene como destinatario al legislador y a los restantes órganos encargados de la producción normativa, pues son los encargados de elaborar las reglas, incluye al menos dos elementos que se retoman en el proyecto del cual hace parte el presente documento. Por una parte, aclarar la vigencia de las normas, con el fin de eliminar los supuestos normativos que realmente no deberían regular el comportamiento de los actores del sector salud. Por la otra, promover el conocimiento efectivo de las normas, por medio de la sistematización de las mismas. La recopilación normativa es una herramienta que puede contribuir a la consecución de estos dos elementos.

Además de lo anterior, este marco conceptual pretende aportar otro elemento a la clarificación de las normas vigentes en la actualidad en el país en materia de salud sexual y reproductiva. Dado que nuestros ordenamientos jurídicos contemporáneos están conformados tanto por reglas como por principios,[15] asumimos

11 Atienza, 1998, 105.
12 Monroy Cabra, Ibid.
13 En todo caso es importante reconocer que no siempre la falta de claridad del marco normativo afecta la garantía de los derechos fundamentales de las personas. Como lo ha reconocido Atienza, en algunos contextos la falta de claridad puede ser útil para que los destinatarios de las normas exploren las fisuras del ordenamiento jurídico y por esta vía puedan exigir la satisfacción de sus derechos. A pesar de este posible efecto de la inflación normativa, se trata de un fenómeno con efectos negativos importantes.
14 Sainz, Ibíd.
15 Alexy, Robert

que estos juegan un papel fundamental en la articulación e identificación del marco normativo relevante. Así, los principios, además de ser normas directamente aplicables, pueden ayudar a resolver tensiones normativas y a orientar la interpretación de las reglas jurídicas.

Por esta razón, en la siguiente sección del documento, hacemos el ejercicio de identificar los principios constitucionales que resultan relevantes para integrar el marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva. Para esto, retomamos tanto los estándares internacionales de derechos humanos que en virtud de la figura de bloque de constitucionalidad tienen rango constitucional, como aquellos que contribuyen a interpretar las cláusulas constitucionales aunque no sean directamente vinculantes, y los derechos consagrados en el texto de la Constitución Nacional, para identificar los principales principios de rango constitucional en relación con los derechos sexuales y reproductivos. El concepto de bloque de constitucionalidad y la forma como lo integramos en el presente documento será explicado en la siguiente sección del texto.

3. Presupuestos conceptuales y normativos para la identificación de los principios constitucionales

En este apartado del documento mostramos cuáles son los criterios dogmáticos y conceptuales que tomamos en consideración para identificar las normas que hacen parte del bloque de constitucionalidad colombiano en materia de derechos sexuales y reproductivos. Estas, debido a su estructura lógica son en su mayoría principios,[16] pues se trata en general de disposiciones que definen cuáles son los derechos que los Estados deben garantizar a sus ciudadanos/as y cuál es su contenido, ordenando que se realicen en la mayor medida posible. Por lo tanto, pueden ser considerados como principios constitucionales que deben orientar e integrar el marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva.

El propósito de este apartado es describir los principales criterios a partir de los cuales identificamos el marco normativo relevante, esto es, establecer qué entendemos bloque de constitucionalidad, cómo está integrado y por qué resulta rele-

16 Los principios son entendidos en este documento como normas jurídicas que se caracterizan por ser mandatos de optimización que ordenan que algo se haga en la mayor medida de lo posible, de acuerdo con las posibilidades jurídicas y fácticas. Al respecto, véase, entre otros: Alexy, Robert, «Sistema jurídico, principios y razón práctica». Artículo de Doxa. pp. 139-151.

vante para Colombia. Esto será clave para que quien lea el documento entienda el alcance de la reconstrucción que ofrecemos en la segunda parte del capítulo.

3.1. El bloque de constitucionalidad

El bloque de constitucionalidad es una figura creada por vía jurisprudencial por la Corte Constitucional Colombiana, en virtud de la cual se entiende que nuestra Constitución no es un texto cerrado y rígido, sino un cuerpo normativo dinámico, integrado tanto por las disposiciones expresamente consignadas en él, como por enunciados normativos de carácter internacional que tienen fuerza normativa constitucional. De acuerdo con esta figura, entonces, existen normas que tienen relevancia constitucional, a pesar de que no están incluidas en el texto de la Constitución. [17]

El fundamento jurídico de esta figura es que existen varios artículos constitucionales, como el 93 y 94, que autorizan expresamente que ciertas normas del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario se integren a la Constitución, o adquieran relevancia constitucional, sin que estén incluidos expresamente en el texto.[18] En consecuencia, el propio texto constitucional les otorga la máxima jerarquía normativa a dichos instrumentos o disposiciones internacionales, pues la Constitución es norma de normas (artículo 4), y por tanto debe prevalecer en el ordenamiento nacional.

En desarrollo de la figura del bloque de constitucionalidad, y en virtud de las principales normas de remisión incluidas en el propio texto de la Constitución, tienen rango constitucional: i) los convenios de la OIT que regulan derechos humanos referidos al ámbito laboral (artículo 53 C.P.); ii) los tratados y convenios internacionales, ratificados por Colombia, que reconozcan derechos que no puedan ser limitados durante estados de excepción (artículo 93.1 C.P); iii) los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia que permitan interpretar los derechos y deberes consagrados en la Carta (artículo 93.2 C.P); y iv) los tratados de derecho internacional humanitario.

En este documento conceptual incluimos entonces una identificación de las principales disposiciones de los tratados que resultan vinculantes para Colombia, no solamente porque corresponden a instrumentos ratificados por el Estado, sino

17 A partir de la sentencia C-191 de 1998, empieza a considerarse la inclusión de tratados de límites, los convenios de la OIT, y de las decisiones y la jurisprudencia de las instancias internacionales de derechos humanos, que con posterioridad se consolidan como parte del Bloque de Constitucionalidad.

18 Uprimny, Rodrigo. *Bloque de constitucionalidad, garantías procesales y proceso penal*. Bogotá: Escuela Judicial Lara Bonilla, Consejo Superior de la Judicatura, 2006.

porque hacen parte del bloque de constitucionalidad, en virtud de las cláusulas de remisión presentes en el propio texto constitucional y por ende cuentan con un valor normativo superior en el ordenamiento jurídico nacional. En consecuencia, son vinculantes también en el plan nacional y directamente aplicables tanto por el Estado como por los particulares.

Además de estos tratados, hay otros elementos normativos de carácter internacional que pueden hacer parte del bloque de constitucionalidad, aunque tengan menos fuerza normativa o hayan requerido de un reconocimiento judicial posterior. En este sentido, la Corte Constitucional ha establecido que la jurisprudencia internacional de derechos humanos constituye un criterio relevante para interpretar el sentido y alcance de las disposiciones constitucionales sobre derechos fundamentales,[19] particularmente en virtud del artículo 93.2 de la Constitución. Esto implica que las decisiones de órganos judiciales y semi-judiciales internacionales de control en materia de derechos humanos, como interpretaciones autorizadas de los tratados, permiten interpretar el bloque, aunque per se no hagan parte del mismo. Para el caso colombiano, resultarían entonces relevantes las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, decisiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, del Comité de Derechos Humanos, y del Comité de la CEDAW, entre otros, como se explicará con mayor detalle más adelante.

Finalmente, existen otros instrumentos internacionales que hacen parte del denominado «soft law» o derecho blando, y que pueden llegar a integrar el bloque de constitucionalidad. Este concepto hace referencia a instrumentos que no han sido producidos por las fuentes principales y tradicionales del derecho internacional,[20] pero que debido a la necesidad de darle dinamismo al derecho internacional, se les ha reconocido valor jurídico. En general, se trata de conjuntos de principios o de documentos elaborados por grupos de expertos y organismos internacionales, que aunque no serían directamente vinculantes para los Estados, pueden llegar a tener un gran valor doctrinario, o adquirir importancia por codificar los principios internacionales que regulan una materia determinada. Así, aunque en Colombia no todos los documentos del denominado derecho blando hacen parte del bloque de constitucionalidad, algunos de ellos han llegado a ser considerados como criterios relevantes de interpretación o incluso como parte del mismo.[21]

Teniendo en cuenta estos elementos, además de los tratados internacionales, se incluye en la sistematización la referencia a decisiones de organismos internacionales de derechos humanos que tienen competencia frente a Colombia, dando

19 Corte Constitucional, Sentencias T- 568 de 1999 y C- 010 de 2000.
20 Estas fuentes están definidas en el artículo 38 del Estatuto de la Corte Internacional de Justicia.
21 Corte Constitucional, Sentencias C-228 de 2002 y C-360 de 2006.

prelación a las decisiones que sean en contra del Estado colombiano, y otros instrumentos del denominado «soft law», que son criterios relevantes de interpretación.

En la siguiente subsección del documento explicamos con un poco más de detalle los criterios dogmáticos que hemos tomado en consideración para integrar el bloque de constitucionalidad en materia de derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, indicamos cómo hemos identificado los instrumentos de derecho internacional que retomamos para establecer los principios que deben fundamentar el marco normativo en materia de salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta que hacen parte de la Constitución o tienen relevancia constitucional. Y posteriormente nos centramos en la forma como la jurisprudencia constitucional resulta también relevante, en la medida en que establece el sentido y alcance de los principios constitucionales, y en particular de los derechos fundamentales.

3.2. El derecho internacional de los derechos humanos y el alcance de los derechos humanos

Desde la segunda mitad del Siglo XX el desarrollo del derecho internacional público se hizo especialmente vigoroso, en virtud de la creciente preocupación mundial en torno a los hechos atroces ocurridos durante la segunda guerra mundial. Como resultado, se estructuraron tres ramas independientes pero interrelacionadas, que se ocupan de garantizar los derechos humanos, desde diversas perspectivas. Así, el derecho internacional de los derechos humanos (DIDH), establece obligaciones que tienen los Estados de respeto, protección y garantía de los derechos humanos en todo tiempo y lugar; el derecho internacional humanitario (DIH), por su parte, debe aplicarse durante los conflictos armados, por todas las partes de los mismos, con el fin de garantizar los derechos de los no combatientes; y el derecho penal internacional (DPI) se preocupa por establecer las responsabilidades internacionales por la comisión de crímenes internacionales.[22]

La primera de dichas ramas, es decir, el DIDH es el más relevante para los propósitos de este documento, pues en el marco de ésta se ha desarrollado un conjunto importante de instrumentos que reconocen y definen el contenido y alcance de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales son claves para comprender cómo deben estructurarse y brindarse los servicios de SSR. La evolución de esta rama del derecho internacional se ha dinamizado a través de sistemas internacionales de protección de los derechos humanos. En este sentido, existe un sistema universal de protección, que ha surgido en el seno de la Organización de

22 Botero, Catalina y Guzmán, Diana. El sistema de los Derechos. Guía práctica del Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos, Bogotá: Dejusticia. 2007

las Naciones Unidas, y a nivel regional existen tres sistemas fundamentales: el europeo, el africano y el interamericano. Este último es especialmente relevante para el presente documento, pues se produce en el seno de la Organización de Estados Americanos y es vinculante para el Estado colombiano.

Cada uno de estos sistemas cuenta con sus propios órganos de producción normativa y de vigilancia del cumplimiento de las obligaciones internacionales adquiridas por los Estados. Las decisiones de estos órganos se integran también a los sistemas de protección y, dado que dinamizan su producción, resultan centrales para generar avances en materia de protección de los derechos humanos.

3.2.1. Los principales órganos de producción normativa internacional relevantes para Colombia en materia de DDSSRR

En esta subsección identificamos los principales órganos de producción normativa e instrumentos que han sido importantes para el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos a nivel internacional. Para ello, no describimos en general los sistemas internacionales de protección antes señalados, sino que nos centramos específicamente en los órganos e instancias que han permitido avances importantes en materia de estándares internacionales a los que debería ajustarse la salud sexual y reproductiva en el país. Empezamos con el sistema universal de protección de los derechos humanos, y luego nos centramos en el sistema interamericano, pues como hemos señalado anteriormente, se trata de los dos sistemas que resultan vinculantes para el Estado Colombiano.

3.2.1.1. El sistema universal de protección de los derechos humanos de Naciones Unidas

En el ámbito del sistema universal de protección de derechos humanos de la ONU, varios órganos han sido importantes para el desarrollo de estándares en relación con los derechos sexuales y reproductivos. Así, en primer lugar, la Asamblea General, que es uno de los órganos principales de la ONU, de acuerdo con la carta de Naciones Unidas tiene funciones importantes en materia de derechos humanos. En concreto, está llamada a promover estudios y hacer recomendaciones, así como a impulsar la codificación del derecho internacional (artículo 13). En virtud de este mandato, la Asamblea ha adoptado varias declaraciones en las que se reconoce la importancia de respetar y garantizar los DSR.

En segundo lugar, el sistema de Naciones Unidas cuenta con varios órganos convencionales centrales en materia de derechos humanos. Se trata de Comités creados por convenciones internacionales de derechos humanos, que se encargan de manera particular de vigilar el cumplimiento de las mismas. Frente a los DSR se destacan cuatro comités: i) el Comité de Derechos Humanos, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), define el

alcance de sus mandatos, examina los informes que deben presentar los Estados, y tiene la competencia para estudiar quejas individuales; ii) el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC),[23] en general tiene las mismas competencias que el anterior, salvo por el análisis de quejas individuales; iii) el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que vigila la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y sus protocolos facultativos; y iv) el Comité contra la Tortura, que vigila la aplicación de la Convención contra la tortura (CAT).

Estos comités han jugado un papel importante en relación con los derechos sexuales y reproductivos a través de tres elementos fundamentales. Primero, tienen una función interpretativa de las convenciones cuya aplicación vigilan, que se concreta principalmente a través de Observaciones Generales, en virtud de las cuales definen el alcance de las disposiciones de dichos tratados. Segundo, analizan los informes periódicos que deben presentar los Estados sobre el cumplimiento de las respectivas convenciones y frente a los mismos, emiten observaciones finales. Tercero, algunos de estos comités tienen también la competencia para estudiar quejas individuales, que se presentan por ciudadanos que consideran que sus derechos fueron vulnerados por los Estados que les han reconocido competencia a dichos comités. El estudio de estas quejas es un procedimiento cuasijudicial y termina con un dictamen en el que se establecen las medidas que debe adoptar el Estado para cumplir con sus obligaciones convencionales.[24] Este tipo de decisiones han sido importantes para dinamizar la protección de los DSR, pues en ellos los Comités han reconocido la importancia de respetar y garantizar dichos derechos en todos los Estados partes.

Para la reconstrucción de este marco conceptual nos hemos centrado en las Observaciones Generales, pues contribuyen a fijar el alcance de los DSR y los derechos relacionados; y en los dictámenes en casos individuales, incluso cuando no son casos contra el Estado Colombiano, pues estos permiten establecer el alcance de las obligaciones de los Estados y son por tanto relevantes.[25]

En tercer lugar, se destacan las Relatorías de Derechos Humanos. Estos son órganos especiales que investigan situaciones de violaciones graves a los derechos humanos, por lo cual tienen funciones de investigación y promoción. Quienes se desempeñan como relatores/as son expertos/as independientes que reciben un mandato específico de las Naciones Unidas, bien sea de carácter temático,

23 El Comité no es creado por el propio PIDESC, sino por su protocolo facultativo.
24 Botero y Guzmán, Ibid
25 Los informes por países no los tomamos en cuenta, pues aunque desarrollan una doctrina importante, las afirmaciones en ellos contenidas suelen referirse a los avances normativos realizados en virtud de los otros dos tipos de decisiones.

o geográfico. En materia de DSR se destacan: i) el Relator especial sobre el derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental, pues al referirse a la garantía del derecho a la salud en el mundo, ha incorporado dentro de sus informes consideraciones específicas sobre la salud sexual y reproductiva de las personas; y ii) la Relatoría sobre violencia contra la mujer, que se ha referido en varios de sus informes a los DSR de las mujeres. En el caso de los informes de los Relatores, tomamos en cuenta las alusiones específicas que hacen a los DSR en sus informes más recientes, pues en ellos se sistematiza el alcance que le dan estas relatorías a dichos derechos. Aunque entendemos que estos informes hacen parte del «soft law», los consideramos relevantes para definir la interpretación que debe dárseles a los DSR a nivel interno.

Los órganos de producción normativa del sistema universal de protección de los derechos humanos que resultan claves en relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos son:

1. Los órganos generales de Naciones Unidas, como la Asamblea General
2. Los comités que vigilan el cumplimiento de los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, y en particular:
   - El Comité de la CEDAW
   - El Comité del PIDESC
   - El Comité de la Convención contra la Tortura
3. Las relatorías de derechos humanos

3.2.1.2. El sistema interamericano

En el ámbito del sistema interamericano de protección de los derechos humanos se destacan dos instituciones fundamentales. Por una parte, la Comisión Interamericana (Comisión IDH), que tiene la competencia para conocer de peticiones individuales en las que se acreditan casos en los cuales se habrían presentado violaciones graves a los derechos humanos por parte de los Estados del continente americano que han aceptado la competencia de este sistema regional. Luego de un proceso de investigación, que suele durar varios años, si el Estado acepta su responsabilidad puede llegarse a una solución amistosa que termina con un informe, o la Comisión puede presentar el caso ante la Corte Interame-

ricana (Corte IDH). Por otra parte, esta institución, que se encarga de juzgar los casos contenciosos que sean admitidos.[26]

Frente a los derechos sexuales y reproductivos, tanto los informes de la Comisión como la jurisprudencia de la Corte IDH han sido importantes para el reconocimiento progresivo de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que deben ser garantizados a todas las personas sin discriminación, y que en el caso de las mujeres adquieren una dimensión particular, pues tradicionalmente se les ha excluido de la posibilidad de gozarlos efectivamente.

3.2.2. Los instrumentos del derecho internacional y sus niveles de obligatoriedad

El DIDH se produce y dinamiza a partir de instrumentos jurídicos que provienen de diferentes fuentes normativas. Por esta razón, tienen también diferente jerarquía y niveles de vinculatoriedad. Para dar cuenta de estas diferencias, la doctrina distingue entre instrumentos de derecho duro (hard law) y otros de derecho suave (soft law). Los primeros hacen referencia a esos instrumentos que vinculan directamente a los Estados, por provenir de las fuentes tradicionales del derecho internacional y porque los propios Estados han aceptado que sus actos sean limitados por ellos. Hacen parte de estos instrumentos los tratados y convenciones internacionales de derechos humanos, que son suscritos y ratificados por los Estados, así como los principios generales del derecho.

Ahora bien, dado que el derecho duro tiende a evolucionar de manera lenta y el derecho internacional requiere de mayor dinamismo para responder a los retos que enfrenta, se han desarrollado y reconocido otras fuentes e instrumentos, como las decisiones de los órganos de protección a los derechos humanos, los estudios de expertos que son encargados y adoptados por órganos de los sistemas de protección (como los relatores del sistema universal), y las declaraciones de instancias como la Asamblea General de la ONU. Estos se clasifican como derecho suave, no porque no sean jurídicamente relevantes, sino porque los Estados no los han aprobado de manera directa, y por tanto se considera que no los vinculan de manera general en la misma medida.

En otras palabras, estos instrumentos son relevantes jurídicamente y deben ser tomados en consideración, pero para establecer su nivel de vinculatoriedad para los Estados hay que analizar caso a caso. Puede no tener el mismo peso una

26 Aunque el sistema interamericano cuenta también con una Comisión de Derechos de las Mujeres, no revisamos de manera sistemática sus pronunciamientos, pues sus pronunciamientos tienden a tener un menor alcance normativo que las de la Comisión y Corte IDH.

decisión de la Corte IDH, que un conjunto de principios realizado por expertos internacionales, pues mientras que la Corte tiene la competencia para definir el alcance de los derechos humanos contenidos en la Convención Americana, los informes de expertos pueden no tener un gran reconocimiento internacional. Sin embargo, con el paso del tiempo y el respaldo que le den instancias internacionales que puedan llegar a tener dichos principios, pueden empezar a ser considerados como verdadero derecho creador de obligaciones internacionales.

De acuerdo con estos elementos dogmáticos, en este documento hemos incluido, entonces, los tratados y convenios que se refieren a los DSR tanto en el sistema universal, como en el sistema interamericano de protección de los derechos humanos. Además, hemos incluido las decisiones de los órganos internacionales de protección de derechos humanos que se produzcan en casos concretos (como las sentencias de la Corte IDH y los dictámenes de los Comités de la ONU), así como las observaciones y recomendaciones generales que ayudan a establecer el alcance de los DSR y los informes de los relatores especiales. Aunque estos instrumentos puedan considerarse soft law, y por tanto pueda discutirse su nivel de vinculatoriedad, entendemos que en virtud de la figura de bloque de constitucionalidad, tienen relevancia constitucional, por constituir interpretaciones autorizadas de los derechos contenidos en los tratados internacionales y contemplados en la Constitución Nacional.

Además, tomamos en consideración otros documentos internacionales que han sido esenciales para el desarrollo de los DSR, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (1994) y el Programa de Acción de Beijing. La importancia política de estos documentos ha sido tan significativa, que ha impulsado la creación de estándares internacionales de derechos humanos y han sido fundamentales para el desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como lo señalaremos más adelante.

En materia de derechos sexuales y reproductivos, en el escenario internacional no hay tratados que los desarrollen de manera sistemática, pero si tratados que se refieren a derechos a partir de los cuales se han estructurado los DSR, como el derecho a la salud, a la intimidad, a la autonomía, la igualdad y no discriminación y a la información. En todo caso, es importante advertir que los principales avances en la materia se han dado con posterioridad a los grandes instrumentos de derechos humanos y se han consolidado por vía de, por ejemplo, Observaciones y Recomendaciones Generales de los Comités del Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos[27] y por las decisiones y pronunciamientos en

27 Principalmente el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, el de la Convención de Derechos del niño y el de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW–.

casos individuales llevados a instancias internacionales.[28] Cabe precisar que cada vez hay más número de instrumentos del llamado *soft law* que buscan aportar pautas y recomendaciones importantes a tener en cuenta por los Estados con el fin de garantizar el goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.[29]

Tratados internacionales de derechos humanos claves en materia de derechos sexuales y reproductivos:	
Convenio - Tratado	**Artículos claves**
Del sistema universal de protección de los derechos humanos	
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)[1]	Artículos 3, 6, 7, 17, 18, 23, 24, 26 y 27
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)[2]	Artículos 9, 10, 12 y 15
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)[3]	Artículos 12, 13, 15 y 16
Convención sobre los derechos del niño (CND)[4]	Artículos 13, 16, 19, 23, 24, 25, 26 y 27
Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (CCT)[5]	Artículo 2
Sistema Interamericano de protección de los Derechos Humanos	
Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)[6]	Artículos 1, 2, 4, 5, 11, 17, 19 y 24
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «Protocolo de San Salvador»[7]	Artículos 1, 2, 3, 9, 10
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará.[8]	Artículos 3, 4, 6,

[1] Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) de 1966, aprobado en Colombia mediante la Ley 74 de 1968 y ratificada en 1969.
[2] Adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI) de 1966, aprobado en Colombia mediante la Ley 74 de 1968 y ratificada en 1969.
[3] Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 34/180 de 1979, aprobada por Colombia mediante la Ley 51 de 1981 y ratificada en 1982.
[4] Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, mediante resolución 44/25 de 1989, aprobada en Colombia mediante la ley 12 de 1991 y ratificada en 1991.
[5] Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante resolución 39/46 de 1984, aprobada en Colombia mediante la ley 70 de 1986 y ratificada en 1987.
[6] Suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, Costa Rica, 1969. Aprobada por Colombia mediante la ley 16 de 1972 y ratificada en 1973.
[7] Adoptada por la Asamblea General de la OEA en 1988, aprobada en Colombia mediante la Ley 319 de 1996 y ratificada en 1997.
[8] Adoptada por la Asamblea General de la OEA en 1994. Aprobada en Colombia mediante la Ley 248 de 1995 y ratificada en 1996.

28 Por ejemplo a los organismos del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos (Comisión y Corte) y al Comité de Derechos Humanos y de la CEDAW.

29 Por ejemplo, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en sus informes anuales de los años 2003, 2006, 2010 y 2011, se refirió temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, como la interrupción voluntaria del embarazo, la criminalización de las conductas sexuales, la mortalidad materna, entre otros. Asimismo, la Relatoría de Derechos de la Mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ha producido informes relacionados con el acceso a servicios de atención materna y con el derecho a la información en materia de derechos sexuales y reproductivos.

Los estándares internacionales de protección de los derechos humanos son importantes porque generan obligaciones internacionales para los Estados, y para cumplirlas deben ajustar sus ordenamientos jurídicos y políticas públicas a nivel nacional. Cuando los Estados incumplen con dichas obligaciones incurren en responsabilidad internacional y se generan consecuencias jurídicas en su contra, que pueden incluir la reparación y el establecimiento de garantías de no repetición. Pero además, en Colombia es claro que muchos de estos estándares tienen rango constitucional y por tanto son directamente aplicables por las autoridades públicas y los particulares, por lo cual pueden ser considerados como principios con relevancia constitucional.

3.3. La Constitución y la jurisprudencia constitucional

Además de la reconstrucción de los estándares internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos, en este marco conceptual incluimos también la identificación de principios constitucionales claves en la materia. Para ello, además de los artículos constitucionales relevantes, identificamos algunas de las sub reglas jurisprudenciales desarrolladas por la Corte Constitucional en relación con los DSR.

Esto nos permitirá enfatizar que en Colombia los derechos sexuales y reproductivos son derechos fundamentales que deben ser protegidos y garantizados por parte del Estado. Además, en sus sentencias, la Corte Constitucional ha establecido que los DSR tienen un impacto importante en el desarrollo de otras dimensiones personales y sociales de los individuos y en tal sentido, ha afirmado que si bien no se encuentran taxativamente dispuestos en el texto constitucional, se incorporan en nuestro ordenamiento por vía de la figura del *bloque de constitucionalidad.*[30]

4. Los principios constitucionales básicos en materia de derechos sexuales y reproductivos

En las últimas décadas se han dado desarrollos normativos a nivel internacional que han ampliado de manera progresiva el alcance de los derechos sexuales y

30 Corte Constitucional, Sentencia T-732 de 2009. M.P Humberto Sierra Porto.

reproductivos (DSR). Así, con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (1994), en el que concurrieron 179 países, se reconoció por primera vez, por consenso internacional, que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y como tales, deben ser garantizados tanto a nivel internacional como nacional. Desde entonces, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha tenido desarrollos importantes que han fortalecido jurídicamente este reconocimiento político, en virtud de los cuales se han creado garantías para estos derechos que resultan fundamentales a nivel nacional.[31]

Estos avances han enfatizado, por ejemplo, la importancia que revisten dichos derechos para el desarrollo de las personas y el ejercicio de otros derechos, como la libertad y la autonomía, con los cuales guardan una estrecha relación. Muchos de ellos, dado su vínculo con la función reproductiva, se han dado como parte del desarrollo de los derechos de las mujeres. No obstante, es claro que todas las personas, independientemente de su sexo, orientación sexual o identidad de género, son titulares de ellos puesto que se refieren, en general, a la dimensión de la sexualidad y la reproducción de los seres humanos.

Los fundamentos normativos y conceptuales de los DSR han sido básicamente: i) la autonomía individual para decidir sobre la vida sexual y reproductiva, ii) la igualdad que debe existir entre hombres y mujeres en el goce y acceso a los servicios de salud que garanticen los DSR, así como la prohibición de discriminación en razón al sexo, el género y la orientación sexual; iii) el reconocimiento del derecho a la salud y las obligaciones que de él se derivan; iv) la separación entre sexualidad y reproducción como dos dimensiones de los individuos no necesariamente dependientes; y v) el reconocimiento de que el ejercicio de estos derechos requiere de la garantía plena y efectiva y del derecho a la información.

Los estándares internacionales de derechos humanos que incluimos en el presente documento han sido identificados siguiendo los criterios jurídicos señalados en el apartado inmediatamente anterior. Para organizarlos, hemos optado por agruparlos temáticamente y no por su fuente o nivel normativo, siguiendo el mismo criterio de la sistematización normativa. A continuación señalamos, primero, cuáles son los estándares generales en la materia, y luego nos detenemos de manera más específica en aquellos que se han desarrollado frente a los cinco temas propuestos para la sistematización.

31 Véase, Center for Reproductive Rights, UNFPA, «ICDP and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN teatry bodies and legal reform. Center for Reproductive Rights, 2013, p. 1

4.1. Estándares generales

En este apartado incluimos algunos elementos generales que permiten identificar el contenido y alcance de los DSR. Para ello, dividimos esta sección en dos partes. En la primera nos centramos en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, mostramos las consecuencias que tiene dicho reconocimiento y finalizamos con una identificación de sus principales contenidos normativos. En la segunda profundizamos en dichos contenidos, al establecer la relación que tienen estos con otros derechos humanos y fundamentales, como el derecho a la salud, el derecho a la igualdad y no discriminación, el derecho a la autonomía y el derecho de acceso a la información.

4.1.1. Alcance y contenido básico de los derechos sexuales y reproductivos

En esta parte identificamos los principales elementos que hacen parte del bloque de constitucionalidad en Colombia y que permiten dimensionar el sentido y alcance de los derechos sexuales y reproductivos. Ene ste sentido, destacamos el estatus de estos derechos, las obligaciones que se derivan de su reconocimiento normativo y las principales dimensiones que los conforman.

4.1.1.1. Los DSR son derechos humanos y fundamentales, de los cuales son titulares todas las personas

Los DSR han sido reconocidos a nivel internacional como derechos humanos. Desde la aprobación del Plan de Acción de Cairo, múltiples pronunciamientos de instancias claves de protección de los derechos humanos los han reconocido como derechos que encuentran su fundamento normativo en la consagración en tratados internacionales de derechos humanos de otros derechos, como el derecho a la intimidad, a la autonomía, a la igualdad, a la salud y a la información. Por ello, su realización resulta fundamental también para la garantía efectiva de estos derechos y los Estados están llamados a adoptar las medidas que resulten necesarias para asegurar su plena garantía y realización.

En Colombia, a nivel constitucional, se ha reconocido que los DSR son derechos humanos y fundamentales[32] cuyos titulares son tanto las mujeres como los hombres. Estos incluyen un conjunto amplio de derechos entre los que se destaca, el derecho a decidir sobre el número y el espaciamiento entre los nacimientos, la planificación, y el derecho a gozar de una maternidad segura.

32 Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. M.P Clara Inés Vargas y Jaime Araujo.

El desarrollo reciente de los DSR en la jurisprudencia constitucional colombiana ilustra muy bien la discusión sobre la titularidad de estos derechos. En una primera fase de desarrollo jurisprudencial, la Corte Constitucional no fundamentó sus decisiones de manera directa en los derechos sexuales y reproductivos. Así, para fallar casos en los que estaban en juego los DSR de individuos, a saber, casos sobre esterilización a mujeres con discapacidad cognitiva[33] y casos de solicitud de tratamientos de fertilidad por vía de tutela,[34] desarrolló su argumentación a partir de consideraciones relacionadas con la autonomía individual y con los requisitos para el acceso a tratamientos excluidos del POS por vía de tutela, más no a consideraciones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, después, principalmente a partir de la sentencia C-355 de 2006, los DSR empezaron a ubicarse en el centro del debate, y a recibir un desarrollo especialmente intensivo.

En la sentencia mencionada, en la que se despenalizó la interrupción del embarazo en unas circunstancias específicas,[35] se empezó a acuñar la noción de DSR principalmente como derechos de las mujeres. Así, en esta decisión se estableció que «*con fundamento en el principio de dignidad de las personas y sus derechos a la autonomía e intimidad, uno de sus componentes esenciales lo constituye el derecho de la mujer a la autodeterminación reproductiva y a elegir libremente el número de hijos que quiere tener y el intervalo entre ellos*». Igualmente, señaló que los DSR también se relacionan con el derecho a la intimidad, a la información, a la igualdad y a la autonomía. Estas consideraciones son reiteradas en posteriores decisiones. Particularmente, en la sentencia T-388 de 2009, la Corte ordenó que se realizaran campañas de promoción de los DSR, con el fin facilitar el acceso a mujeres y niñas a la información relacionada con estos derechos y con los servicios de SSR a los que pueden acceder.

Con posterioridad, la Corte ha enfatizado el alcance ampliado de los DSR y se ha referido a la realización plena de la vida sexual, lo que incluye no solamente a mujeres, sino a hombres. Esta ampliación del alcance, se da por la distinción que hace entre derechos sexuales y derechos reproductivos y el reconocimiento de estas dos dimensiones de las personas de manera separada y no necesariamente dependiente,[36] pues puede gozarse de una sexualidad plena sin que esto implique que la esfera reproductiva se vea necesariamente involucrada.

33 Entre otras, sentencias T-850 de 2002, T-248 de 2003, T-492 de 2006 y T-1019 de 2006.
34 Al respecto, ver entre otras, T-1104 de 2000, T-572 de 2002, T-242 de 2004, T-752 de 2007, T-857 de 2009, T-890 de 2009 y T-633 de 2010.
35 Las tres causales en las cuales se encuentra despenalizado el aborto en Colombia son: i) Cuando está en peligro la vida o la salud (física o mental) de la madre; ii) cuando el embarazo ha sido fruto de la violencia, como la violencia sexual o la inseminación artificial; y iii) cuando hay malformación del feto que hace incompatible la vida extrauterina.
36 Ver entre otras, Corte Constitucional, sentencia T-310 de 2010. M.P María Victoria Calle; sentencia T-732 de 2009 y T-585 de 2010.

Los DSR son entonces derechos humanos autónomos, cuyo reconocimiento ha sido posible gracias a su relación con otros derechos (como la salud, la igualdad, la autonomía y la información). Aunque sus titulares son todas las personas, ofrecen garantías particulares a ciertos grupos poblacionales como las mujeres, y los niños, niñas y adolescentes. En efecto, dado que en la práctica quienes se encuentran excluidas en mayor proporción de su goce efectivo son las mujeres, su garantía debe incluir la adopción de medidas diferenciadas encaminadas a lograr que ellas logren ejercer estos derechos de manera plena y efectiva, como se desarrollará más adelante.

4.1.1.2. Los DSR tienen dos dimensiones: los derechos sexuales y los reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos realmente se refieren a dos dimensiones diferentes de la realización personal, que tienen una estrecha relación entre sí. En cuanto a la primera dimensión, referida a los derechos sexuales, la Corte Constitucional ha entendido que estos incluyen la libertad sexual, y en especial el derecho de las personas a decidir autónomamente tener o no relaciones sexuales y con quién, sin sufrir ningún tipo de discriminación y violencia. En relación con la segunda dimensión, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha precisado que, de acuerdo con los estándares internacionales, son derechos reproductivos *«(i) la autodeterminación reproductiva y (ii) el acceso a servicios de salud reproductiva.»*[37]

DSR	
Derechos Sexuales	**Derechos Reproductivos**
▪ Libertad sexual	▪ Autodeterminación reproductiva
	▪ Acceso a Servicios de Salud Reproductiva

A su vez, en relación con los servicios de salud sexual y reproductiva, la garantía de los DSR debe incluir: i) información y educación sobre todos los aspectos de la sexualidad, ii) el acceso a servicios médicos que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio de la sexualidad y iii) educación e información sobre toda gama de métodos anticonceptivos y acceso efectivo a los mismos.[38]

Los derechos sexuales incluyen, entre otros, los derechos a:

- Reconocerse como seres sexuados.

37 Ibíd.
38 Ibíd.

- Tomar decisiones autónomas y responsables sobre la sexualidad, libres de toda injerencia, coacción y violencia.
- Vivir una sexualidad libre de toda forma de coacción y violencia
- A explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
- Escoger y convivir con una pareja, o no hacerlo.
- Expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
- Acceder a medidas de prevención de las infecciones de transmisión sexual, así como a los servicios de salud necesarios para asegurar el más alto goce la salud física y mental.
- Acceder a información que permita conocer sobre la propia sexualidad y tomar decisiones informadas sobre la misma.

Los derechos reproductivos incluyen, entre otros, el derecho a:

- Decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos
- Disponer de la información, educación y medios para poder ejercer los derechos de manera autónoma, responsable, libre e informada.
- Decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.
- Acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).
- Vivir una maternidad segura
- Acceder a servicios de salud necesarios para el ejercicio de los derechos reproductivos, incluidos los servicios durante la gestación, parto y lactancia.
- Contar con información y educación que permitan el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos.

4.1.1.3. En su condición de derechos, los DSR generan obligaciones concretas para los Estados

En la medida en que son reconocidos como derechos humanos y fundamentales, los DSR generan obligaciones concretas y exigibles en cabeza del Estado Colombiano. Así, en primer lugar, surgen las obligaciones generales de respeto y garantía.[39] Por lo tanto, el Estado y quienes actúen a nombre suyo deben abstenerse de realizar acciones que puedan afectar estos derechos. Pero además, deben llevar a cabo todas las acciones que sean necesarias para asegurar su realización efectiva y plena, incluidas las acciones de promoción y prevención.[40]

En segundo lugar, se derivan también obligaciones específicas en relación con los DSR. Así, por ejemplo, El Estado Colombiano está obligado a adoptar legislación y políticas públicas que explícitamente reconozcan estos derechos, y a generar medidas que aseguren su respeto integral y la garantía efectiva de los mismos.[41] También está obligado a garantizar, en condiciones de igualdad, el acceso a los servicios de salud, información y educación que resulten necesarias para asegurar el goce efectivo de los derechos.[42]

A nivel constitucional también se ha reconocido que el Estado tiene obligaciones concretas en relación con los DSR. De acuerdo con la Corte Constitucional, el Estado tiene obligaciones de respeto y garantía, pues los derechos sexuales y reproductivos:

---

39 Estas obligaciones se encuentran consagradas en los tratados internacionales de derechos humanos más relevantes para Colombia. Así, por ejemplo, el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos establece que: «Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a *respetar* los derechos y libertades reconocidos en ella y a *garantizar* su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social». Subrayas fuera del texto original.

40 En la dogmática de los derechos humanos se entiende que las obligaciones de respeto son de abstención, mientras que las de garantía implican la realización de acciones, como la prestación de servicios.

41 Esta obligación se deriva, entre otros, de las siguientes disposiciones contenidas en tratados internacionales de derechos humanos vinculantes para Colombia: i) el artículo 2.2. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que los Estados Parte tienen la obligación de adoptar «las medidas oportunas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos los derechos reconocidos» en dicho pacto; y ii) el artículo 2.c de la Cedaw establece que los Estados Partes deben «adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer», y luego en el artículo 12 establece que además deberán adoptar «todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia». Además, es señalada entre otros documentos, en la Observación General No. 24 del Comité de la Cedaw.

42 Véase, por ejemplo, Observación General No. 24, Comité de la Cedaw, 20° período de sesiones, 1999, numeral 13

«abarcan pretensiones de libertad, que exigen del Estado abstenciones, pero también contienen reivindicaciones de tipo prestacional, que requieren del mismo una actividad concreta, las cuales deberán ser desarrolladas por el legislador y la administración para determinar específicamente las prestaciones exigibles y las condiciones para acceder a las mismas, las instituciones obligadas a brindarlas y su forma de financiación, teniendo en cuenta que se debe atender, de modo prioritario, a quienes más lo necesitan».[43]

Esto significa que los derechos sexuales y reproductivos generan tanto obligaciones de respeto, por lo cual el Estado debe abstenerse de llevar a cabo acciones que puedan afectarlos, como de garantía, por lo cual debe realizar actuaciones de tipo prestacional. Para que estas puedan concretarse, el Estado deberá adoptar las medidas legislativas, reglamentarias y de política pública que sean necesarias para determinar los mecanismos y alternativas que permitan el acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva. Estas medidas deberán tomar en cuenta de manera prioritaria a quienes se encuentren en condiciones mayores de vulnerabilidad.

Lo anterior permite afirmar que los DSR, en la medida en que han sido reconocidos como derechos humanos, a nivel internacional, y fundamentales, a nivel constitucional, generan obligaciones concretas en cabeza del Estado colombiano. En este sentido, generan tanto las generales de respeto y garantía, como obligaciones particulares que incluyen el deber de desarrollar estos derechos, adoptar las medidas necesarias para acceder a servicios de salud, así como a información y educación sobre el alcance de estos derechos y los mecanismos que existen para hacerlos efectivos.

43 Corte Constitucional, sentencia T-732 de 2009. M.P Humberto Sierra Porto.

Principios básicos sobre el contenido y alcance de los DSR en Colombia

1. Los DSR son derechos fundamentales de los cuales son titulares todas las personas.[1]
2. Los derechos sexuales se refieren a la autonomía sexual e incluyen, entre otros, el derecho a gozar de una sexualidad responsable y libre de toda forma de injerencia, coacción y violencia.[2]
3. Los derechos reproductivos incluyen tanto i) la autodeterminación reproductiva; como ii) el acceso a servicios de salud reproductiva.[3]
4. Los DSR generan obligaciones de respeto y garantía en cabeza del Estado. Estas obligaciones incluyen:
   - El deber de adoptar medidas legislativas, administrativas y de toda índole, que resulten necesarias para reconocer, proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos.[4]
   - La obligación de desarrollar y asegurar la prestación de los servicios de salud que resulten necesarios para garantizar integralmente los DSR.[5]
5. Hombres y mujeres son titulares de estos derechos. Sin embargo, los Estados están obligados a garantizar una protección especial y diferenciada a favor de las mujeres, en especial cuando se encuentran en condiciones de vulnerabilidad particulares, como las mujeres indígenas, afrocolombianas, y quienes han sido víctimas de la violencia.[6]

[1] Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. M.P Clara Inés Vargas y Jaime Araujo.
[2] Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. M.P Clara Inés Vargas y Jaime Araujo.
[3] Ver entre otras, Corte Constitucional, sentencia T-310 de 2010. M.P María Victoria Calle; sentencia T-732 de 2009 y T-585 de 2010.
[4] Véase el artículo 2.2. del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el artículo 2.c y 12 de la Cedaw; y la Observación General No. 24 del Comité de la Cedaw.
[5] Corte Constitucional, sentencia T-732 de 2009. M.P Humberto Sierra Porto.
[6] Corte Constitucional, sentencia T-732 de 2009. M.P Humberto Sierra Porto.

4.1.2. Contenidos de los derechos sexuales y reproductivos a partir de su relación con otros derechos humanos

El reconocimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos ha sido posible en virtud de la consagración de otros derechos humanos, como el dere-

cho a la salud, a la autonomía, a la igualdad y no discriminación, y a la información, entre otros. En esta sección del texto retomamos los contenidos de esos derechos que permiten dimensionar el contenido y alcance de los DSR.

4.1.2.1. La garantía del derecho a la salud implica la protección de los DSR.

El contenido del derecho a la salud incluye algunos de los componentes fundamentales de los derechos sexuales y reproductivos. Por ello, la garantía de este derecho implica la protección de los DSR. Teniendo en cuenta esta relación inescindible entre uno y otros, a continuación, identificamos los contenidos relevantes del derecho a la salud, a partir de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, y de las Observaciones Generales que interpretan el alcance de dichos contenidos.

El derecho a la salud se encuentra consagrado los principales tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, y dado que se encuentra también establecido en el propio texto constitucional, hace parte del bloque de constitucionalidad. El contenido básico de este derecho es definido, entre otros, por el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, en los cuales se reconoce que toda persona tiene derecho a la salud, y se define esta como el «*disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*». Estas disposiciones reconocen que el Estado tiene la obligación de garantizar la plena efectividad del derecho de manera progresiva, y que el contenido del derecho incluye la salud sexual y reproductiva.[44]

Con el fin de precisar el alcance de esta definición del derecho a la salud, la Observación General 14 del Comité DESC establece que «*la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos,* [por lo cual] [t]*odo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*». Además señala que la «*'salud física y mental' no se limita al derecho a la atención de la salud,* [sino que] *abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.*»

44 En este sentido, los artículos que consagran el derecho a la salud reconocen que hacen parte del mismo las medidas destinadas a asegurar la salud sexual y reproductiva, como el acceso a servicios médicos para garantizar la planificación familiar. Al respecto, el artículo 12 de la Cedaw establece que el derecho a la salud incluye: el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

Se trata entonces de un derecho humano fundamental, que incluye tanto la protección de la salud física como la mental en todos los ámbitos, incluido el de la salud sexual y reproductiva. Abarca además factores determinantes básicos de la salud, que son factores socioeconómicos que promueven las condiciones que se requieren para tener una vida sana, como la alimentación, nutrición, vivienda y agua potable. En suma, el derecho a la salud se entiende como un derecho al disfrute de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud mental y física.

Para que ese alto nivel sea alcanzable, el derecho a la salud tiene cuatro componentes[45]:

i. Disponibilidad. Cada Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas de atención. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, esto debe incluir la disponibilidad medicinas esenciales tales como las destinadas a la anticoncepción y la anticoncepción de emergencia.[46]

ii. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad a su vez debe incluir: la no discriminación,[47] la accesibilidad física y la económica, y el acceso a la información.

iii. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados, con enfoque de género, deben respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.

iv. Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Cada uno de estos componentes debe ser garantizado por los Estados, como parte de sus obligaciones en relación con el derecho a la salud. En este sentido,

45 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14, 11 de agosto de 2000, Numeral 12.

46 Esta interpretación se deriva de lo establecido en el numeral 12 de la Observación General No. 14 de Comité DESC, por cuanto establece que debe garantizarse la disponibilidad de los medicamentos esenciales definidos por la OMS, y los anticonceptivos lo son.

47 Está prohibida cualquier discriminación que tenga como fundamento la «*raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole*».

es importante recordar que en la medida en que es reconocido como derecho humano y fundamental, se generan obligaciones generales y concretas para el Estado Colombiano.

Así, en primer lugar, surgen las obligaciones generales que se derivan de los derechos humanos y se concretan en el derecho a la salud de la siguiente manera:

i. Respeto. El Estado debe abstenerse de imponer barreras al ejercicio en igualdad de condiciones del derecho a la salud. En materia de salud sexual y reproductiva, esta obligación incluye no interferir sobre el control sobre el propio cuerpo (libertad sexual y genésica, por ejemplo), así como la no injerencia en la autodeterminación sexual y reproductiva (como no ser sometido a torturas ni a tratamientos o experimentos médicos no consentidos).

ii. Protección. Implica que los Estados deben adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros.

iii. Garantía. El Estado debe reconocer suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y además deben adoptar una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Esta obligación implica también que el Estado debe promover y facilitar el acceso a los servicios de salud.

iv. Para hacer efectivo este derecho, los Estados deben adoptar las medidas necesarias como la atención primaria en salud, la inmunización contra las infecciones, la prevención y tratamiento de otras enfermedades, la educación de la comunidad sobre los problemas de salud *y «la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.»*[48]

En segundo lugar, se derivan obligaciones concretas en materia de derechos sexuales y reproductivos. Estos incluyen la de llevar a cabo todas las medidas necesarias para reducir la mortalidad materna e infantil, y prevenir y tratar las enfermedades e infecciones epidémicas, endémicas y de otra índole, como las de origen sexual.[49]

Este derecho debe ser garantizado de manera específica y diferenciada frente a quienes enfrentan condiciones particulares de vulnerabilidad, y por tanto requie-

48 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, sociales y culturales, «Protocolo de San Salvador», artículo 10.
49 Véase, artículo 12 del PIDCP.

ren de medidas especiales para poder disfrutar efectivamente de este derecho, como las mujeres y los niños, niñas y adolescentes.

Así, por ejemplo, en relación con estos últimos, la Observación General 4 del Comité de los Derechos del niño, al interpretar el alcance del derecho a la salud consagrado en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, empieza por reconocer que la adolescencia es una etapa de la vida que plantea retos a la salud debido a la vulnerabilidad y presión ejercida por la sociedad que lleva a los adolescentes a adoptar comportamientos arriesgados para la salud. Teniendo en cuenta estas condiciones fácticas particulares, la Observación 4 establece que frente a los adolescentes debe buscarse un equilibrio entre la especial protección brindada a los niños y la autonomía que se les debe a los adultos.

En este sentido, en un segundo punto se reconoce el derecho de los adolescentes a ser reconocidos como titulares de derechos que tienen la capacidad para convertirse en ciudadanos responsables si se les da la orientación y dirección adecuadas. Así, se reconoce el derecho de los adolescentes a expresar libremente su opinión en los asuntos relacionados con su salud, así como el derecho que tienen a la intimidad y confidencialidad sobre la asesoría y consultas relacionadas con su salud. Dado que los adolescentes siguen siendo menores de edad, se insta a los Estados a regular el tema del consentimiento para los tratamientos de salud, con el fin de garantizar los derechos de los adolescentes a la autonomía y la confidencialidad. El componente del consentimiento adquiere entonces un matiz especial en el caso de los adolescentes, pues aunque son titulares de los DSR, debido a sus condiciones etáreas, pueden verse limitados en la práctica.

En la observación general 4 se resalta se resalta además la importancia de garantizar un entorno saludable para los adolescentes, donde se les brinde apoyo a ellos y sus familias en temas relacionados con su salud física y mental, se prevengan situaciones de violencia y abuso y se fomenten conductas sanas. También precisa que los adolescentes tienen el derecho a acceder a información que sea esencial para su salud y desarrollo, así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad; esto se complementa a su vez con la posibilidad efectiva de acceder en condiciones de aceptabilidad y calidad a los diferentes servicios de salud, en los términos de la Observación General 14 del Comité DESC.

Estos lineamientos iniciales en materia del derecho a la salud, permiten determinar las obligaciones que tienen los Estados y que también son aplicables en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva. Ahora bien, los elementos mencionados, tanto los tratados como las observaciones generales, tienen precisiones relacionadas con los DSR que señalaremos de adelante, cuando nos centremos en cada uno de los ejes temáticos a abordar en la sistematización.

Principios sobre el derecho a la salud y los DSR

1. La salud es un derecho humano fundamental que se define como el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este incluye la salud sexual y reproductiva.[1]

2. El derecho a la salud abarca también los factores determinantes básicos de la salud, que son factores socioeconómicos que promueven las condiciones que se requieren para tener una vida sana, como la alimentación, nutrición, vivienda y agua potable.[2]

3. El derecho a la salud tiene cuatro componentes, cuya realización permite medir el cumplimiento de las obligaciones que tienen los Estados en relación con la salud.[3] Dichos componentes son:

   - Disponibilidad
   - Accesibilidad
   - Aceptabilidad
   - Calidad

4. La garantía del derecho a la salud implica la realización de los DSR. Por ello, el Estado Colombiano tiene obligaciones concretas en relación con la salud sexual y reproductiva de todas las personas.[4] Estas incluyen, entre otras:

   - Llevar a cabo todas las medidas necesarias para reducir la mortalidad materna e infantil,
   - Prevenir y tratar las enfermedades e infecciones epidémicas, endémicas y de otra índole, como las de origen sexual.

5. El Estado debe adoptar medidas específicas y diferenciadas para garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y de los niños, niñas y adolescentes, entre otros grupos poblacionales, pues enfrentan condiciones materiales que exigen de medidas particulares para que puedan gozar efectivamente, y en condiciones de igualdad, de su derecho a la salud.[5]

[1] Véase, entre otros, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, el artículo 12 de la CEDAW y la Observación General 14 del Comité DESC.
[2] Ibíd.
[3] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14, 11 de agosto de 2000, Numeral 12.
[4] Véase, artículo 12 del PIDCP.
[5] Véase la Observación General 4 del Comité de los Derechos del niño y la Observación General 14 del Comité DESC..

4.1.2.2. Los DSR deben ser garantizados en condiciones de igualdad y no discriminación, de acuerdo con los contenidos básicos del derecho a la igualdad.

El derecho a la igualdad es un derecho humano fundamental, reconocido en los principales instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia.[50] Además, dado que se encuentra consagrado en el artículo 13 de la Constitución Política, esos tratados internacionales hacen parte del bloque de constitucionalidad y sus interpretaciones son, entonces, constitucionalmente relevantes.

De acuerdo con estos documentos, el derecho a la igualdad tiene tres dimensiones: i) la igualdad ante la ley; ii) la prohibición de discriminación;[51] y iii) la obligación de promover condiciones de igualdad real y efectiva.[52] De acuerdo con estos componentes, los derechos sexuales y reproductivos deben ser garantizados a todas las personas y sin discriminación alguna. Además, en desarrollo del derecho a la igualdad el Estado está también obligado a brindar una protección especial a aquellas personas que por su situación fáctica estén en condiciones de desventaja para gozar efectivamente de sus derechos. Esta protección debe incluir la adopción de medidas específicas y diferenciadas a favor de ciertos grupos poblacionales, como las mujeres, niños, niñas y adolescentes, así como erradicar la discriminación en contra de ellas.

La relación entre las diversas dimensiones del derecho a la igualdad y los DSR es tan importante en relación con las mujeres, que es posible afirmar que para garantizar la salud sexual y reproductiva es necesario avanzar en la igualdad, de forma que se reconozcan las condiciones históricas de exclusión y discriminación que han padecido, así como las situaciones particulares en las cuales se encuentran como resultado de dichas condiciones. Y al tiempo, garantizar los DSR constituye una condición para el empoderamiento de las mujeres y su avance efectivo en términos de igualdad.[53]

---

50 Véase, entre otros, los artículos 3 y 23 del PICDP; artículo 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y artículos 1 y 2 de la Cedaw.

51 Se entiende por discriminación toda distinción que no tenga justificación constitucional y/o convencional. Cuando el trato diferenciado se funda en un criterio sospechoso, como la raza, el sexo, el género, o la orientación sexual, el trato diferenciado se presume discriminatorio y se invierte la carga de la prueba, por lo cual quien debe probar que no discrimina es quien confiere el trato en cuestión. Al respecto, véase, entre otras, Corte Constitucional, sentencia C-370 de 2000.

52 En este sentido, el artículo 13 de la Constitución Política establece: «Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados (…).»

53 González, Ana Cristina, «¿Cómo definir y recopilar buenas prácticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos? Goce efectivo de derechos: un marco de referencia» en, *Reunión internacional sobre buenas prácticas para el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe,* Serie Mujer y Desarrollo 104. Chile: Cepal, 2010. P. 70.

En este sentido, la CEDAW establece en su artículo 12 que los Estados Partes deben adoptar todas las medidas que sean apropiadas para eliminar la discriminación que enfrentan las mujeres en relación con la atención médica, en especial en lo que tiene que ver con la planificación familiar. Además, indica que *«los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia».*

En desarrollo de estos elementos, el Comité de la CEDAW, en la recomendación general (RG) 24, estableció varias pautas relacionadas con el tipo de medidas que deben brindar los Estados para garantizar los DSR de las mujeres. En dicha recomendación se precisó que los Estados, en primer lugar, deben establecer qué condiciones médicas afectan de manera diferenciada a las mujeres y cuál es la disponibilidad y la eficacia de las medidas preventivas y curativas a las que ellas acceden. A partir de este diagnóstico, el Estado, debe establecer mecanismos para que haya igualdad en el acceso a los servicios de atención médica, información y atención entre hombres y mujeres. Esto a su vez implica:

i. Que las autoridades implementen un enfoque de género en la atención en salud. Para esto, será necesario que los servicios de salud se brinden tomando en consideración las necesidades particulares de las personas en razón a su sexo, orientación sexual e identidad de género; y que se tomen en cuenta las necesidades particulares de las mujeres en razón a sus características biológicas.

ii. La no imposición de trabas en la consecución de los objetivos en materia de salud decididos por cada mujer.

iii. La especial protección que deben recibir las mujeres en circunstancias especialmente difíciles (como las que se encuentren en un marco de conflicto armado o en situaciones de desastre, prisión, etc.), lo que incluye que reciban los servicios y la orientación pertinente.

iv. La garantía de una amplia oferta informativa de fomento de la salud en las mujeres durante todas las etapas de su vida, dentro de una estrategia que facilite el acceso efectivo a los diferentes servicios de salud.

v. El respeto por los derechos humanos de las mujeres, que incluyen, entre otros, la autonomía, intimidad, confidencialidad, información, y libertad de decisión.

En virtud del derecho a la igualdad, las mujeres deberán recibir también una protección especial frente a las formas de violencia que las afectan por el hecho

mismo de ser mujeres. Esto se explica por cuanto la violencia ha sido entendida como la forma más extrema de discriminación en su contra,[54] y como tal, debe ser prevenida, sancionada y erradicada por los Estados, asegurando una protección especial a las mujeres.

Al respecto, la Convención interamericana para prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres- Convención Belem do Pará-, señala en el Artículo 3 que «*Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado*». En el mismo sentido, en el Artículo 4 indica que «[t]*oda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: a. el derecho a que se respete su vida; b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; (...)*» y el Artículo 5 precisa que «[t]*oda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Los Estados Partes reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos (...)*».

4.1.2.3. DSR y el derecho a la intimidad.

Como se indicó anteriormente, el reconocimiento de los DSR ha sido progresivo y ligado a la existencia de otros derechos, como la salud. Otro de los derechos que ha jugado un papel fundamental en este desarrollo ha sido el de la intimidad, consagrado en los principales tratados de derechos humanos,[55] y en la Constitución Nacional.[56]

De acuerdo con este derecho, nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, ni en su familia. En el ámbito de los DSR, esto implica que toda persona tiene derecho a decidir libre y responsablemente sobre su reproducción. Además, al interpretarse armónicamente éste, con el derecho a la familia (artículo 17 de la CADH), se entiende que implica el derecho a determinar de manera libre la conformación de la familia.[57] De esta forma, en virtud

54 Véase, Comité de la Cedaw, Recomendación General No. 19.

55 Así, por ejemplo, el artículo 17 del PIDCP establece que «Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación». Una disposición similar está contenida en el artículo 11.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Dado que se trata de tratados ratificados por Colombia, y que el derecho a la intimidad está consagrado en la Constitución Política, estas normas harían parte del bloque de constitucionalidad y los documentos oficiales que interpretan su alcance , tendrían relevancia constitucional.

56 El artículo 15 de la Constitución Colombiana consagra el derecho a la intimidad, al establecer que todas «las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar».

57 Al respecto, véase, Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Artavia Murillo y otros c. Costa Rica. Fondo, reparaciones y costas. 2012. En este caso, la Corte IDH se pronunció

del derecho a la intimidad o a tener una vida privada, se entiende que las personas y las parejas tienen el derecho básico «*a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello*».[58]

4.1.2.4. Los DSR y los derechos a la autonomía, a la libertad y a la integridad personales

El contenido de los derechos sexuales y reproductivos se deriva también de la consagración de los derechos a la autonomía, a la libertad y a la integridad personales, que se encuentran igualmente consagrados en los principales tratados de derechos humanos suscritos por Colombia, [59] y en la Constitución Nacional.[60] En virtud de estos derechos se reconoce que toda persona tiene derecho a la autonomía reproductiva, y en virtud de él, es titular de otros derechos como:

- El derecho a acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. Lo que implica acceder al más alto y efectivo progreso científico.

- La prohibición de restricciones desproporcionadas e innecesarias de iure o de facto para ejercer las decisiones reproductivas.[61]

Además, los derechos a la autonomía, a la libertad y a la integridad están también relacionados con el derecho a no ser sometidos a coacción y violencia. Al respecto, la Convención de Belém do Pará consagra de manera autónoma el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencias.[62] En virtud de este, se entiende que toda mujer tiene derecho a no ser sometida a ninguna forma de violencia física, psicológica y sexual, en todos los ámbitos de su vida.

4.1.2.5. Derecho a la información

Los DSR tienen además una estrecha relación con el derecho a la información, pues la realización de aquellos depende en buena medida del acceso a ésta. Al respecto, la Corte Constitucional Colombiana ha sido enfática al señalar que las mujeres tienen derecho a estar informadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la IVE.[63]

---

sobre la compatibilidad de las disposiciones que niegan la posibilidad de recurrir a procedimientos de fertilización *in vitro* con la CADH.

58 Corte Interamericana de Derechos Humanos, ibíd.

59 En este sentido, el PIDCP consagra en su artículo 7 el derecho a no ser sometido a torturas, trastos crueles inhumanos o degradantes; y en su artículo 9 el derecho a la libertad. Por su parte, la CADH consagra en su artículo 5 el derecho a la integridad personal y la prohibición de ser sometidos a tratos crueles, inhumanos o degradantes, y más adelante su artículo 9 consagra los derechos a la libertad y a la seguridad personal.

60 La Constitución Colombiana consagra en sus artículos 16 y 17 los derechos al libre desarrollo de la personalidad (que es la concreción constitucional del derecho a la autonomía), y el derecho a no ser sometido a esclavitud y servidumbre, entre otras graves vulneraciones al derecho a la libertad, respectivamente.

61 Corte Interamericana de Derechos Humanos, ibid., 2012.

62 Véase, Convención de Belém do Pará, artículo 3.

63 Véase, Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006 y sentencia T-388 de 2009.

Principios en materia de DSR y derecho a la igualdad

1. Los DSR deben ser garantizados en condiciones de igualdad y no discriminación para todas las personas, reconociendo además las necesidades particulares y las condiciones históricas de exclusión y discriminación que enfrentan algunos grupos poblacionales, como las mujeres, con el fin de promover condiciones de igualdad entre las personas, con independencia de su sexo, orientación sexual o identidad de género.[1]

2. La prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva deben incluir medidas específicas y diferenciadas a favor de las mujeres, que tomen en cuenta sus necesidades particulares. En este sentido, la protección de las mujeres es transversal a todos los aspectos relativos al derecho a la salud: financiación, redes de servicios, calidad de atención, sistemas de información, mecanismos de vigilancia y control, entre otros.[2]

3. Además del derecho a la salud, los DSR se encuentran ligados al derecho a la intimidad que ha sido desarrollado en los principales tratados de derechos humanos y en la Constitución nacional. Así, en virtud de este derecho, las personas y parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el intervalo entre estos y a disponer la información y medios para ello.[3]

4. El contenido de los DSR se encuentra también ligado a los derechos a la autonomía, a la libertad, a la integridad personales y a no ser sometido a ninguna forma de violencia física, psicológica y sexual.[4]

[1] Véase los artículos 3 y 23 del PICDP; artículo 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; los artículos 1 y 2 de la Cedaw; la sentencia C-370 de 2000; y el artículo 13 de la Constitución Política de Colombia.
[2] González, ibid, p. 72.
[3] Véase el artículo 17 del PIDCP; el artículo 11.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; El artículo 15 de la Constitución Colombiana; en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Artavia Murillo y otros c. Costa Rica. Fondo, reparaciones y costas. 2012.
[4] Véase el artículo 7 y 9 del PIDCP; el artículo 5 y 9 de la CADH; la Constitución Colombiana en sus artículos 16 y 17.

4.2. Principios específicos en los temas de la recopilación

En esta sección incluimos la revisión de aquellos principios que forman parte del bloque de constitucionalidad y que resultan aplicables de manera específica a

los cinco temas que hacen parte de la compilación normativa, esto es: i) salud sexual y reproductiva de adolescentes; ii) maternidad segura e IVE; iii) anticoncepción; iv) ITS y VIH; y v) violencia sexual y basada en género. Cada una de las subsecciones temáticas la hemos organizado en dos grandes partes; la primera retoma brevemente los derechos que han sido reconocidos de manera específica en relación con ese tema y posteriormente se desarrollan las principales obligaciones que tendrían los Estados y los prestadores de los servicios de salud frente a los mismos.

4.2.1. Salud sexual y reproductiva de adolescentes

Los y las adolescentes cuentan con especial protección y sus derechos son reconocidos en los diferentes pactos internacionales que hacen parte del bloque de constitucionalidad, particularmente, en la Convención de derechos del niño. Este grupo población se encuentra en una franja de edad en la que física y mentalmente atraviesan cambios que los hacen particularmente vulnerables ante algunas situaciones. Estos reconocimientos han servido de base a los instrumentos normativos, para reconocer que los y las adolescentes son sujetos de derechos sexuales y reproductivos.[64]

4.2.1.1. Derechos relacionados

Los y las adolescentes son sujetos autónomos a quienes se les debe garantizar el derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo de manera libre e informada. Por lo tanto, tienen, entre otros, los siguientes derechos:

- Recibir educación e información en relación con la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos.

- Acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, desde métodos anticonceptivos, hasta tratamientos de mayor complejidad como la atención en obstetricia para las madres prematuras.[65]

4.2.1.2. Obligaciones del Estado

(1) *Garantizar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva.*

El Estado debe garantizar la educación sexual y reproductiva en las escuelas[66] como parte regular del programa de estudios,[67] así como el acceso y la difusión de información en materia sexual y reproductiva dirigida a los adolescentes y

64 Comité sobre los derechos del niño. Observación General 4.
65 Óp. Cit. Observación General 4. Párr 31.
66 Óp. Cit. Observaciones finales 2010 Párr. 26.
67 Óp. Cit. Observaciones finales. 2007 Párr. 23.

enfocada principalmente en la prevención de los embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual.[68] En vista de ello, deben elaborar y ejecutar programas que proporcionen información y acceso a los servicios de SSR donde se incluya la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo (cuando el aborto no esté prohibido).[69]

(2) Generar programas de prevención que hagan especial énfasis en las condiciones y particularidades de los adolescentes.

El Estado debe elaborar programas de prevención de la transmisión de infecciones de transmisión sexual, y adoptar medidas legislativas contra las prácticas que aumentan el riesgo de contagio o que marginalizan a los adolescentes enfermos.[70]

Asimismo, debe orientar sus programas a reducir la morbimortalidad materna y la mortalidad de las adolescentes producida especialmente por el embarazo prematuro y las prácticas de aborto peligrosas; además, deben apoyar a las madres adolescentes brindar asesoramiento y cuidados en materia de obstetricia y elaborar políticas que permitan que las adolescentes sigan con su educación.[71]

(3) Garantizar acceso oportuno y efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Los Estados deben garantizar la existencia y fácil acceso a servicios de SSR con el fin de prevenir el contagio de ITS y VIH/SIDA. En esa medida el Estado está llamado a adoptar medidas para eliminar las barreras que impiden el acceso de los adolescentes a los mecanismos de prevención y tratamiento.[72]

En el acceso a los servicios de salud, los Estados deben garantizar que a los adolescentes se les respete su derecho a la privacidad y la intimidad, que se extiende no solo a los procedimientos médicos, sino a las consultas.[73,74] Esta garantía fortalece el mandato de la autonomía de los adolescentes sobre su cuerpo y sobre las decisiones relacionadas con su salud, particularmente con su salud sexual y reproductiva.

68 Óp. Cit. Recomendación general 24. Párr 31. Véase también: Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009.
69 Ibídem.
70 Óp. Cit Observación General 4. Párr. 30.
71 Ibíd. Párr. 31.
72 Óp. Cit Observación General 4. Párr. 30.
73 Convención de los derechos del niño, art. 16.
74 Óp. Cit. Observación General 4. Párr. 39.

(4) Prevenir y atender de manera diferenciada a los adolescentes víctimas de la violencia

Por último, en relación con la violencia, los adolescentes deben estar en un ambiente saludable donde no sean víctimas de violencias ni abusos que pongan en riesgo su salud. Los adolescentes que hayan sido víctimas de violencia, tienen derecho a la recuperación física y psicológica y a la reinserción social en un entorno que fomente su salud, el respeto de sí mismo y su dignidad. El Estado debe promulgar legislaciones que prohíban y sancionen toda forma de explotación y tráfico sexual, castigo corporal y cualquier forma de trato inhumano, degradante o humillante.[75]

Obligaciones en materia de DSR frente a los adolescentes

- Los Estados tiene la obligación de garantizar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva.[1]
- Asimismo, de generar programas de prevención que hagan especial énfasis en las condiciones y particularidades de los adolescentes.[2]
- Además, deben garantizar acceso oportuno y efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.[3]
- Y prevenir y atender de manera diferenciada a los adolescentes víctimas de la violencia.[4]

[1] Óp. Cit. Observaciones finales 2010 Párr. 26; Óp. Cit. Observaciones finales. 2007 Párr. 23; Óp. Cit. Recomendación general 24. Párr 31; Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009.
[2] Óp. Cit Observación General 4. Párr. 30 y 31
[3] Veáse Óp. Cit Observación General 4. Párr. 30; Convención de los derechos del niño, art. 16; Óp. Cit. Observación General 4. Párr. 39.
[4] Óp. Cit. Observación general 4 Párr. 17.

4.2.2. Salud materna e IVE

Este tema incluye al menos tres aspectos claves de la salud sexual y reproductiva. En primer lugar, el relacionado con la maternidad segura, y la prevención de la mortalidad y morbilidad materna. En segundo lugar, el tratamiento que debe dársele al aborto en las legislaciones internas de los Estados. Y finalmente, los

75 Óp. Cit. Observación general 4 Párr. 17.

servicios que deben brindarse en aquellos países en los que es legal la interrupción voluntaria del embarazo. Para efectos de este documento, estos temas se agruparán a continuación en dos: i) salud materna; y ii) Aborto y acceso a IVE.

4.2.2.1. Derechos relacionados

En relación con la maternidad, se han reconocido varios derechos específicos en cabeza de las mujeres, que guardan una importante relación con los derechos a la vida, la salud y la igualdad, pues propenden por asegurarles las condiciones para tener una gestación, parto y postparto seguros. Entre estos, se destacan el derecho a:

- Gozar del más alto nivel de salud durante el embarazo y con posterioridad al mismo. [76]
- Acceder a los servicios de salud obstétrica que garantice la atención durante la gestación, el parto y el postparto.
- Contar con información sobre los servicios a los que tienen derecho durante el embarazo y sobre los riesgos que puedan sufrir durante el mismo.
- Ser tratadas de manera digna y no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Además, en aquellos países en donde se encuentre despenalizado el aborto total o parcialmente, las mujeres que se encuentran en estado de embarazo y que cumplan con los requisitos establecidos en el marco normativo respectivo, tienen derecho, además de no ser criminalizadas, a:

- Contar con información sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE–.
- Acceder a mecanismos y medicamentos adecuados para la práctica de la IVE, que resulten seguros, efectivos y económicos.
- Tomar decisiones libres e informadas sobre el acceso a la IVE
- Garantizar confidencialidad sobre la práctica del IVE.

76 Corte Constitucional, sentencia T-088 de 2008. M.P Jaime Araújo.

4.2.2.2. Obligaciones en relación con la salud materna

(1) Adoptar medidas para la prevención de la mortalidad y morbilidad materna.

La mortalidad materna ha sido reconocida por varios órganos internacionales de protección de los derechos humanos como una violación a los derechos a la vida, la salud y la igualdad que debe ser prevenida, enfrentada[77] y erradicada. De conformidad con esta constatación y con los instrumentos internacionales ratificados por Colombia, el Estado está llamado a adoptar medidas encaminadas a prevenir este fenómeno. Esto implica, entre otras medidas, adoptar la legislación y políticas públicas que sean necesarias para prevención la mortalidad y morbilidad materna, así como el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, enfrentando los riesgos a su salud.[78]

(2) Garantizar atención oportuna e integral en salud a la maternidad

Los Estados deben adoptar medidas para mejorar los servicios de atención en salud infantil y materna que hacen parte de la atención primaria en salud,[79] para que incluyan:

- La atención previa y posterior al parto,[80]
- Servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos
- Los servicios obstétricos de urgencia,
- El acceso a la información y los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.

Por lo tanto, los Estados deben contar con la infraestructura y recursos necesarios para atender a las mujeres gestantes y así reducir el riesgo de mortalidad materna,[81] así como asignar del máximo de recursos disponibles a ello.[82] Estos servicios médicos deben incluir servicios de salud materna que enfrenten adecuadamente las necesidades particulares de las mujeres.[83]

77 Véase, Consejo de Derechos Humanos, Res. 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. Disponible en: **http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf**
78 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14. Párr. 21.
79 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, *Conferencia de Alma-Ata* URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Párr. VII.
80 Organización Internacional del Trabajo, Convenio 103, art. 4, numeral 3.
81 Comité de la CEDAW. Recomendación General 24. Párr. 36.
82 Ibíd. Párr. 27.
83 Comité de la Cedaw, caso Alyne da Silva Pimentel c. Brasil, Comunicación Nro. 17/2008

4.2.2.3. Obligaciones en relación con el aborto y la IVE

(1) Adecuar la legislación interna para evitar violaciones a los derechos humanos de las mujeres, en virtud de la prohibición total del aborto.

Los Comités de la ONU han conocido de múltiples casos en los cuales se han debatido las implicaciones de la prohibición y criminalización del aborto sobre los derechos de las mujeres. En estos, se ha considerado que la prohibición total del mismo constituye una violación a derechos humanos fundamentales, y puede incluso constituir una forma de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.[84]

Además, frente a la regulación interna del aborto, los sistemas internacionales de protección de derechos humanos han entendido que los Estados pueden legítimamente despenalizarlo en algunas o en todas las circunstancias, sin que esto constituya una violación al derecho a la vida.[85]

De hecho, la descriminalización de la práctica del aborto ha sido vista por las instancias internacionales de protección de los derechos humanos como una obligación de los Estados, al menos en los casos extremos en los que la penalización vulnera derechos de la mujer. En este sentido, el relator de Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud ha manifestado que las «*leyes penales que castigan y restringen el aborto inducido son el ejemplo paradigmático de las barreras inaceptables que impiden a las mujeres ejercer su derecho a la salud y, por consiguiente, deben eliminarse*».[86] Para el relator, dichas leyes atentan gravemente contra los derechos a la autonomía y dignidad de las mujeres, y genera efectos nocivos contra su salud, y por ello, violan las obligaciones internacionales de los Estados en la materia.

De acuerdo con lo anterior, los pronunciamientos internacionales que interpretan el alcance de los DSR hacen entonces un llamado a los Estados para que enmienden la legislación que castigue el aborto, con el fin de abolir las medidas

84 Véase, entre otros, Comité de Derechos Humanos, Caso K.L v. Perú. 2005; Caso L.M.R. v. Argentina. 2007; y Comité de la Cedaw, Caso L.C. v. Perú, 2009.

85 Por ejemplo, en el caso Baby boy vs. Estados Unidos, la Comisión IDH analizó el alcance del artículo 4 de la Convención Americana, en el cual se define el derecho a la vida como: «*Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción*». En su decisión, la Comisión recurrió a un análisis histórico y sistemático de la Convención, en virtud del cual estableció que en los debates que dieron origen a su adopción no fue claro que se quisiera proteger la vida desde la concepción. Al contrario, dado que algunos países tenían leyes que no eran acordes con el derecho a la vida desde la concepción porque, por ejemplo, aceptaban el aborto cuando es necesario para salvar la vida de la madre, optaron por no proteger fuertemente la vida desde la concepción. Por ello, se decidió adoptar el término «en general» para permitir, en algunos casos, la protección desde la concepción, pero también autorizar excepciones. Por lo tanto, las leyes que permiten el aborto en algunos países resultan ajustadas a la CADH.

86 Véase, Asamblea General, A/66/254. 3 de Agosto de 2011.

impuestas a mujeres que se hayan sometido a esta práctica,[87] y garantizar así los derechos a la autonomía y dignidad de las mujeres.

(2) Garantizar el acceso a servicios de salud de manera oportunidad y efectiva para la interrupción Voluntaria del embarazo

Dentro de las principales causas de la mortalidad materna se encuentran los abortos realizados en condiciones inseguras. Frente a esto, los Estados debe garantizar el acceso a procedimientos no riesgosos.[88] En este sentido, en los casos en los que el aborto es legal, el Estado debe garantizar que las mujeres que quieran interrumpir su embarazo *puedan acceder a ese tipo de servicios, entre otras cosas, aclarando las responsabilidades del personal de salud pública.*[89]

Adicionalmente debe garantizar que la normativa y las directrices en relación con la IVE legal se apliquen y que los prestadores del servicio sean conscientes de sus obligaciones y así se reduzca el riesgo de complicaciones por abortos realizados por fuera del sistema de salud y se reduzca la mortalidad materna.[90]

Al respecto, los prestadores de servicios de salud deben tener habilitado el servicio, y asegurar su prestación en condiciones de calidad y salubridad.[91] En caso de que se presente objeción de conciencia -que sólo puede ser invocada de manera individual por personas naturales, que deben ser quienes presten de manera directa el servicio-,[92] los prestadores del servicio deben contar con sistemas de referencia que les permitan a las mujeres ser remitidas a los centros en donde puedan acceder a los servicios médicos correspondientes.[93]

(3) Remover los obstáculos para el acceso a la IVE.

En un escenario donde la interrupción voluntaria del embarazo sea legal –incluso si lo es solo bajo algunas causales–, el Estado debe garantizar a las mujeres que quieran o necesiten acceder a los procedimientos de IVE, el acceso a los servicios más adecuados. Esto incluye la remoción de obstáculos que dificultan el acceso a los servicios, entre los que se encuentra el uso arbitrario de la objeción de conciencia, la exigencia de requisitos excesivos para acceder a los servicios y los problemas con la referencia entre redes de servicios de las mujeres.[94]

87 Óp. Cit. Recomendación General 24 Párr. 31.
88 Comité de la CEDAW, Observaciones finales a los informes periódicos quinto y sexto combinados de Colombia. 2007.
89 Óp. Cit Observaciones finales 2007 Párr. 23.
90 Ibídem.
91 Véase, Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009.
92 Véase, Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006.
93 Véase, Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009.
94 Al respecto ver: Corte Constitucional, sentencias: C-355 de 200, T-988 de 2007, T-209 de 2008, T-946 de 2008, T-388 de 2009, T-585 de 2010 y T-841 de 2011.

Frente a estos obstáculos, el Estado tiene la obligación de implementar todas las medidas necesarias, tanto de carácter legislativo como administrativo, para enfrentarlos y removerlos. De no hacerlo se violarían derechos reconocidos en el PIDCP y en la CADH como el derecho a la vida (Art. 6 y Art. 4), estar libre de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (Art. 7 y Art. 5) y el derecho a la intimidad (Art. 17 y Art. 11-2),[95] así como el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud reconocido en el PIDESC, la CEDAW y el Protocolo de San Salvador (Art. 14, Art. 12 y Art. 10) y la protección a la maternidad (art. 43 de la Constitución).

(4) No imponer requisitos adicionales para la práctica de la IVE

Interpretando armónicamente el alcance de los DSR de las mujeres, y la forma como han sido desarrollados por instancias internacionales de protección de los derechos humanos, la Corte Constitucional Colombiana ha establecido que cuando una mujer se encuentra en uno de los tres casos en los cuales ha sido despenalizado el aborto en Colombia, los prestadores de los servicios de salud no pueden imponer requisitos adicionales a los definidos por la jurisprudencia constitucional. En este sentido, no podrían:

1. Frente a la causal violencia, solicitar requisitos adicionales a la denuncia de los hechos.[96]

2. Frente a las causales: i) peligro para la salud física y mental de la mujer; y ii) malformación o enfermedad del feto incompatible con la vida extrauterina, solicitar requisitos adicionales al concepto médico.[97]

95 Comité de Derechos Humanos, Caso K.L v. Perú. 2005.
96 Véase, Corte Constitucional, sentencia T-946 de 2008.
97 Véase, Corte Constitucional, sentencia T-988 de 2007.

Obligaciones en materia de maternidad, aborto e IVE

- Adoptar medidas para la prevención de la mortalidad y morbilidad materna.[1]
- Garantizar atención oportuna e integral en salud a la maternidad.[2]
- Adecuar la legislación interna para evitar violaciones a los derechos humanos de las mujeres, en virtud de la prohibición total del aborto.[3]
- Garantizar el acceso a servicios de salud de manera oportunidad y efectiva para la interrupción Voluntaria del embarazo.[4]
- Remover los obstáculos para el acceso a la IVE.[5]
- No imponer requisitos adicionales para la práctica de la IVE.[6]

[1] Véase, Consejo de Derechos Humanos, Res. 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. Disponible en: http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf
Y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14. Párr. 21.

[2] Véase la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, *Conferencia de Alma-Ata* URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Párr. VII. La Organización Internacional del Trabajo, Convenio 103, art. 4, numeral 3. El Comité de la CEDAW. Recomendación General 24. Párr. 36. El Comité de la Cedaw, caso Alyne da Silva Pimentel c. Brasil, Comunicación Nro. 17/2008.

[3] Véase, entre otros, Comité de Derechos Humanos, Caso K.L v. Perú. 2005; Caso L.M.R. v. Argentina. 2007; el Comité de la Cedaw, Caso L.C. v. Perú, 2009; el caso Baby boy vs. Estados Unidos y la Asamblea General, A/66/254. 3 de Agosto de 2011.

[4] Ver Comité de la CEDAW, Observaciones finales a los informes periódicos quinto y sexto combinados de Colombia. 2007; Corte Constitucional, sentencias T-388 de 2009 y C-355 de 2006.

[5] Ver los derechos reconocidos en el PIDCP y en la CADH como el derecho a la vida (Art. 6 y Art. 4), estar libre de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes (Art. 7 y Art. 5) y el derecho a la intimidad (Art. 17 y Art. 11-2), así como el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud reconocido en el PIDESC, la CEDAW y el Protocolo de San Salvador (Art. 14, Art. 12 y Art. 10) y la protección a la maternidad (art. 43 de la Constitución).

[6] Véase Corte Constitucional, sentencias T-946 de 2008 y T-988 de 2007.

4.2.3. Anticoncepción

Este es uno de los temas centrales en materia de DSR, pues la posibilidad de acceder a medicamentos y mecanismos anticonceptivos puede repercutir de manera significativa en el embarazo adolescente, el aborto y la mortalidad materna.[98]

98 Véase, Center for Reproductive Rights, UNFPA, «ICDP and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN teatry bodies and legal reform. Center for Reproductive Rights, 2013. Sección II: contraceptive information and services.

4.2.3.1. Derechos relacionados con la anticoncepción

Todas las personas tienen derecho a contar con medicamentos y mecanismos de anticoncepción. Este se deriva, por una parte, de la consagración directa del derecho de las mujeres a acceder a servicios de atención médica que le permitan garantizar la anticoncepción y planificación familiar;[99] y por la otra, del derecho que tienen tanto los hombres como las mujeres de decidir de manera libre, autónoma y sin coerciones, cuántos hijos quieren tener, en qué momento y el espaciamiento entre estos.[100] De este reconocimiento se derivan a su vez otros derechos, entre los que se destacan:

- El derecho a que exista y se brinde información que permita tomar decisiones libres e informadas sobre la reproducción.
- El derecho de acceder a servicios médicos que permitan asegurar la anticoncepción.
- El derecho a que haya disponibilidad de medicamentos y mecanismos anticonceptivos.
- El derecho a no recibir interferencia en las decisiones reproductivas de los individuos.[101]
- Derecho a que no sea obstaculizada la decisión de ser padres o madres.

4.2.3.2. Obligaciones del Estado y los prestadores de salud en relación con la anticoncepción

(1) Producir y brindar información sobre los servicios de salud relacionados con la anticoncepción

El estado debe garantizar que las personas tengan acceso a la información adecuada que les permitan conocer y tomar una decisión libre e informada en relación con su reproducción.[102] Esta información incluye clases de educación sexual,[103] conocimiento sobre los métodos de anticoncepción y acceso efectivo a todos los métodos, incluida la anticoncepción de emergencia, como un servicio de atención primaria en salud.[104]

99 Cedaw, artículo 12.1
100 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. Párr. 8.
101 Ibídem.
102 Ibíd. Además, el art. 12 de la CEDAW y la Recomendación General 24 del Comité de esa convención, reconocen el mismo derecho.
103 Comité DESC. Observaciones Finales al informe del Estado colombiano. 2010. Párr. 26.
104 Óp. Cit Conferencia de Alma-Ata.

Existe además un deber de información reforzado en relación con las personas que puedan tener mayores dificultades para acceder a ella y se encuentren en condiciones particulares de vulnerabilidad, como las mujeres campesinas, con el fin de que tengan conocimiento efectivo y puedan acceder a ellos. Esto permite garantizar el acceso y uso efectivo de los métodos de anticoncepción y de paso, ayuda a reducir el número de embarazos no deseados.[105]

(2) Prohibición de interferencia en las decisiones reproductivas

El Estado debe abstenerse de intervenir en las decisiones relacionadas con la reproducción de las personas. Esto incluye, no limitar el acceso a métodos anticonceptivos ni a las técnicas médicas que faciliten materializar la decisión de tener hijos o la IVE. Entonces, las personas además de tener el derecho a conocer y elegir usar un método anticonceptivo, también tienen derecho a que no se vea obstaculizada su decisión de ser madres o padres,[106] en virtud del derecho a la autonomía personal, a la intimidad y a la privacidad.

En este sentido, el Estado no puede limitar el acceso a tecnologías médicas que faciliten la reproducción en los casos donde las personas tienen dificultades para procrear. Sin embargo, esto no significa que tenga el deber de dar a quienes padecen problemas para reproducirse el acceso a todo tipo de técnicas médicas, pues la protección a estas decisiones se limita al ámbito de la no interferencia y el acceso a los tratamientos y medicamentos básicos, como los anticonceptivos o los exámenes de diagnóstico de la infertilidad.[107] De esto se concluye que, el Estado no puede limitar el acceso a los servicios y tecnologías médicas que le permitan a los sujetos materializar su decisión libre y responsable de reproducirse.[108]

La garantía de no interferencia permite que se materialicen otros derechos reconocidos en el bloque de constitucionalidad, como la autonomía,[109] el derecho a la intimidad y la protección de la familia[110] y el derecho a la salud[111]; además permite que se incorporen las recomendaciones hechas en las Observaciones Generales de los Comités y en las Observaciones finales de los informes periódicos presentados por Colombia.

105 Comité CEDAW. Observaciones Finales a los informes periódicos quinto y sexto combinados del Estado colombiano. 2007. Párr. 23.
106 Óp. Cit. Observación General 14 Párr 21.
107 Ver entre otras: Corte Constitucional sentencias: T-1104 de 2000, T-572 de 2002, T-946 de 2007, T-870 de 2008, T-890 de 2009, T-310 de 2010, T-633 de 2010.
108 Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Artavia Murillo y otros c. Costa Rica. Sentencia, fondo, reparaciones y costas.
109 Véase, artículo 16 Constitución Nacional.
110 Véase, artículos 15 y 42 de la Constitución, 17 del PIDESC y de la CADH.
111 Véase, artículos 14 del PIDESC, 12 de la CEDAW, y 10 del Protocolo de San Salvador.

(3) Garantizar las condiciones para la toma decisiones voluntarias, libres e informadas en relación con la anticoncepción

El Estado debe garantizar que las personas puedan tomar decisiones libres e informadas sobre su propia anticoncepción. Esto implica producir información adecuada y suficiente sobre los métodos existentes y a los cuales se puede acceder.

Cuando una persona no cuente con el pleno de sus capacidades para tomar decisiones en razón a que se encuentra en situación de discapacidad cognitiva, el Estado debe prestar una protección especial a estos sujetos. Dicha protección está orientada a garantizar el nivel más alto de prevalencia de la autonomía, teniendo en cuenta aspectos como la posibilidad de que la persona dé su consentimiento informado en el futuro y la evaluación de la condición de discapacidad por profesionales que le permitan determinar a un juez el nivel de afectación de los derechos de estas personas cuando acceden a servicios de salud reproductivos, como la esterilización.[112]

(4) Garantizar el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos y a los servicios médicos que resulten necesarios para la anticoncepción

Además de la no interferencia también incluye la garantía que debe ofrecer el Estado para que se pueda ejercer de manera plena el derecho a tomar decisiones sobre la propia reproducción, incluido el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos para reducir o eliminar el segundo y tercer embarazo adolescente.[113]

Esta obligación incluye el deber de eliminar los obstáculos que puedan afectar el acceso a la anticoncepción, como los altos costos, el requisito de estar casado, la autorización de una tercera parte, etc.[114]

112 Al respecto ver: Corte Constitucional, sentencias T-850 de 2002, T-248 de 2003, T-492 de 2006 y T-1119 de 2006.
113 Comité DESC, Observación General 14.
114 Comité Cedaw, Recomendación General 24.

Obligaciones en materia de anticoncepción

- Los Estados deben producir y brindar información sobre los servicios de salud relacionados con la anticoncepción.[1]
- Los Estados deben garantizar las condiciones para tomar decisiones libres e informadas en relación con la anticoncepción.[2]
- Los Estados tienen la prohibición de interferencia en las decisiones reproductivas.[3]
- Los Estados deben garantizar el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos y a los servicios médicos que resulten necesarios para la anticoncepción.[4]

[1] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14. Párr. 8, el Artículo 12 de la CEDAW y la Recomendación General 24 del Comité de esa convención.
[2] Ver Corte Constitucional, sentencias T-850 de 2002, T-248 de 2003, T-492 de 2006 y T-1119 de 2006.
[3] Óp. Cit. Observación General 14 Párr 21.
[4] Comité DESC, Observación General 14.

4.2.4. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/Sida

4.2.4.1. Derechos relacionados

En relación con las ITS, surgen dos tipos principales de derechos. Aquellos de los que son titulares todas las personas, y que tienen que ver fundamentalmente con la prevención, y aquellos de los cuales son titulares las personas que son portadoras de dichas infecciones. Los derechos generales incluyen el derecho a:

- Conocer y recibir atención en salud preventiva en relación con las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA,
- Recibir información en relación con estas infecciones y su prevención.

Los derechos de los cuales son titulares las personas que padecen infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida, incluyen el derecho a:

- Acceder efectivamente a los tratamientos y medicamentos necesarios para curar o tratar las infecciones y en el caso del VIH/SIDA, también atender las afecciones oportunistas que se dan como resultado del virus.[115]

115 Óp.Cit. Observación General 3 Párr. 20 y 28.

- No ser discriminados en razón de su condición médica, ni al momento de solicitar los servicios de salud, ni en otras esferas de su vida.

En el caso colombiano, el tratamiento dado en la jurisprudencia a las personas con VIH/SIDA ha estado más orientado al acceso efectivo al sistema de salud.[116] En tal sentido, se ha establecido, en primer lugar, que estas personas son sujetos de especial protección por parte del Estado, que tienen el derecho a acceder a los servicios de salud sin ningún tipo de discriminaciones que se fundamenten en prejuicios sobre la forma de contagio de la infección.[117]

Asimismo, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reiterado lo dicho en las Observaciones Generales de los organismos internacionales (a las que ya hicimos referencia) en relación con el deber del Estado de garantizar el acceso efectivo a los establecimientos, bienes y servicios de salud y la oferta de programas eficaces de prevención y educación para evitar la propagación del virus a través de la promoción de comportamientos saludables relacionados con la salud sexual y genésica.[118] En el mismo sentido, debe promover el acceso a los servicios y debe velar por la prestación ininterrumpida de los tratamientos de la enfermedad y de las afecciones oportunistas que padecen como consecuencia del VIH/SIDA.[119]

4.2.4.2. Obligaciones del Estado

(1) Prevenir la propagación de ITS y/o VIH/SIDA

El Estado debe implementar programas de prevención y educación sobre las afectaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA.[120] En este sentido, por ejemplo, debe implementar medidas que permitan evitar la posible transmisión del virus de madres a hijos, como: i) la prevención primaria de la infección en los futuros progenitores, ii) la prevención de los embarazos no deseados en mujeres seropositivas, iii) la prevención de la transmisión del virus de las mujeres infectadas a sus hijos y iv) la prestación de cuidados, tratamiento y apoyo a las mujeres infectadas, a sus lactantes y familias. Dentro de estas, se incluye el asesoramiento a las mujeres en las opciones de alimentación a su hijo o hija y el apoyo en la aplicación de la opción escogida.[121]

116 Al respecto, véase: González, Ana Cristina y Durán, Juanita, «Impact of Court Rulings on Health Care Coverage: The case of HIV/AIDS in Colombia», en Medic Review, July 2911. Vol. 13. No. 13.
117 Corte Constitucional, sentencia T-1285 de 2005 M.P Clara Inés Vargas.
118 Óp. Cit.
119 Entre otras ver, Corte Constitucional sentencias T-916 de 2006, T-626 de 2011.
120 Ibídem.
121 Óp. Cit. Recomendación General 3. Párr. 25.

(2) Incorporar un enfoque diferencial en el diseño de programas y la atención en salud en materia de ITS y VIH/SIDA

En especial, dada la mayor vulnerabilidad por los arreglos de género y las relaciones de poder, el Estado tiene la obligación de intensificar las medidas educativas para que mujeres y niños conozcan el riesgo de contagio de las ITS y el VIH/SIDA, al tiempo que los programas de atención deben poner especial cuidado a las necesidades de estos grupos poblacionales.[122]

(3) Garantizar el acceso de los pacientes con ITS y/o VIH/SIDA a los servicios de salud diseñados para enfrentar dichas infecciones

El Estado debe promover y facilitar el acceso a la infraestructura y los medicamentos necesarios para tratar a los pacientes seropositivos y con infecciones de transmisión sexual.

(4) Garantizar una protección reforzada de las personas seropositivas

El cumplimiento de las obligaciones del Estado, se reconoce a las personas portadoras del VIH y a las que padecen SIDA, como sujetos vulnerables de especial protección constitucional ya que i) padecen discriminaciones constantes y ii) la naturaleza de su inrección (catastrófica), los pone en especial situación de vulnerabilidad. En vista de estas dos condiciones y de que esta infección produce un acelerado deterioro en la salud de quienes la padecen (sin acceso a tratamiento) y, consecuentemente, el riesgo de muerte de los pacientes se incrementa cuando estos no reciben el tratamiento adecuado de forma oportuna, es deber del Estado proteger integralmente a los afectados.[123]

La atención integral incluye el acceso a los medicamentos antiretrovirales, la atención de las infecciones oportunistas causadas por el virus y el acceso en general, a los establecimientos y servicios de salud que requieran. El acceso, debe darse sin ninguna traba administrativa y las autoridades de las EPS e IPS deben atender a los pacientes teniendo en cuenta la protección reforzada de que gozan y la particular gravedad de la infección que padecen.[124]

122 Comité CEDAW. Recomendación General 15. Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). 1990.
123 Corte Constitucional, sentencia T-262 de 2012. M.P Jorge Iván Palacio. Reiteración de jurisprudencia.
124 Corte Constitucional, sentencia T-700 de 2011 M.P Jorge Ignacio Pretelt. Reiteración de jurisprudencia.

(5) Desarrollar medidas destinadas a combatir la discriminación en contra de los pacientes con ITS y/o VIH/SIDA

El Estado debe disponer de los recursos necesarios para implementar medidas que combatan la discriminación en contra de estos pacientes, con el fin de que no se vean limitados sus otros derechos.[125] El Estado debe velar por el trato humano y digno que merecen los pacientes seropositivos, puesto que como lo ha reconocido, «[s]*u enfermedad los hace particularmente vulnerables a todo tipo de segregación social, sexual, económica y laboral, convirtiéndolos en una población propensa a ver vulnerada su dignidad y sus derechos a la igualdad, intimidad, salud, seguridad social y trabajo.*»[126]

Obligaciones en materia de infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida

- Lo Estados tienen la obligación de prevenir la propagación de ITS y/o VIH/SIDA.[1]
- Asimismo, de incorporar un enfoque diferencial en el diseño de programas y la atención en salud en materia de ITS y VIH/SIDA.[2]
- También de garantizar el acceso de los pacientes con ITS y/o VIH/SIDA a los servicios de salud diseñados para enfrentar dichas infecciones y a una protección reforzada para estas personas.[3]
- Y finalmente, de desarrollar medidas destinadas a combatir la discriminación en contra de los pacientes con ITS y/o VIH/SIDA.[4]

[1] Ver Corte Constitucional sentencias T-916 de 2006, T-626 de 2011. Y Óp. Cit. Recomendación General 3. Párr. 25.
[2] Comité CEDAW. Recomendación General 15.
[3] Ver Corte Constitucional, sentencias T-262 de 2012 y T-700 de 2011
[4] Ver artículo 24 de la CADH; Corte Constitucional, sentencia T-1285 de 2005 M.P Clara Inés Vargas.

4.2.5. Violencia sexual y basada en género

4.2.5.1. Derechos reconocidos

Al concebir la salud como un concepto amplio, que involucra no solo la ausencia de dolencias, sino el más alto nivel de bienestar físico y mental, la violencia se convierte en un fenómeno que afecta la posibilidad de conseguir dicho nivel de

125 Véase, entre otros, artículo 24 de la CADH
126 Véase, Corte Constitucional, sentencia T-1285 de 2005 M.P Clara Inés Vargas.

bienestar. Además, ha sido reconocida como una de las manifestaciones más extremas de la discriminación, y por ello los Estados están llamados a erradicarla. Este fenómeno, tiene un impacto diferenciado en sujetos vulnerables, como las mujeres, los niños y las niñas, los y las adolescentes y los adultos mayores. En esta sección del documento no sistematizamos todos los estándares que se han desarrollado en relación con la violencia de género, sino solo aquellas que tienen relación con el sistema de salud. En este sentido, se destacan varios derechos:

- El derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencias.[127]

- El derecho de las víctimas de la violencia a recibir la atención necesaria que les permita rehabilitarse. Esto incluye la atención en salud, la atención psicosocial, la sanción al agresor, entre otros aspectos.[128,]

- El derecho a recibir una reparación por las afectaciones resultado de la violencia,[129] lo cual incluye, pero no se reduce a la indemnización, y se extiende a la rehabilitación. En muchas ocasiones esta pasa por el sistema de salud.

Las situaciones de violencia sexual y doméstica, desconocen el derecho a la vida (art. 6 del PIDCP, 4 de la Convención Americana y 11 de la Constitución Nacional) y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes (art. 7 del PIDESC, 5 de la CADH y 12 de la Constitución) y tiene especialmente, un impacto diferencial en la vida de las mujeres, que ha sido reconocido en diferentes casos conocidos por tribunales nacionales e internacionales.[130]

4.2.5.2. Obligaciones

(1) Prevención de las situaciones de violencia

En desarrollo del enfoque de género, uno de los objetivos del Estado al reconocer y atacar los principales riesgos que afectan la salud de las mujeres, es protegerla de la violencia en su contra,[131] lo que implica que además de la protección, sancionar a los agresores.[132] Esto incluye la obligación de implementar medidas que ataquen la violencia y los malos tratos en la familia, la violación, los ataques sexuales y otro tipo de violencia.[133]

127 Convención de Belém do Pará, artículos 3 y 4.
128 Ibídem.
129 Corte Constitucional, sentencias T-045 de 2010 y C-776 de 2010.
130 Al respecto ver: Sistema Interamericano: **http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/decisiones/corteidh.asp**, Sistema Europeo: **http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Violence_Woman_ENG.pdf** y para los Comités del Sistema Universal: Comité CEDAW: A.T. v. Hungary. Y del Comité contra la tortura: Pauline Muzonzo Paku Kisoki v. Sweden.
131 Óp. Cit. Observación General 14. Párr. 16.
132 Ibíd. Párr. 51.
133 Comité de la CEDAW. Recomendación General 19. La violencia contra la mujer. 1992.

El Estado debe prevenir las formas de violencia que atacan particularmente a las mujeres, como la circuncisión femenina. Sobre este punto, las políticas de salud deben incluir estrategias orientadas a erradicar la circuncisión femenina de los programas de atención de la salud pública y a ofrecer al personal sanitario capacitación que les permita comprender su responsabilidad en los perjuicios que esta práctica involucra.[134]

(2) Acceso a medidas de protección y atención

Como las víctimas de violencia tienen derecho a la atención, se debe capacitar a los funcionarios judiciales y de salud para que proporcionen a las víctimas protección y apoyo apropiados, a través de programas de educación y de información que ayuden a suprimir prejuicios que obstaculizan el ejercicio de los derechos de las víctimas, particularmente de las mujeres.[135] Adicionalmente, el Estado debe permitir el acceso efectivo por parte de las personas a las instituciones del Estado, con el fin de que puedan conseguir asesoría y acceso a los programas de rehabilitación y apoyo.[136,137,138]

Obligaciones en materia de violencia sexual y basada en género

- Los Estados deben prevenir y atacar los principales riesgos que afectan la salud de las mujeres, lo cual incluye la obligación de prevenir las situaciones de violencia y la sanción de los agresores.[1]
- Los Estados tienen la obligación de capacitar a los funcionarios judiciales y de salud, de tal forma que puedan brindar a las mujeres víctimas de violencia atención integral en condiciones de calidad y sin barreras en el acceso.[2]

[1] Véase Óp. Cit. Observación General 14. Párr. 16 y 51; Comité de la CEDAW. Recomendación General 19. La violencia contra la mujer. 1992.
[2] Véase Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer - Convención Belem do Pará. Literal d, artículo 8; Óp. Cit. Recomendación General 24 Párr. 24.

134 Comité CEDAW. Recomendación General 14. Circuncisión femenina. 1990.
135 Ibídem.
136 Ibídem.
137 Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer - Convención Belem do Pará. Literal d, artículo 8.
138 Óp. Cit. Recomendación General 24 Párr. 24.

5. Sobre las normas que se encuentran en la recopilación normativa

En este apartado hacemos una breve introducción al tipo de normas que pueden encontrase en la recopilación normativa, con especial énfasis en las relaciones que se presentan entre ellas y quiénes las emiten. El punto de partida de esta presentación es que todas las normas incluidas en la recopilación son jurídicamente vinculantes, en la medida en que hacen parte del derecho y están vigentes. Por tanto, todas deben ser aplicadas por los operadores del sistema de salud. Sin embargo, hay algunas que resultan más importantes que otras, y que deben ser aplicadas de preferencia, pues son jerárquicamente superiores. Esto se debe, como explicaremos a continuación, a que el sistema jurídico colombiano es un orden escalonado o jerárquico de normas. Por ello, en caso de conflictos entre normas, uno de los criterios fundamentales para resolverlos es el jerárquico, y así, por ejemplo, si el contenido de un decreto contradice una ley, deberá prevalecer la segunda.

Esta sección se divide en tres partes. La primera explica por qué el sistema jurídico colombiano es un orden escalonado de normas, y cuál es el fundamento normativo de esta afirmación. La segunda explica cuáles son las normas que hacen parte de ese orden jerárquico y cómo están organizadas. La tercera se refiere específicamente al tipo de normas que regulan la salud sexual y reproductiva en Colombia, y ofrece una explicación gráfica de las relaciones de jerarquía que se establecen entre ellas.

5.1. El sistema jurídico colombiano como un ordenamiento jerárquico de normas

La unidad, coherencia y armonía de un sistema jurídico depende del criterio jerárquico que este disponga. Para el caso colombiano, se estableció que la norma de mayor jerarquía sería la Constitución Política, y que de ella se desprendería la validez de las demás normas del ordenamiento, razón por la que cualquier disposición que pretenda ser legal dentro del ordenamiento debe estar de acuerdo con la Carta Política. Dicha sujeción permite la coherencia interna del sistema y la armonía del mismo en la medida que establece un orden regulador de situaciones de hecho conforme a un sistema axiológico (C-037 de 2000).

> *«No todas las normas jurídicas de un ordenamiento tienen la misma jerarquía. Existe entre ellas una estratificación, de suerte que las normas descendentes deben sujetarse en su fondo y en su forma a las normas*

superiores. La no conformidad de una norma con sus superiores jerárquicas la convierten en derecho positivo susceptible de ser retirado del ordenamiento, que tiene la virtud incluso de hacer desaparecer del mundo jurídico la norma así imperfectamente expedida mediante los controles pertinentes. La Constitución es la primera de las normas. Es por ello que cualquiera otra norma jurídica, así sea expedida por el operador jurídico más modesto de la República, debe sujetarse en primer lugar a la Constitución.» (Sentencia C-131 de 1993)

De forma pedagógica, podemos tomar el ejemplo del teórico del derecho Hans Kelsen[139] y graficar una pirámide que tenga en su cúspide la Carta Política. A su vez, el cuerpo estaría conformado por leyes, decretos, ordenanzas, acuerdos y demás disposiciones ubicadas de forma descendente de acuerdo al orden de primacía impuesto por la constituyente o el legislador. De esa forma, la pirámide sería el sistema y su armonía y coherencia interna dependerían de la sujeción de todas las disposiciones a la de mayor jerarquía, es decir, a la Carta Fundamental. Si bien el ejemplo carece de exactitud, pues dentro del ordenamiento jurídico colombiano no existe una disposición que establezca tal orden y en consecuencia en algunos casos no es claro qué jerarquía reviste cada norma, es útil en la medida que permite imaginar un sistema jerárquico, coherente y armónico como lo dispone la Corte.

5.2. Las relaciones de jerarquía entre las normas

Del articulado de la Constitución Política de Colombia puede deducirse la existencia de normas de rango superior que suponen la sujeción de otras de rango inferior. En primer lugar, el artículo 4º de la Carta señala *«La Constitución es norma de normas. En todo caso de incompatibilidad entre la Constitución y la ley u otra norma jurídica, se aplicarán las disposiciones constitucionales»,* es decir, cualquier norma emanada del ordenamiento jurídico debe estar de acuerdo con la Constitución Política por tener el rango más alto y en cualquier caso de contradicción, prevalecerán las disposiciones constitucionales. En el mismo sentido, el artículo 241 dispone que será a la Corte Constitucional a quien se le confíe la guarda de la integridad y supremacía de la Constitución, asimismo, el artículo 237 numeral 3 le da al Consejo de Estado la competencia para actuar como cuerpo supremo consultivo del Gobierno en asuntos de administración, limitando su actuación a lo que la Constitución y las leyes determinen. Así las cosas, las disposiciones citadas muestran que «las supremacía de las normas

139 Hans Kelsen es un jurista filósofo alemán, reconocido como el teórico más importante dentro de la escuela del positivismo, el cual sustenta su teoría en la pirámide normativa y la jerarquía de normas. Ver por ejemplo su texto «Teoría Pura del Derecho».

constitucionales es indiscutible» (C-037 de 2000), y en esa medida, ocupan el primer lugar dentro de la jerarquía del ordenamiento jurídico.

Al mismo nivel se encuentran las disposiciones del derecho internacional que hacen parte del Bloque de Constitucionalidad. Como indicamos en la segunda parte de este documento, se trata de normas que por remisión expresa de la propia Constitución, tienen rango constitucional y por tanto cuentan con misma jerarquía.

Asimismo, la Corte Constitucional ha sostenido que las motivaciones de las sentencia de tutela tienen fuerza vinculante cuando guardan directa relación con la parte resolutiva, a esto se le llama la *ratio decidendi.*[140] Es decir, además de las disposiciones de la Carta Política, tienen rango superior los pronunciamientos del Tribunal Constitucional en la parte resolutiva de la sentencia y los conceptos consignados que guarden una relación estrecha, directa e inescindible con la dicha parte. Así, es de obligatoria aplicación «la argumentación que se considere absolutamente básica, necesaria e indispensable para servir de soporte directo a la parte resolutiva de las sentencias y que incida directamente en ella.» (Sentencia C-037 de 1996). En efecto, no es una opción sino una obligación para quienes administran justicia respetar el precedente constitucional en los términos señalados.

> *Providencias ulteriores, han reconocido naturalmente además el valor vinculante de la ratio decidendi en materia de tutela. De hecho, se ha concluido que en caso de discrepancia entre otras autoridades y esta Corporación frente a interpretaciones constitucionales, prevalecen las consideraciones fijadas por la Corte Constitucional en razón de su competencia de guarda de la supremacía de la Carta. «en caso de que exista un conflicto en torno al alcance de una disposición constitucional entre el desarrollo normativo expedido por el Congreso y la interpretación efectuada por la Corte, prevalece la interpretación de esta última, por cuanto ella es la guardiana de la Carta, y por ende su interpretación constitucional funge como auténtica dentro del ordenamiento jurídico colombiano». Puede concluirse que la ratio decidendi de los fallos de tutela resulta vinculante*

140 *En el análisis de un caso deben confluir los siguientes elementos para establecer hasta que punto el precedente es relevante o no: (i) En la ratio decidendi de la sentencia se encuentra una regla relacionada con el caso a resolver posteriormente. (ii) La ratio debió haber servido de base para solucionar un problema jurídico semejante, o a una cuestión constitucional semejante. (iii) los hechos del caso o las normas juzgadas en la sentencia anterior deben ser semejantes o plantear un punto de derecho semejante al que debe resolverse posteriormente. En este sentido será razonable que «cuando en una situación similar, se observe que los hechos determinantes no concuerdan con el supuesto de hecho, el juez esté legitimado para no considerar vinculante el precedente». Estos tres elementos hacen que una sentencia anterior sea vinculante y, en esa medida, que se constituya en un precedente aplicable a un caso concreto. De allí que se pueda definir el precedente aplicable, como aquella sentencia anterior y pertinente cuya ratio conduce a una regla - prohibición, orden o autorización- determinante para resolver el caso, dados unos hechos y un problema jurídico, o una cuestión de constitucionalidad específica, semejantes.*

para los jueces. La razón del valor vinculante de la ratio decidendi en materia de tutela, es asegurar la unidad en la interpretación constitucional en el ordenamiento y un tratamiento en condiciones de igualdad frente a la ley, por parte de las autoridades judiciales, que asegure la seguridad jurídica. (Sentencia T- 292 de 2006)

Por debajo de la Constitución Política y de los pronunciamientos de la Corte Constitucional, pero con un lugar prevalente dentro de la escala normativa del sistema jurídico colombiano, se encuentran las leyes expedidas por el Congreso de la República.[141] La anterior premisa se desprende de diversas disposiciones, entre ellas se encuentra el artículo 189 y el 237 de la Carta Política. La primera de estas impone al Presidente de la República el deber de «Promulgar las leyes, obedecerlas y velar por su estricto cumplimiento» (Artículo 10) y «Ejercer la potestad reglamentaria, mediante la expedición de los decretos, resoluciones y órdenes necesarios para la cumplida ejecución de las leyes.» (Artículo 11), disposiciones que obligan a que los actos administrativos de contenido normativo obedezcan y se sujeten a la ley (C-037 de 2000). Y el citado artículo 237 en su numeral 3º que requiere al Consejo de Estado someter sus actos administrativos al imperio de la ley.[142]

En un tercer escalafón tendríamos las disposiciones emanadas por las entidades territoriales. Departamentos y municipios deben ejercer sus funciones con arreglo a la Constitución Política y las leyes. Así lo dispone el artículo 298 constitucional según el cual «la ley reglamentará lo relacionado con el ejercicio de las atribuciones que la Constitución les otorga.» En el mismo sentido, a Alcaldes y Gobernadores les corresponde cumplir y hacer cumplir «la Constitución, las leyes, los decretos del Gobierno, las ordenanzas de las asambleas departamentales y los acuerdos municipales (en el caso de los alcaldes)» (C-037 de 2000). Lo anterior no interfiere con la autonomía de las entidades territoriales, simplemente precisa el respeto por normas de superior jerarquía, que deben acatarse y respetarse en el desempeño de cada una de sus funciones.

En el siguiente peldaño de la pirámide se encuentra una amplia gama de actos administrativos como resoluciones, reglamentos, órdenes, circulares, etc., sobre los cuales la Constitución Política no define de forma clara un orden jerárquico. No obstante, ha señalado la Corte Constitucional que de conformidad con un

141 Dentro de las disposiciones emanadas por el Congreso existen unas con rango especial. Este es el caso de los reglamentos autónomos, facultades del contralor, autoridades de pueblos indígenas y las facultades de otras corporaciones judiciales. En estos casos el legislador tiene que respetar la autonomía de estas entidades en sus respectivas competencias. (C-037 de 2000).

142 La Constitución Política consagra además una jerarquía entre los distintos tipos de leyes, a saber: estatutarias, orgánicas, marco y ordinarias. Así por ejemplo, las leyes estatutarias por su contenido material y tipo de trámite (artículo 153 Constitución Política) priman sobre las demás leyes.

criterio orgánico –de acuerdo al órgano que la emite– o un criterio material –de acuerdo a su contenido– puede deducirse qué acto prima sobre el cuál. En estos casos debe hacerse un análisis particular sobre el órgano que emite el acto y el contenido del mismo.

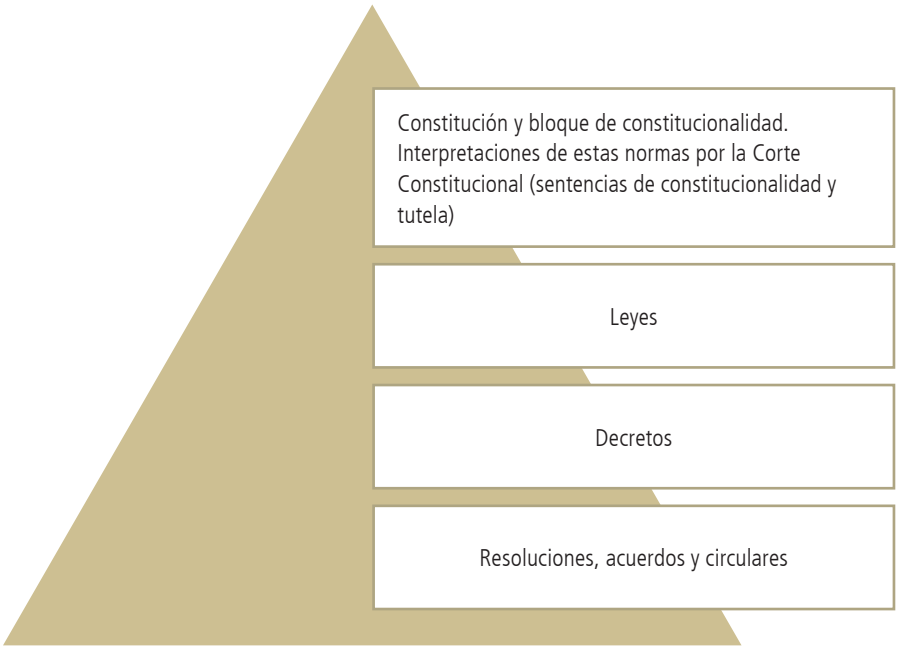
De esta pirámide normativa se desprenden entonces dos conclusiones: i. El sistema jurídico colombiano es un sistema jerárquico, que encabeza la Constitución Política, las normas del bloque de constitucionalidad y los pronunciamientos de la Corte Constitucional, le siguen las leyes y decretos, luego las ordenanzas y acuerdos, y finalmente una serie de actos administrativos; ii. Teniendo en cuenta su lugar en la jerarquía normativa, prevalecen la Constitución y demás normas que hacen parte de la cúspide.

5.3. La jerarquía normativa en materia de salud sexual y reproductiva

En materia de salud sexual y reproductiva los principales órganos reguladores son: el Congreso y el ejecutivo del nivel nacional.[143] Además, como lo explicamos anteriormente en este documento, también la Corte Constitucional juega un papel importante, pues a través de su jurisprudencia fija de manera general y jurídicamente vinculante el alcance de los derechos fundamentales y constitucionales. A continuación presentamos cómo sería dicha pirámide normativa para el caso colombiano, en lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta las relaciones de jerarquía que se establecen entre las normas.

143 Al ejecutivo pertenecen el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, que son dos órganos claves en la producción normativa en materia de salud sexual y reproductiva.

Pirámide normativa colombiana en materia de salud sexual y reproductiva a nivel nacional



Las normas que se pueden encontrar en la recopilación normativa son:[3]	
Constitución	La Constitución es la norma más importante. Además de las disposiciones contenidas en su texto, tienen rango constitucional normas del derecho internacional a las que la propia constitución hace remisión (bloque de constitucionalidad), como los tratados de derechos humanos. Así mismo, se integran a esta las interpretaciones que hace la Corte Constitucional sobre el alcance sus disposiciones, especialmente las subreglas que constituyen las razones de la decisión.
Leyes	Son expedidas por el Congreso de la República y son jerárquicamente más importantes que las restantes, salvo por las normas que tienen rango constitucional. Son de carácter general y suelen aplicar para todo el territorio nacional y todos los ciudadanos, salvo que explícitamente establezca que se trata de una ley especial que sólo rige para ciertos territorios o personas.
Decretos	Son expedidos por el Gobierno Nacional, que es el poder ejecutivo. En el caso de la salud sexual y reproductiva la institución clave es el Ministerio de Salud. Suelen ser de carácter general. Teniendo en cuenta su posición normativa, deben respetar la Constitución y la Ley, pero están por encima de las Resoluciones y otros actos administrativos.
Resoluciones, acuerdos y circulares	Son expedidos también por órganos del poder ejecutivo. Están jerárquicamente por debajo de la Constitución, Leyes y Decretos, por lo cual deben ajustar a ellos.

6. Bibliografía

BOTERO, Catalina y GUZMÁN, Diana. El sistema de los Derechos. Guía práctica del Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos, Bogotá: Dejusticia. 2007

BOURDIEU, Pierre y TEUBNER, Gunther. «La Fuerza del Derecho». Bogotá: Ediciones Uniandes, Instituto Pensar, Siglo del Hombre Editores, 2000.

CAMPOS, Gonzalo Santiago «Racionalidad y argumentación jurídico-legislativa» en Cámara de Diputados, LIX Legislatura. México D.F. 2006.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, UNFPA, «ICDP and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN teatry bodies and legal reform. Center for Reproductive Rights, 2013.

CENTRO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. Promote Access to the Full Range of Abortion Technologies: Remove Barriers to Medical Abortion. Nueva York. 2005. [en línea]. Fecha de consulta 20/05/13 **http://reproductive-rights.org/en/resources/publications/briefing-papers**

CENTRO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. Surviving Pregnancy and Childbirth. An International Human Right. Nueva York. 2005. Fecha de consulta 20/05/13 **http://reproductiverights.org/en/resources/publications/briefing-papers**

CENTRO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. Implementing Adolescent Reproductive Rights through the Convention on the Rights of the Child. Nueva York. 1995. Fecha de consulta 20/05/13 **http://reproductiverights.org/en/resources/publications/briefing-papers**

CENTRO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. Implementing Adolescent Reproductive Rights through the Convention on the Rights of the Child. Nueva York. 1999. Fecha de consulta 20/05/13 **http://reproductiverights.org/en/resources/publications/briefing-papers**

CENTRO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. Preventing Maternal Mortality and Ensuring Safe Pregnancy Government Duties to Ensure Pregnant Women's Survival and Health. Nueva York. 2008. Fecha de consulta 20/05/13 **http://reproductiverights.org/en/resources/publications/briefing-papers**

Enthoven AC. Consumer-Choice Health Plan (first of two parts). Inflation and inequity in health care today: alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance. New England Journal of Medicine. 1978 Mar 23;298(12):650-8.

Enthoven AC. Consumer-Choice Health Plan (second of two parts). A national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. N Engl J Med. 1978 Mar 30;298(13):709-20.

González, Ana Cristina, «¿Cómo definir y recopilar buenas prácticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos? Goce efectivo de derechos: un marco de referencia» en, *Reunión internacional sobre buenas prácticas para el Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe,* Serie Mujer y Desarrollo 104. Chile: Cepal, 2010

González, Ana Cristina y Durán, Juanita, «Impact of Court Rulings on Health Care Coverage: The case of HIV/AIDS in Colombia», en Medic Review, jJuly 2911. Vol 13. No. 13.

Monroy Cabra, Marco Gerardo. «Seguridad jurídica e inflación normativa», en: 116 Aniversario de la Academia Colombiana de Jurisprudencia. Bogotá: Septiembre de 2010. Disponible en: **http://www.acj.org.co/o/activ_acad.php?mod=116%20ani**

Ramón Michel, Agustina, González, Ana Cristina, y Ramos, Silvina. Lineamientos metodológicos para la recopilación y análisis de los marcos normativos: hacia la garantía de las prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: CEDES- Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Restrepo, Esteban. Advancing sexual health through human rights in Latin America and the Caribbean. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2010

Pineda, Rodrigo. «Teoría de la legislación- algunos planteamientos iniciales» en: Revista de Derechos Fundamentales, Nº. 3, págs. 137-156. Universidad de Viña del Mar. 2009

Sainz, Fernando. «Problemas actuales de la técnica normativa» en: Anuario Jurídico de la Rioja. España: Universidad de la Rioja, 1995. [en línea] fecha de consulta 17/05/13. Disponible en **http://www.unirioja.es/servicios/sp/ej/ajr/ajr01.shtml**

Sustein, Cass. After the Rights Revolution. Reconceiving the regulatory State. Cambridge, Harvard University Press, 1993, pp 106 y ss

UPRIMNY, Rodrigo. *Bloque de constitucionalidad, garantías procesales y proceso penal*. Bogotá: Escuela Judicial Lara Bonilla, Consejo Superior de la Judicatura, 2006.

Instrumentos Internacionales

Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14.

Organización de las Naciones Unidas. Comité DESC. Observaciones Finales al informe del Estado colombiano. 2010.

Organización de las Naciones Unidas. Organización Internacional del Trabajo, Convenio 103, art. 4, numeral 3.

Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Humanos, Caso K.L v. Perú. 2005

Organización de las Naciones Unidas. Comité sobre los derechos del niño. Observación General 4.

Organización de las Naciones Unidas. Convención de los derechos del niño

Organización de las Naciones Unidas. Comité contra la tortura Caso Pauline Muzonzo Paku Kisoki v. Sweden

Organización de las Naciones Unidas. Comité de la CEDAW. Recomendación General 19. La violencia contra la mujer. 1992

Organización de las Naciones Unidas. Comité CEDAW. Recomendación General 14. Circuncisión femenina. 1990

Organización de las Naciones Unidas. Comité CEDAW. Recomendación General 15. Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). 1990

Organización de las Naciones Unidas. Comité CEDAW. Recomendación General 24.

Organización de las Naciones Unidas. Comité CEDAW. Observaciones Finales a los informes periódicos quinto y sexto combinados del Estado colombiano. 2007.

Organización de las Naciones Unidas. Comité de la CEDAW, Observaciones finales a los informes periódicos quinto y sexto combinados de Colombia. 2007

Organización de las Naciones Unidas. Comité CEDAW Caso A.T. v. Hungary.

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer- Convención Belem do Pará.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Artavia Murillo y otros c. Costa Rica. Sentencia, fondo, reparaciones y costas.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Conferencia de Alma-Ata URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Párr. VII

Jurisprudencia Constitucional

Corte Constitucional, sentencia C-355 de 2006. M.P Clara Inés Vargas y Jaime Araújo

Corte Constitucional, sentencia T-988 de 2007, MP Humberto Sierra

Corte Constitucional, sentencia T-209 de 2008, MP Clara Inés Vargas

Corte Constitucional, sentencia T-946 de 2008, MP Jaime Córdoba

Corte Constitucional, sentencia T-388 de 2009, MP Humberto Sierra

Corte Constitucional, sentencia T-585 de 2010 MP Humberto Sierra

Corte Constitucional, sentencia T-841 de 2011. MP Humberto Sierra

Corte Constitucional sentencias: T-1104 de 2000, MP Vladimiro Naranjo Mesa

Corte Constitucional, sentencia T-572 de 2002, MP Marco Gerardo Monroy Cabra

Corte Constitucional, sentencia T-946 de 2007, MP Jaime Córdoba Triviño

Corte Constitucional, sentencias T-045 de 2010 MP Manuel José Cepeda

Corte Constitucional, sentencia C-776 de 2010 MP Jorge Iván Palacio

Corte Constitucional, sentencia T-870 de 2008, MP Manuel José Cepeda Espinosa

Corte Constitucional, sentencia T-088 de 2008. M.P Jaime Araújo

Corte Constitucional, sentencia T-890 de 2009, MP Luis Ernesto Vargas Silva

Corte Constitucional, sentencia T-310 de 2010, MP María Victoria Calle

Corte Constitucional, sentencia T-633 de 2010. MP María Victoria Calle

Corte Constitucional, sentencia T-262 de 2012. M.P Jorge Iván Palacio.

Corte Constitucional, sentencia T-700 de 2011 M.P Jorge Ignacio Pretelt.

Corte Constitucional, sentencia T-850 de 2002 MP Rodrigo Escobar Gil

Corte Constitucional, sentencia T-248 de 2003 MP Eduardo Montealegre Lynett,

Corte Constitucional, sentencia T-492 de 2006 MP Marco Gerardo Monroy Cabra

Corte Constitucional, sentencia T-1119 de 2006 MP Jaime Córdoba Triviño

EQUIPO DE TRABAJO

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

OES Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Dejusticia Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenido

Equipo técnico de base 7

Equipo de Campo 10

Grupo de Expertos 12

Expertas regionales 14

Ministerio de Salud y Protección Social 15

UNFPA 17

Como se explicó en el capítulo sobre consideraciones metodológicas, esta compilación se llevó a cabo mediante el trabajo coordinado de distintos equipos. A continuación se presenta un breve currículo de cada uno de los integrantes de estos equipos, así como una mención a su aporte principal a la compilación.

Equipo técnico de base

Ana Cristina González Vélez. COORDINACIÓN GENERAL**.**

Médica con maestría en investigación social en salud. Fue Directora Nacional de Salud Pública en Colombia (2002-2004), médica y oficial de asuntos sociales en la División de Asuntos de Género de la CEPAL (2010). Investigadora externa del Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina. Actualmente es consultora del UNFPA y la CEPAL. Experta en reformas del sector salud, salud pública, salud sexual y reproductiva e incidencia política. Ha integrado diversas juntas directivas nacionales (Instituto Nacional de Salud, Colciencias) e internacionales (Panel asesor global de sociedad civil para el UNFPA, Senior Technical Advisory Group de la OMS, Global Doctor´s for Choice y Reproductive Health Matters). Tiene múltiples publicaciones y trabajos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. **Coordinadora técnica general de la compilación, contribución y orientación a todos los productos del proyecto.**

Rodrigo Uprimny Yepes. DEJUSTICIA**.**

Abogado colombiano, doctor en Economía Política por la Universidad de Amiens Picardie, con un DSU (magister) en «Sociología Jurídica» por la Universidad de París II y un DEA (magister) en «Socioeconomía del desarrollo» por la Universidad de París I (IEDES). Actualmente se desempeña como director del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia), y como profesor de la Universidad Nacional de Colombia. Fue magistrado auxiliar de la Corte Constitucional. Ha escrito múltiples artículos sobre derechos humanos y derecho constitucional. **En la compilación contribuyó al conjunto del trabajo y particularmente al desarrollo del marco conceptual, la construcción de subreglas, el análisis y la metodología.**

Diana Esther Guzmán Rodríguez. DEJUSTICIA**.**

Abogada, especialista en Derecho Constitucional y magister en Derecho de la Universidad Nacional de Colombia. Actualmente se desempeña como investigadora principal del Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad (Dejusticia) en donde coordina el área de género y trabaja en temas de políticas de drogas. Es profesora de la Universidad Nacional de Colombia. Ha sido autora y coautora de estudios sobre sistema judicial, derechos de las víctimas, justicia

transicional y derechos de las mujeres. **En la compilación contribuyó al conjunto del trabajo y particularmente al desarrollo del marco conceptual, la construcción de subreglas, el análisis y la metodología.**

Paola Molano Ayala.

Abogada y especialista en Derecho Constitucional de la Universidad Nacional de Colombia. Trabajó como investigadora en Dejusticia. **En la compilación contribuyó a la identificación y sistematización de los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud sexual y reproductiva.**

Diana Remolina. CONSULTORA DE ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS**.**

Abogada, especialista en derecho sustantivo y contencioso constitucional, con experiencia en el diseño e implementación de políticas públicas y modelos de gestión en el sector justicia Experta en metodología. Fue directora de las direcciones de Defensa Judicial y de Centros de Conciliación del Ministerio de Justicia y del Derecho. En esta última entidad también ha sido asesora de la Dirección de Ordenamiento Jurídico para el diseño y ejecución de la política nacional de racionalización normativa. Como parte de dicha política coordinó los ejercicios de integración de las normas de salud, pensiones y riesgos profesionales, del régimen laboral y del régimen de control fiscal, entre otros. **En la compilación contribuyó particularmente al desarrollo de los criterios de recolección, sistematización y análisis para la recopilación, así como a la construcción de los inventarios, la base de datos y la revisión de vigencias tácitas.**

Teresa Tono Ramírez. OES**.** EXPERTA EN SGSSSS

Médica Cirujana de la Universidad Javeriana. Magister en Salud Pública y PhD en Servicios de Salud de la Universidad de California Los Ángeles - UCLA. Actualmente se encuentra a cargo de la Unidad de Investigación de la Organización para la Excelencia de la Salud. Fue Directora Ejecutiva del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS del Ministerio de la Protección Social y negociadora de banca multilateral por el sector de la protección social, coordinadora de investigación en servicios de salud de la Fundación FES; asesora del Ministro de Salud para la reglamentación de la Ley 100 e investigadora asociada del Instituto SER de Investigación. **En la compilación contribuyó particularmente al desarrollo del documento sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las mesas de expertos y la mesa de actores.**

Sergio Luengas Amaya. OES**.**

Médico Cirujano del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Especialista en Administración en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana. En la actualidad

está a cargo de la Dirección de la Unidad Red de Conocimiento de la Organización para la Excelencia de la Salud donde ha trabajado en el diseño, desarrollo y validación de estándares de instituciones que realizan acciones individuales y colectivas de salud pública, en el diseño de estándares y en el acompañamiento a instituciones en el tema de centros de excelencia y en el mejoramiento de procesos asistenciales utilizando la herramienta de seguridad del paciente. Fue Gerente Nacional de Calidad del Instituto de Seguros Sociales; Director de Calidad de la Superintendencia Nacional de Salud y miembro del Consejo Técnico de la Unidad Sectorial de Normalización en salud. **En la compilación contribuyó particularmente a la supervisión del proyecto en calidad de director.**

Franklin Gil Hernández. Escuela de Estudios de Género (UNAL).

Antropólogo (Mg). Investigador del Grupo Interdisciplinario de Estudios de Género (GIEG). Docente invitado de la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. Temas de investigación y consultoría: saberes sobre género y sexualidad; derechos sexuales y reproductivos; militancias sexuales y raciales; aborto, género y derechos humanos; salud sexual y salud reproductiva; discriminaciones raciales, sexuales y de género; relaciones raciales y racismo; relaciones entre género, raza, clase y sexualidad. **En la compilación contribuyó particularmente al desarrollo del diagnóstico en salud sexual y reproductiva en calidad de Co-autor.**

Johana Cepeda Saavedra. Asistente del proyecto.

Enfermera, Aspirante a magister en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad el Bosque, trabajo como profesional en salud para el manejo de comentarios de las guías de atención integral de embarazo y parto, ITS y leucemias y linfomas en niños, desarrolladas por la Universidad Nacional para el Ministerio de la Protección Social, trabaja como enfermera profesional en la Clínica el Bosque y es miembro activa de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. **En la compilación contribuyó como asistente técnica de la coordinación general y particularmente al desarrollo del diagnóstico en salud sexual y reproductiva.**

Sandra Guerrero Piñeros. OES.

Administradora de empresas, con maestría en administración de empresas, ambas de la Universidad Nacional de Colombia. **En la compilación contribuyó brindando apoyo administrativo a todo el proyecto.**

Equipo de Campo

Isabel Cristina Jaramillo Sierra. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Abogada de la Universidad de los Andes de Bogotá y doctora en derecho (SJD) de la Escuela de Leyes de Harvard. Actualmente es Directora de Investigaciones y Doctorado en Derecho y profesora de tiempo completo en la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes. Es autora de varios libros y varios artículos. Su investigación más reciente se centra en el derecho de familia y la familia como creadores de identidades y responsables por múltiples exclusiones. La profesora Jaramillo ha sido consultora para varias agencias del gobierno Colombiano y ha intervenido como experta en procesos de reforma legislativa y constitucional. Ha recibido varias becas de excelencia del gobierno colombiano y de Harvard University. Ha sido profesora invitada en ITAM, el Centro de Altos Estudios de Ginebra y la Universidad de Miami. **En la compilación contribuyó particularmente en la coordinación y dirección del equipo de campo y en el desarrollo de la recopilación de normas y su caracterización.**

Alejandro Abisambra Castillo. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Estudiante de últimos semestres de Ciencia Política y Derecho en la Universidad de los Andes. A lo largo de su carrera ha trabajado como asistente de investigación en proyectos de diagnóstico de política pública en áreas como la infancia y adolescencia y la salud sexual y reproductiva. Ha sido también monitor de cursos políticas públicas y teoría del Estado. Actualmente se desempeña como asistente de la Alta Consejera del Partido Liberal para las víctimas y la aplicación de la ley 1448 de 2011. **En la compilación hizo parte del equipo de campo que desarrollo la recopilación normativa, los inventarios y la base de datos, en calidad de asistente de investigación.**

Catalina Mejía López. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Abogada de la Universidad Libre . Su ejercicio profesional ha estado ligado a la docencia y la investigación; en primer lugar como monitora del área de sociales en la Universidad Libre, en segundo lugar, como profesora asistente y actualmente docente de la Universidad de los Andes y finalmente investigadora del Centro de Investigaciones de la Universidad Libre, de la Fundación Método y del CIJUS de la Universidad de lo Andes. Su trabajo investigativo se ha desarrollado en torno a temas de antropología y sociología jurídica, derechos de las minorías étnicas y derecho constitucional. **En la compilación hizo parte del equipo de campo que desarrollo la recopilación normativa, los inventarios y la base de datos, en calidad de asistente de investigación.**

Laura Gamba Fadul. Universidad de los Andes.

Abogada de la Universidad de los Andes con una opción y estudios adicionales en Periodismo de la misma Universidad (2011). Ha trabajado en firmas de abogados en temas de derecho administrativo (2012). Es investigadora de Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes y se ha vinculado con organismos multilaterales en proyectos sobre el cumplimiento de los mecanismos de garantía de los derechos fundamentales (2013). **En la compilación hizo parte del equipo de campo que desarrollo la recopilación normativa, los inventarios y la base de datos, en calidad de asistente de investigación.**

Laura Mezamell Macías. Universidad de los Andes.

Abogada de la Universidad Externado de Colombia con estudios adicionales en Gobierno y Relaciones Internacionales de la misma Universidad (2013). Ha desempeñado su actividad profesional en diferentes proyectos de investigación apoyando a entidades como el Banco Mundial y el Ministerio de Justicia y del derecho (2011-2013) Actualmente es investigadora de Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes y se encuentra vinculada con organismos multilaterales en proyectos sobre el cumplimiento de los mecanismos de garantía de los derechos fundamentales y la eficacia de los modelos de gestión de la Rama Judicial (2013). **En la compilación hizo parte del equipo de campo que desarrollo la recopilación normativa, los inventarios y la base de datos, en calidad de asistente de investigación.**

María del Pilar Carmona Suárez. Universidad de los Andes.

Abogada y candidata a magíster en Derecho de la Universidad de los Andes. Se ha desempeñado como investigadora en diferentes proyectos del Centro de Investigaciones Sociojurídicas (Cijus) y el grupo de investigación de Derecho y Género (Idege) de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes, publicó el capítulo 'Protección del derecho a la educación de la adolescente embarazada: la apuesta por la deserción en los planteles educativos' en el libro Embarazo adolescente: entre la política y los derechos, publicado por la Universidad de los Andes. **En la compilación hizo parte del equipo de campo que desarrollo la recopilación normativa, los inventarios y la base de datos, en calidad de asistente de investigación.**

Grupo de Expertos

Aquiles Arrieta Gómez. Corte Constitucional Colombiana**.**

Abogado y filósofo de la Universidad de Los Andes. Funcionario judicial en la Corte Constitucional, en donde se desempeña como Magistrado Auxiliar. Profesor universitario en las áreas de argumentación jurídica, derecho constitucional y políticas públicas. Es autor de artículos en libros y revistas especializadas en estos mismos asuntos. **En la compilación hizo parte del equipo de expertos que discutieron los distintos contenidos del proyecto en las mesas técnicas.**

Cristina Villarreal Velásquez. Oriéntame**.**

Psicóloga con desarrollo profesional orientado a la gestión y administración de servicios en salud sexual y reproductiva con especial foco en embarazo no deseado y aborto. Co-investigadora en estudios sobre el tema de embarazo no deseado, aborto y decisiones reproductivas, y ha realizado consultorías para varias organizaciones en la región en los temas de salud sexual y reproductiva con énfasis en el manejo del embarazo no deseado y la administración de programas y servicios auto sostenibles. Es miembro activa de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, de la Junta Directiva de la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente en Colombia, así como del Consorcio Latinoamericano contra el aborto Inseguro – CLACAI y miembro de las juntas directivas del Guttmacher Institute en Nueva York y de la Federación Nacional de Aborto (NAF) en USA. **En la compilación hizo parte del equipo de expertos que discutieron los distintos contenidos del proyecto en las mesas técnicas.**

Esteban Restrepo Saldarriaga. Universidad de los Andes**.**

Abogado y especialista en derecho constitucional de la Universidad de los Andes. Magíster y doctor en derecho de la Universidad de Yale. Profesor de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes donde enseña en investiga en temas relacionados con el derecho constitucional, la teoría jurídica, el derecho internacional penal y derecho y sexualidad. Consultor de la OMS en temas de salud sexual y derechos humanos en América Latina y el Caribe. Autor, entre otras publicaciones, de Sexual Health through Human Rights in Latin America and the Caribbean (Centro de Derechos Reproductivos/Ediciones Uniandes, 2014) (en preparación). **En la compilación hizo parte del equipo de expertos que discutieron los distintos contenidos del proyecto en las mesas técnicas.**

Everaldo Lamprea Montealegre. Universidad de los Andes.

Profesor de la Facultad de derecho, y director del área de derecho administrativo, Universidad de Los Andes. Doctor (JSD) en derecho, Stanford (EEUU). Magistrado Auxiliar, sala de seguimiento en salud (2011-2012) Su investigación se enfoca en el estudio comparado de sistemas de salud y litigio de derechos socieconómicos. **En la compilación hizo parte del equipo de expertos que discutieron los distintos contenidos del proyecto en las mesas técnicas.**

Juan Gonzalo López Casas. Profamilia.

Médico y Cirujano de la Universidad de Antioquia, Gerencia de la Seguridad Social CES-EAFIT, Altos Estudios en Economía y Gestión de la Salud U. Politécnica de Valencia-España, actualmente Maestría en SP. se ha desempeñado como Gerente de la EPS Comfenalco-Antioquia, Secretario de Salud de Antioquia, Viceministro de Salud y Bienestar, Director del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la PUJ y Director General del INS. Asesorías: Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (PARS), Personería de Bogotá, Veeduría Distrital, BID, Centro de Gestión Hospitalaria, PNUD, y es actualmente Gerente de Salud en Profamilia. **En la compilación hizo parte del equipo de expertos que discutieron los distintos contenidos del proyecto en las mesas técnicas.**

Oscar Parra Vera. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Abogado Sénior de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Ha sido visitante profesional en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Abogado y master en derecho de la Universidad Nacional de Colombia, con estudios especializados en Derechos Humanos y Derecho Humanitario en American University (Washington College of Law) y Abo Akademi University (Institute for Human Rights, Finlandia). Trabajó como Becario «Rómulo Gallegos» y como Consultor sobre Indicadores en Derechos Sociales en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. En Colombia trabajó en la Defensoría del Pueblo, la Comisión Colombiana de Juristas y la Corte Constitucional. Ha sido consultor de la Escuela Judicial «Rodrigo Lara Bonilla» de Colombia, del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, del Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Chile y del Instituto Internacional de Derecho Humanitario (San Remo, Italia). **En la compilación hizo parte del equipo de expertos que discutieron los distintos contenidos del proyecto en las mesas técnicas (Mesa 1).**

Expertas regionales

Silvina Ramos. CEDES.

Socióloga con postgrado sobre investigación social en salud. Especialista en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde las perspectivas de salud pública y derechos humanos. Investigadora Seniro del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina, desde 1990. Actualmente, es consultora en el Instituto Nacioanl de Cáncer como investigadora en ciencias sociales; Directora de relaciones institucionales del CEDES; Co- Directra del Observatorio de SSR; y Directora del Programa de postgrado sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (Universidad ISALUD y CEDES). Es además miembro del panel asesor de expertos de la OMS sobre ciencias de la salud y políticas en tecnología. **En la compilación hizo parte del equipo de expertos regionales que revisaron los criterios metodológicos y las recomendaciones.**

Agustina Ramón Michel. CEDES.

Es abogada de la Universidad Nacional de Tucumán. Obtuvo la beca Fulbright; actualmente se encuentra cursando una maestría en derecho, en la Universidad de Texas en Austin. Es investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). En el Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES desarrolla, desde agosto de 2007, investigación en derechos sexuales y reproductivos junto con un equipo interdisciplinario. Ha sido becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Se desempeña, además, como profesora en la Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo y como asistente docente en el Departamento de Derecho de la Universidad de San Andrés. **En la compilación hizo parte del equipo de expertos regionales que revisaron los criterios metodológicos y las recomendaciones.**

Agradecemos de manera especial al grupo de salud sexual y reproductiva de la Dirección de Promoción y Prevención. del Ministerio de Salud y Protección Social quienes suministraron fuentes y participaron del proceso de construcción de los distintos componentes de este proyecto. Así mismo a la delegada técnica del UNFPA para este proyecto.

Ricardo Luque Núñez. COORDINADOR.

Médico de la Universidad Javeriana, Magíster en Bioética de la Universidad Javeriana y Magister en infección por VIH de la Universidad Rey Juan Carlos. Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social. Actualmente se desempeña como coordinador del grupo de Salud Sexual y Reproductiva.

Diva Yaneth Moreno López.

Médica y Cirujana de la Universidad Libre Seccional Atlántico. Especialista Epidemiología. U. Juan N. Corpas 1998. Diplomado Aseguramiento de la Calidad Incontec 2000. Optante a Maestría SSR Universidad del Bosque. IV Semestre. Pendiente Tesis de grado. Profesional Especializada. Líder SSR de Adolescentes del Ministerio de Salud y Protección Social, Conferencista Nacional e Internacional en áreas de: Embarazo adolescente, SSR de adolescentes, servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes

Lorenza Ospino Rodríguez.

Enfermera- Especialista en Epidemiología. Consultora para el MSPS de la gestión para la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas 2004 a la fecha.

Marcela Encizo Gaitán.

Abogada, Magister en Derechos Humanos, Estado de Derecho y Democracia en Iberoamérica; especializada en Derecho Laboral y Seguridad Social. Consultora en género y derechos en Ministerio de Salud y Protección Social, en la Secretaría Distrital de Integración social, USAID, OIM. Asesora en la Procuraduría General de la Nación.

Gloria del Pilar Cardona Gómez.

Sicóloga con especialización en epidemiología de la universidad el bosque y magister en antropología social de la universidad de los Andes. Consultora en gestión del conocimiento y sistemas de información en violencias basadas en género para el Ministerio de salud y protección social y docente e investigador de la facultad de psicología de la universidad del Bosque y la sábana. Fue referente de salud mental de la dirección de salud pública de la secretaria distrital de salud, directora de salud pública del municipio de San Antonio del Tequendama, Cundinamarca.

UNFPA

Nayibe Rivera Ramírez.

Enfermera profesional, Especialista en Salud Ocupacional en proceso de formación en Maestría Salud Sexual y Reproductiva. Actualmente Consultora Salud Sexual y Reproductiva Adolescentes y Jóvenes –Convenio 036 Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas–, con experiencia para liderar, formular, desarrollar y evaluar políticas, programas, proyectos de investigación y de gestión con participación multidisciplinaria encaminada al mejoramiento de las condiciones de la Salud Sexual y Reproductiva.

Diseño metodológico para la realización de compilaciones analíticas en materia de salud

Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal
Secretario General

Elkin De Jesús Osorio Saldarriaga
Director de Promoción y Prevención

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

Nayibe Liset Rivera Ramírez
Consultora Adolescentes Convenio 036 MSPS - UNFPA

Organización para la Excelencia de la Salud

Diego Cárdenas Gómez
Director Ejecutivo

Teresa Tono Ramírez
Directora de Investigación

Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad

Rodrigo Uprimny Yepes
Director

Vivian Newman
Subdirectora

Equipo Técnico de Base	Ana Cristina González Vélez, Rodrigo Uprimny Yepes, Diana Esther Guzmán Rodríguez, Isabel Cristina Jaramillo Sierra, Diana Remolina Botía, Teresa Tono Ramírez, Franklin Gil Hernández, Johanna Cepeda Saavedra
Equipo de Campo	Alejandro Abisambra Castillo, Laura Gamba Fadul, Laura Mezamell Macías, María del Pilar Carmona Suárez, Catalina Mejía López
Expertos Nacionales	Aquiles Arrieta Gómez, Esteban Restrepo Saldarriaga, Everaldo Lamprea Montealegre, Juan Gonzalo López Casas, Cristina Villarreal Velásquez
Expertas Regionales	Silvina Ramos, Agustina Ramón Michel (CEDES)
Apoyo Administrativo	Sandra Guerrero Piñeros
Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social	Ricardo Luque Núñez, Diva Yaneth Moreno López, Lorenza Ospino Rodríguez, Marcela Encizo Gaitán, Gloria del Pilar Cardona Gómez

Diseño y realización: www.gliphosxp.com

ISBN: 978-958-57747-2-8

© Ministerio de Salud y la Protección Social

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Este texto se terminó de editar en diciembre de 2013 en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son propias de los autores y las autoras de la misma, y no reflejan necesariamente las políticas u opiniones del Ministerio de Salud y Protección Social ni del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Tabla de contenido

1. Aspectos generales 10

1.1. Los componentes de la compilación analítica 10

1.2. El equipo de trabajo 11

1.3. La orientación metodológica general 12

2. Etapa preparatoria 14

2.1. Elaboración de insumos conceptuales, normativos y analíticos 14

2.1.1. El documento de referencia sobre el sistema de seguridad social en salud 14

2.1.2. El documento de referencia del marco conceptual 14

2.1.3. El documento de referencia del diagnóstico 15

2.2. Diseño de la metodología para la recolección de las normas y la identificación de la jurisprudencia relevante 15

2.2.1. Definición del alcance del trabajo a realizar 15

2.2.2. Las normas a sistematizar 16

2.2.3. Delimitación temporal 16

3. Etapa del trabajo de campo 18

3.1. Identificación de las normas y las sentencias clave 18

3.1.1. El caso de las leyes, decretos, resoluciones 18

3.1.2. El caso de la jurisprudencia 19

3.2. Establecer la vigencia de las normas identificadas 20

3.2.1. Valoración fáctica 20

3.2.2. Valoración normativa 20

3.2.3. Inclusión de las derogatorias en la compilación 20

3.3. Proceso de recolección de información 21

3.4. Organización de las normas vigentes 21

4. Fase de análisis y elaboración de documentos 23

Nota final 23

El presente documento contiene una propuesta de metodología para la elaboración de compilaciones analíticas de normas en materia de salud. Se ha desarrollado a partir de la elaboración de una recopilación de las normas en materia de salud sexual y reproductiva en cinco temas específicos en Colombia: sexual y reproductiva de los adolecentes; salud materna e interrupción voluntaria del embarazo; anticoncepción; ITS - VIH/sida; Violencia sexual y basada en género.[1] Esta recopilación fue un ejercicio realizado durante el año 2013, con el fin de identificar y organizar las normas vigentes en los temas señalados. En este sentido, el resultado final es una herramienta que sistematiza la regulación normativa de mismos.[2]

Dicha compilación, permitió constatar que un ejercicio de esta naturaleza es importante en Colombia, pues en temas claves del sistema de salud hay una sobreproducción de normas que tiende a generar problemas para su apropiada interpretación y aplicación por parte de los prestadores de servicios de salud, además de que en general las normas sobre temas específicos no se encuentran organizadas en cuerpos sistematizados (recopiladas) de una forma que permita a los operadores de la salud ubicarlas y aplicarlas de forma más consistente.

Este fenómeno, ha sido denominado por quienes se dedican a analizar los sistemas jurídicos como «polución normativa», y consiste en la inflación ó sobre producción normativa que puede acompañarse de la existencia de normas innecesarias, contradictorias o vagas, generando problemas para la interpretación y aplicación de las normas vigentes. En esa medida, también puede afectar a la ciudadanía, pues en ocasiones las dificultades interpretativas contribuyen a afectar la realización plena y efectiva de los derechos individuales y colectivos. La inflación resulta de un complejo proceso en el que confluirían múltiples factores de diversa naturaleza, entre los que se destacan: i) algunas características de los sistemas jurídicos contemporáneos,[3] como la existencia de múltiples fuentes de producción normativa, ii) algunas disfunciones del mismo, como la falta

1 La Compilación acá referida se realizó en el año 2013 en el marco del proyecto Proyecto COL5U603MSPS adelantado por la Organización para la Excelencia de la Salud y Dejusticia con el apoyo de un equipo de campo de la Universidad de los andes. La misma es parte de un convenio del Ministerio de Salud y Protección Social con el UNFPA en Colombia.

2 Cabe anotar que la expresión «recopilación normativa» se refiere al conjunto de disposiciones de diversos cuerpos normativos que se encuentran vigentes y ordenados alrededor de un índice temático mientras que la expresión «compilación analítica» se refiere al conjunto de documentos, incluido la recopilación, que abarca la publicación de la cual hace parte este documento, y cuyos contenidos están abarcan entre otras, documentos de referencia, análisis y recomendaciones.

3 La polución normativa suele caracterizar los sistemas jurídicos contemporáneos, debido a que estos tienden a estar constituidos por ordenamientos abiertos, en los que confluyen fuentes de producción normativa tanto internas como externas, y están además sometidos a continuos cambios en su tejido normativo. Véase: SAINZ, Fernando. «Problemas actuales de la técnica normativa» en: Anuario Jurídico de la Rioja. España: Universidad de la Rioja, 1995

de técnica legislativa, y iii) causas políticas.[4] Su existencia se verificaría en varios elementos: i) existencia de un número muy elevado de disposiciones para regular un campo normativo; ii) presencia de varias normas que regulan un mismo tema en términos similares y que por tanto resultan innecesarias; iii) normas que se contradicen o que pueden producir resultados contradictorios; y iv) normas con lenguaje vago y contradictorio.[5]

La compilación analítica pretende ser entonces una herramienta que contribuya a superar algunos de los problemas que la existencia de multiplicidad de normas puede generar. Para esto, incluye un ejercicio de identificación del universo de normas, la recopilación de las que resultan relevantes y el análisis de su vigencia, entre otros elementos. El resultado es un documento que además de servir como herramienta de consulta para todos los actores de los sistemas de salud que puede facilitar la aplicación de las normas, podrá orientar tanto la expedición de nuevas regulaciones como el diseño de políticas públicas en la materia. La compilación no pretende convertirse en una propuesta de norma única. Es un cuerpo ordenado de reglas que puede proporcionar una visión general sobre la normatividad de la SSR en Colombia, y por esta vía facilitar su utilización.

La compilación no releva y sistematiza exclusivamente las normas vigentes sino que contiene componentes adicionales que orientan un análisis integral de las disposiciones. Así, los componentes de la compilación serían fundamentalmente tres: i) un conjunto de documentos de referencia para orientar la recopilación de las normas y su análisis; ii) la recopilación, en la que se organizan las normas relevantes separando los cuerpos normativos en disposiciones e integrándolas temáticamente; y iii) los inventarios y bases de datos que incluyen las normas expedidas por el Estado en los ámbitos analizados.

Para llegar a obtener estos tres componentes de la compilación analítica se realizó un trabajo en tres fases. La primera fue *preparatoria,* pues se enfocó en la elaboración de los documentos de referencia para orientar la recopilación, sistematización y análisis de las normas; la segunda fue la fase de *trabajo de campo*, y la tercera fue el *análisis* de las normas.

La compilación analítica de normas de salud sexual y reproductiva en Colombia, fue el resultado de un proceso metodológico exhaustivo y coherente a lo lar-

4 PINEDA, Rodrigo. «Teoría de la legislación - algunos planteamientos iniciales» en: Revista de Derechos Fundamentales, Nº. 3, págs. 137-156. Chile: Universidad de Viña del Mar. 2009, pág. 140.

5 Estos indicadores se han desarrollado a partir de la literatura relevante en el tema, la cual está ampliamente desarrollada en el documento de referencia «**marco conceptual de la compilación analítica de normas**». Además de estos, podrían incluirse otros indicadores, como la abundancia de cuerpos normativos de bajo nivel, que no resultan vinculantes y que pueden llenar de material normativo innecesario el sistema jurídico.

go de todas las fases de construcción de la misma. En este sentido, y dado que como producto, es una herramienta de enorme relevancia para los actores del sistema de salud, la metodología acá utilizada podrá sin duda ser utilizada para ejercicios similares en otros ámbitos de la salud. Además, dado que otros países pueden enfrentar situaciones normativas similares, esta metodología puede también orientar ejercicios similares en el campo de la salud en otros países. Por esta razón, este documento describe la metodología de manera general, aunque para ejemplificar algunas fases y etapas retomamos la experiencia específica de la compilación analítica realizada en Colombia en el año 2013 en cinco temas de salud sexual y reproductiva.

A continuación se explica la metodología sugerida para la elaboración de una compilación analítica de normas en materia de salud, en especial en el campo de la salud sexual y reproductiva. Para organizarla de la manera más clara posible, la estructura tiene cuatro partes. La primera incluye la descripción de los aspectos generales de la compilación normativa, la explicación detallada de sus componentes principales, y del equipo de trabajo. Las siguientes se corresponden con las tres fases de trabajo antes señaladas. En cada una de esas partes, se explican brevemente cuáles son los objetivos, las principales actividades a realizar y los productos que deberían elaborarse.

1. Aspectos generales

1.1. Los componentes de la compilación analítica

La compilación abarca varios documentos que desempeñan papeles diferentes y complementarios. Así, hay un conjunto de documentos que sirven de insumo para la elaboración de la recopilación de normas y para su análisis posterior; la propia recopilación; y documentos que permiten ir a las normas directamente. A continuación explicamos cada uno de ellos.

Cuadro 1. Principales productos de la compilación analítica[6]

	Título	Objetivo y contenido
Documentos de referencia para la recopilación y el análisis	Documento sobre el sistema general de seguridad social en salud	Describe las principales instituciones del sistema de salud. Su propósito es poner en contexto la compilación y facilitar la búsqueda de las normas, al identificar las principales instituciones que tienen funciones reguladoras dentro o para el sistema.
	Diagnóstico de situación y barreras sobre SSR.	Documento que identifica la situación de salud en los temas específicamente seleccionados. Reúne información cuantitativa oficial y sistematiza las principales investigaciones en ese ámbito. Su objetivo es servir como insumo para el análisis posterior de las normas, pues permite identificar temas clave que deberían estar regulados. En especial, debería poder identificar grandes problemas de salud que deberían contar con normas y/o políticas para enfrentarlos.
	Marco conceptual	Presenta: i) los principales elementos conceptuales que soportan la sistematización, como la definición de la «polución normativa»; ii) la sistematización de los estándares internacionales y constitucionales que plantean el «deber ser» normativo al que deberían ajustarse las demás normas del ordenamiento en materia de salud; y iii) una explicación básica del sistema jurídico. Su propósito es servir como base conceptual para la compilación y como insumo para el análisis posterior de la misma.
	Propuesta metodológica	Documento que recoge el diseño metodológico de la recopilación normativa y del trabajo de campo. Define los criterios para identificar las normas y establecer la vigencia• de las mismas, así como los criterios para organizar las normas temáticamente.

6 Los documentos acá descritos son los que contiene la compilación analítica de normas de SSR en Colombia. Son la referencia para elaboración de documentos similares en otras áreas o países.

	Título	Objetivo y contenido
Sistematización de normas	Recopilación normativa	Es el documento que organiza las normas identificadas por tema y desagregadas por disposiciones. Es decir, no presenta los cuerpos normativos completos (como leyes, decretos y resoluciones), sino los artículos de los cuerpos normativos, de manera separada, pero organizada. Incluye así mismo las principales sub reglas jurisprudenciales que definen aspectos claves sobre el alcance de los derechos sexuales y reproductivos.
Las normas	Inventario de normas	Listados de las normas identificadas, con su caracterización principal. En este se clarifica la vigencia de las normas y remite a la ubicación del cuerpo normativo en la base de datos que debe prepararse como parte de la compilación analítica –esta se explica más adelante–. Permite una entrada diferente a la que da la recopilación normativa, pues está organizado por cuerpos normativos y no por disposiciones.◆
	Base de datos	Conjunto de textos completos de los cuerpos normativos (leyes, decretos, resoluciones, etc.), y de jurisprudencia identificadas como clave en el ejercicio de recopilación normativa. La jurisprudencia que se incluye en la compilación analítica es la producida por las altas Cortes (su nombre puede variar en cada país), que estudia la constitucionalidad y legalidad de las normas, pues esta resulta clave para establecer la vigencia de las normas. Además, también debería incluirse la jurisprudencia de casos en los que se amparan derechos constitucionales fundamentales. Esta es la que se produce en los procesos de tutela o amparo. Por tanto, no está presente en todos los sistemas jurídicos, pero en aquellos en los que existe, es relevante para definir el alcance interno que se le da al derecho a la salud (y a los derechos sexuales y reproductivos).

● Por vigencia de las normas se entiende que estén en vigor, es decir, que sigan haciendo parte del sistema jurídico. En este sentido, las normas vigentes no han sido derogadas y siguen siendo vinculantes.

◆ Se entiende aquí por cuerpo normativo un conjunto de reglas que se agrupa bajo una numeración y título, por ejemplo: Ley 25 de 1992, Circular 4444 de 2013, etc. Por su parte las disposiciones se refieren a los artículos concretos que hay en cada cuerpo normativo.

1.2. El equipo de trabajo

El trabajo de la compilación analítica fue llevado a cabo por un equipo conformado por tres círculos:

a. El grupo de trabajo ***base*** (equipo técnico de base), a cargo de la compilación analítica normativa en su totalidad, integrado por profesionales del derecho y de la salud sexual y reproductiva. Entre las responsabilidades principales de este grupo se destacan: i) la elaboración de los documentos de referencia

durante la primera fase de trabajo; ii) el acompañamiento general de todo el proceso metodológico; y iii) el análisis final de todo el trabajo.

b. Un equipo de campo, articulado a través de una coordinación, bajo cuya responsabilidad primaria está la construcción de los inventarios normativos y la sistematización de la información para la compilación. Contar con un equipo a este nivel brinda más solidez y homogeneidad al desarrollo del trabajo. El número de personas de este equipo puede variar de acuerdo con el número de temas elegidos. Su perfil puede también cambiar, pero es deseable que sean abogados/as, para que tengan facilidades para buscar y sistematizar las normas.

c. El equipo de expertos en derecho y en SSR. Este equipo debería reunirse en mesas técnicas para discutir elementos claves del proceso en tres momentos críticos: el inicio (para discutir la metodología y analizar los criterios de la metodología para la sistematización, recopilación y análisis de la información), el segundo (para discutir el borrador de la compilación y ahondar en la estrategia del análisis), y el tercero, para los debates sobre temas concretos y las recomendaciones. La tarea principal de este grupo de expertos, fue la de mantener una mirada crítica experta desde fuera.

Adicionalmente, en la experiencia de la compilación analítica colombiana participó del proceso de construcción de la metodología, análisis y recomendaciones un par regional,[7] con el fin de proyectar la metodología a un potencial uso en otros países de América Latina.

1.3. La orientación metodológica general

El abordaje metodológico se caracterizó por una estrategia de trabajo que permitió identificar y recolectar todas las normas relevantes para los cinco temas analizados, y construir documentos y análisis de manera participativa, a través del trabajo coordinado de los tres equipos descritos en la sección anterior.

Así, una de las instancias fundamentales para la elaboración de los textos fueron los escenarios de discusión de los mismos. Además de las tres reuniones descritas con relación al trabajo del equipo de expertos, se llevó a cabo una reunión con actores del sistema de salud para discutir las recomendaciones a partir del análisis y compilación de las normas. Las mesas fueron espacios de discusión técnica con expertos acerca de los contenidos y alcances de la compilación y

7 CEDES, Argentina (Silvina Ramos y Agustina Ramón).

sirvieron para precisar y afinar, los objetivos de la compilación como un todo, de la recopilación normativa, del análisis y recomendaciones. En función de estas recomendaciones distintos aspectos del proyecto fueron precisados y afinados.

Para la metodología es entonces útil contar con espacios de reunión y discusión que permitan discutir los avances, identificar posibles problemas metodológicos y conceptuales y también establecer alternativas para superarlos. Lo ideal es que estas reuniones se hagan a lo largo del proceso, con personas expertas en los temas centrales de la compilación.

2. Etapa preparatoria

Antes de llevar a cabo la recopilación de las normas, es importante desarrollar los documentos de referencia que facilitarán la identificación de los cuerpos normativos relevantes, y permitirá analizar las normas, una vez estén sistematizadas en la recopilación normativa. Estos documentos son insumos de dos tipos: i) los que sirven de apoyo conceptual a la compilación; y ii) los que constituyen el diseño metodológico de la recopilación de normas y jurisprudencia.

2.1. Elaboración de insumos conceptuales, normativos y analíticos

Se trata de los documentos base que sirven como marco conceptual de la compilación. Corresponden a los tres primeros descritos en el cuadro No. 1. Su propósito es presentar de manera breve y articulada los principales presupuestos teóricos de la compilación:

2.1.1. El documento de referencia sobre el sistema de seguridad social en salud

Permite comprender cuál es la estructura general del sistema e identificar las principales instituciones que lo conforman, así como las competencias reguladoras que tienen. Esto facilita al equipo de campo conocer mejor el esquema del sistema de salud dentro del cual se tienen que mover, para identificar las fuentes que deben consultar, y dimensionar las normas que deben ser revisadas. Además, es un documento que al final del proceso sirve como insumo para la lectura de la recopilación normativa, pues permite entender los presupuestos normativos e institucionales que orientaron el trabajo de sistematización.

2.1.2. El documento de referencia del marco conceptual

Reúne los presupuestos conceptuales y normativos principales para el análisis de la recopilación normativa. En la medida en que explica nociones como «bloque de constitucionalidad», y sistematiza las normas internacionales y constitucionales que son vinculantes en materia de salud sexual y reproductiva, en los cinco temas analizados, permite identificar el «deber ser» que plantean esos estándares.

2.1.3. El documento de referencia del diagnóstico

Este documento contiene presupuestos analíticos de la recopilación normativa, en la medida en que describe las principales problemáticas que enfrenta la salud en los temas específicamente seleccionados. El documento describe, para cada uno de los 5 temas de SSR seleccionados, los aspectos generales, la situación de salud de la población en cada tema y las barreras de acceso a los servicios de SSR.

2.2. Diseño de la metodología para la recolección de las normas y la identificación de la jurisprudencia relevante

Durante esta etapa debe además diseñarse la metodología y el trabajo de campo. Esto implica, establecer los criterios que deben orientar la recopilación de las normas, y la forma como debe llevarse a cabo el trabajo de campo, que consiste en las labores de identificación y sistematización de los cuerpos normativos y la jurisprudencia. Esto incluye:

2.2.1. Definición del alcance del trabajo a realizar

Es fundamental que el diseño metodológico permita establecer hasta dónde se puede llegar con el trabajo de recopilación, y por tanto hay que delimitar temporal y materialmente el trabajo a realizar. En este sentido es fundamental empezar por definir el objetivo de la sistematización y sus principales contenidos.

En el caso de la recopilación normativa en SSR, fue definido desde el principio que la compilación no pretende ser una propuesta de norma única sino un cuerpo ordenado de reglas que proporcionen una visión general sobre la normatividad de la SSR en Colombia; en este sentido, se integraron en él las normas jurídicas vigentes de cualquier rango que resultaban pertinentes al estudio, enlazadas en torno a una estructura temática. Las normas compiladas corresponden a las relacionadas con la SSR analizadas como vigentes y a las reglas jurisprudenciales identificadas,[8] en relación con la sexualidad o la reproducción en general o con

8 En Colombia existe una norma especial sobre el carácter vinculante de las órdenes de tutela emitidas por la Corte Constitucional. Vale la pena citarla a cabalidad: ***Cumplimiento de sentencias judiciales.*** Los actores del sistema desde el ámbito de sus responsabilidades en su condición de aseguradoras, prestadores ó administradores deben dar cabal cumplimiento a las sentencias que profieran las autoridades judiciales y en consecuencia adoptar, en forma inmediata, las gestiones administrativas para que se garantice la prestación de los servicios médico-asistenciales, medicamentos, procedimientos e intervenciones que hayan sido ordenados por los Jueces de la República y las demás referidas al reconocimiento y pago de los

alguno de los siguientes temas específicos: salud sexual y reproductiva de adolescentes; maternidad segura e IVE; anticoncepción, ITS y VIH; violencia sexual y basada en género. En cuanto a las normas y guías técnicas, sus contenidos detallados se excluyeron por considerar que, de una parte, no tiene sentido desmembrarlas, y de otra, representan lineamientos de intervención específicamente médica de difícil comprensión para los demás operadores del sistema y para los usuarios.

2.2.2. Las normas a sistematizar

También es clave establecer cuáles son las normas que deben buscarse y sistematizarse. Estas deberían incluir por lo menos:

- Normas constitucionales y tratados internacionales aprobados por el país correspondiente, que establezcan preceptos alrededor de la salud y/o de sujetos especialmente protegidos por su vulnerabilidad en esta materia.
- Leyes que incorporen previsiones generales o regulaciones concretas sobre la salud en los temas seleccionados
- Decretos reglamentarios del régimen legal relacionados con la salud en los temas seleccionados.
- Resoluciones, acuerdos, circulares y cualquier otra norma expedida por las autoridades sanitarias, de regulación, vigilancia y control del sistema.

2.2.3. Delimitación temporal

Es clave establecer también si la búsqueda incluirá solamente normas producidas dentro de determinado periodo. Lo más recomendable sería, en todo caso, rastrear todas las normas vigentes, independientemente del tiempo en el cual se produjeron. Esto puede ampliar considerablemente la búsqueda, pero asegura identificar todas las normas que regulan los temas seleccionados.

mismos. En este sentido, se debe advertir a las entidades destinatarias de la presente circular que las sentencias judiciales, de acuerdo con lo señalado por la Corte Constitucional, son título suficiente para que las autoridades públicas y las instituciones privadas que ejercen funciones públicas adopten las decisiones y adelanten las actuaciones administrativas que permitan el inmediato cumplimiento de las órdenes impartidas en cada una de las providencias, máximo si las mismas establecen la protección al derecho fundamental a la salud y como resultado de las mismas se ordenen los gastos, se autoricen los servicios requeridos; pero que aún sin la necesidad de las mismas los Comités Técnico Científico pueden autorizar la prestación de los servicios, intervenciones, procedimientos, actividades y medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud, en procura de salvaguardar del derecho a la salud de los afiliados. (Super. Salud, Circular 47/2007, Tit. I, Cap. 8)

En el caso del trabajo realizado en Colombia, por ejemplo, se decidió incluir todas las normas vigentes, con independencia del momento en el que fueron elaboradas o emitidas. Así, la construcción del inventario implicó una revisión de todas la normas sin límite de tiempo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, respecto de las expedidas a partir de 1991, se relacionó la totalidad de normas expedidas, bajo el entendido de que el cambio constitucional de 1991 aparejó una transformación del ordenamiento nacional y de los principios que lo inspiran, lo cual, además, ha dado lugar al impulso de políticas sobre salud sexual y reproductiva; esto sin contar con que los principales documentos internacionales que orientan la materia han sido expedidos también durante este periodo.[9] En cambio, con anterioridad a 1991, no se realizó una investigación histórica ni exhaustiva de las normas expedidas, sino que se identificaron las normas pertinentes, vigentes, con base en el propio análisis de vigencia realizado sobre las normas inventariadas, en trabajos previamente realizados y en el criterio experto del equipo de trabajo.

9 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995); Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994).

3. Etapa del trabajo de campo

Una vez reunidos los documentos de referencia, se da inicio a la etapa de trabajo de campo.[10] Esta consiste en las labores que son necesarias para identificar y reunir las normas y sentencias relevantes.

3.1. Identificación de las normas y las sentencias clave

Dado que no todas las normas están reunidas en un mismo sitio, y que es necesario asegurar que se incluyan todas las relevantes, es importante que se identifiquen las normas a partir de varias fuentes. Así, La búsqueda de la normas se puede realizar utilizando principalmente fuentes electrónicas, pero también acudiendo a la búsqueda directa en las instituciones que producen las normas. Así, para el rastreo normativo resulta de gran utilidad que se triangulen las siguientes fuentes: documentos de expertos,[11] Google y bases de datos especializadas.[12] Igualmente, puede ser relevante acudir a las instituciones que producen normas en salud en cada país, con el fin de identificar las normas que han promulgado. Finalmente, una vez identificadas las normas pertinentes se debe acudir a la fuente en donde está el texto oficial de la norma. Es este el que deberá ser empleado dentro de la compilación.

3.1.1. El caso de las leyes, decretos, resoluciones

El trabajo debería empezar con la revisión de literatura secundaria previa y la revisión de los listados de normas con los que se pueda contar. Luego de esta búsqueda preliminar, será necesario hacer la búsqueda correspondiente en internet.

En el caso del trabajo realizado en Colombia, por ejemplo, los listados preliminares fueron completados con búsquedas usando LEX BASE y GOOGLE. La búsqueda electrónica se completó acudiendo a las páginas web de las entidades del sector competentes para emitir normas. Finalmente, se hicieron visitas a las entidades del sector salud para conseguir de primera mano las normas de rango inferior que no estuvieran depositadas en ninguna base de datos electrónica.

10 Si bien la metodología aquí descrita contiene un orden secuencial, en la práctica, muchas de estas tareas se pueden –y de hecho así sucedió en la compilación que sirve como referencia a esta propuesta- realizar en forma simultánea.

11 Entre otros, en la compilación de normas en SSR se emplearon algunos elaborados por el propio Ministerio de Salud que incluyen listas de normas relacionadas en los temas de la compilación.

12 Por ejemplo, Lexbase que entrega información completa a partir del año 2000.

Encontramos que, en general, las normas se encuentran en bases de datos electrónicas y están disponibles en las páginas web de las entidades. No obstante, los expertos y expertas entrevistados fueron muy importantes para completar y triangular información obtenida de otras fuentes.

3.1.2. El caso de la jurisprudencia

El inventario jurisprudencial elaborado tiene dos fines; (i) sirve para identificar los pronunciamientos que hayan invalidado alguna norma y (ii) sirve para identificar subreglas jurisprudenciales[13] que serán incluidas en la compilación a manera de normas.

En relación con la jurisprudencia de constitucionalidad o legalidad, se deben identificar la totalidad de sentencias que se pronuncian sobre las normas inventariadas, en tanto pueden interpretar su aplicación así como negar o condicionar su vigencia.

En el ejercicio realizado en Colombia, además de las sentencias anteriores, se incluyeron algunas de tutela. Este es un mecanismo judicial de protección de los derechos fundamentales, y por tanto resultan útiles porque ayudan a definir el alcance de dichos derechos. No todos los países cuentan con un mecanismo de este tipo, así que esto puede variar. Pero para aquellos que los tengan, las sentencias a incluir deberían escogerse con base en criterios de antigüedad, número de citaciones, unificación de jurisprudencia e interés con el fin de identificar las reglas jurisprudenciales relevantes. Además, bajo el entendido de que la jurisprudencia aclara y completa el sistema de normas producido por el legislador y la rama ejecutiva, deben incluirse subreglas de jurisprudencia de elaboración de las Altas Cortes en las que se definan temas de responsabilidad civil y del Estado, en temas de salud. Esto puede variar de acuerdo con las características de cada sistema jurídico.

Se entiende que la labor de sistematizar la jurisprudencia es extensa y compleja. Para los efectos de la compilación que se hizo en Colombia en cinco temas de salud sexual y reproductiva, sin embargo, fue suficiente, y así procedimos, contar con las subreglas más recientes –vigentes- y reiteradas.[14] Para identificar estas

13 Las subreglas jurisprudenciales son aquellas reglas que se derivan de la resolución de casos concretos, a partir de la identificación de la razón jurídica que sustenta la decisión y el patrón fáctico de la misma. Las sub reglas se construyen siguiendo la estructura lógica de un condicional deóntico: inicia con un supuesto de hecho y sigue con una consecuencia jurídica. No siempre es posible establecer claramente la sub regla vinculada a los temas y a los casos.

14 Sobre este punto en particular, debe tenerse en cuenta que la finalidad del ejercicio no es hacer líneas jurisprudenciales complejas o completas, sino identificar las subreglas relevantes para integrar el campo normativo. En este sentido, se emplearon las sentencias más recientes

sub reglas se siguieron dos caminos diferentes. En el caso de la jurisprudencia de tutela, se elaboraron líneas jurisprudenciales por tema y luego se usaron las sentencias más recientes para identificar las subreglas y su sentencia de origen. En el caso de la responsabilidad civil y del estado (en casos de responsabilidad médica), por otra parte, se acudió a los libros de doctrina para establecer las sentencias más importantes y las sub reglas que establecen con carácter vinculante para casos similares.

3.2. Establecer la vigencia de las normas identificadas

Este paso resulta fundamental, pues puede implicar la exclusión de la recopilación de algunas de las normas identificadas. De lo que se trata es de establecer cuáles siguen vigentes y cuáles no. Para ello, es recomendable seguir varios pasos:

3.2.1. Valoración fáctica

Se trata de la confrontación de cada uno de los artículos, por una parte, con el ordenamiento jurídico mismo y, por otra, con la jurisprudencia, para identificar la existencia de derogaciones o modificaciones expresas, así como la declaratoria de inexequibilidades o nulidades, que determinen la no vigencia de cualquiera de ellos.[15]

3.2.2. Valoración normativa

Posteriormente, pueden ser sometidas a un juicio de valor mediante el cual el equipo consultor identifica contradicciones o incompatibilidades entre normas del mismo sistema jurídico para la determinación de la existencia de derogatorias tácitas.

3.2.3. Inclusión de las derogatorias en la compilación

La información debe ser incluida en los inventarios de normas, con el fin de aclarar cuáles están vigentes y cuáles no. En el caso del ejercicio realizado en Colombia, la derogatoria expresa se incluyó como observación en un cuadro

y se tomaron como fuente de las subreglas las sentencias de integración o reiteración de los últimos 3 años, salvo que en algún tema fuera necesario ir más atrás en el tiempo. Para la búsqueda de los textos de las sentencias se acudirá a las relatorías de las Altas Cortes.

15 También deben tenerse en cuenta las exequibilidades condicionadas, si las hubiera, en el entendido de que bajo ciertos supuestos la norma no puede regir.

especialmente elaborado para ello, como parte del inventario de normas. En caso de que se presenten un problema de inexequibilidad o nulidad se indicó la sentencia pertinente y el sentido de la decisión. También se registraron las sentencias de exequibilidad parcial, con su sentido específico, y las sentencias de exequibilidad, por considerar que el respaldo de la Corte Constitucional es parte integral de la vigencia. La derogatorias tácitas, por razón de contradicciones internas en el cuerpo normativo o por contradicciones entre normas de dos cuerpos distintos, se estudiaron y resolvieron a través de la columna de observaciones en el inventario.

3.3. Proceso de recolección de información

Para la recolección de información puede ser necesario ir más allá de la búsqueda de internet. En el caso del trabajo realizado en la compilación de normas de SSR, el equipo de campo se dividió según la entidad fuente de normas relevantes para el sector salud y asignando a una sola persona ubicar leyes, decretos legislativos y sentencias de la Corte Constitucional. El inventario inicial se sometió a varias consultas con expertos. La construcción del inventario inicial tomó 4 semanas. Una vez consolidado el inventario, el equipo se dividió según ejes temáticos: una persona para cada tema. La persona encargada de cada tema empezó por proponer un índice para las normas en cada tema. Los índices fueron discutidos y sometidos a consulta. La construcción de los índices preliminares por tema, intentando conciliar el ideal de homogeneidad organizativa y las categorías propias de cada área de la salud sexual y reproductiva, fue una tarea crítica para la compilación.[16] Una vez depurados los índices analíticos, se procedió a ubicar bajo cada tema las normas correspondientes y a atribuirle números consecutivos que le dieran integridad a la compilación y permitieran citar los artículos según su lugar en el texto.

3.4. Organización de las normas vigentes

Finalmente, las normas que tras este proceso fueran consideradas vigentes, serán ubicadas temáticamente. Para esto, es importante establecer un índice temático que facilite la organización. Este deberá procurar tener la misma estructura para tema, a pesar de las diferencias entre ellas. En todo caso, será razonable que no sean idénticos. Esta organización se hizo en un documento denominado «recopilación normativa»[17] que incluye textos que son, en general, los textos exactos de las normas. En ocasiones, en aras de la brevedad y respetando re-

16 Ver en la recopilación normativa: **tabla de contenidos**.
17 Ver Cuadro 1.

glas metodológicas predefinidas, se omitieron palabras del original. El segundo elemento que debe resaltarse es que por encima del valor de los textos según su lugar en la jerarquía normativa, quiso enfatizarse su contenido sustancial en relación con los temas que decidieron incluirse en la recopilación. Al final de cada artículo, se explica claramente la fuente de la regla.

El tercer elemento, directamente relacionado con el anterior, es que los cuerpos normativos (leyes, decretos, acuerdos o resoluciones) fueron desmembrados o desarticulados para responder a la lógica sustantiva de los temas escogidos más allá de la lógica del legislador o administrador interesado en la materia.

4. Fase de análisis y elaboración de documentos

El análisis realizado en la compilación utilizó dos herramientas: las notas editoriales y el debate sobre temas concretos. En relación a las notas, estas se presentan a lo largo del texto de la recopilación normativa para señalar o puntualizar asuntos específicos tales como el desarrollo de funciones de ciertos comités, para dar sustento a estándares internacionales, para hacer aclaraciones sobre ubicación de las normas, para orientar al lector, entre otras. En algunos casos se utilizan para explicar asuntos relacionados con las vigencias o algunos problemas de aplicación sobre los que fuera imprescindible orientar al lector. No obstante, la recopilación pretende ser una herramienta «limpia» que se restringe a presentar los artículos de las normas relevantes (disposiciones) a fin de favorecer al usuario final, una mejor comprensión del panorama normativo.

El debate sobre temas concretos se orienta a identificar y analizar algunos problemas como la «polución normativa» en SSR, problemas de aplicación de las normas tales como inconsistencias, duplicidades, vacíos u otros conflictos jurídicos. Este análisis se realiza con base en tres insumos: el diagnóstico (una mirada de las normas versus la situación de salud y barreras en cada una de las áreas de la compilación), el marco conceptual (el «deber ser» del contenido de las normas según el marco internacional de los derechos humanos) y las teorías sobre la polución normativa, y el marco general del sistema de salud. En general, el análisis se orienta a determinar las barreras originadas por las normas.

Nota final

La compilación analítica de normas de salud sexual y reproductiva en Colombia, es una herramienta de trabajo para operadores del sector salud tales como gestores del riesgo, gerentes de hospitales, prestadores de servicios de salud, secretarios de salud, Ministerio de Salud y legisladores, entre otros. En todos los casos La recopilación normativa y la compilación analítica en su conjunto sirven sin duda para realizar capacitaciones a los distintos actores de los sistemas de salud sobre las normas vigentes en materia de SSR, y también los problemas de aplicación de las mismas. Este conocimiento puede contribuir a reducir o eliminar las dificultades concretas para la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, a partir de la comprensión de las normas aplicables y el alcance que tienen. En este sentido, la realización de compilación en otros ámbitos de la salud o en otros países tendría un potencial similar y por ello esta propuesta de diseño metodológico es en si misma una contribución al conocimiento y apropiación de las normas.