



POLITICA DE SALUD CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

Documento elaborado con el apoyo técnico de



*Al servicio
de las personas
y las naciones*

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA EL TOLIMA

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

Luis Carlos Delgado Peñón
Gobernador

Margarita del Pilar Zapata Arango
Secretaria de Salud

Equipo de Calidad Secretaría de Educación

Zulma Liliana Acosto Ortigón – Directora de Salud Pública

José Fair Alarcón Robayo – Médico coordinador de Siviigila

Helmer Enrique Sánchez Acosta – Enfermero contratista Dirección de Salud Pública

Susan Paola Martínez Rojas – Médica epidemióloga Siviigila

Ingrid Ximena Ortiz Sánchez – Enfermera contratista programa Salud Sexual y Reproductiva

Natalia Coca Leyva - Enfermera contratista programa Salud Sexual y Reproductiva

Lud Magdy Chavarro Ordoñez - Enfermera contratista programa Salud Sexual y Reproductiva

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD

Silvia Rucks
Directora de País

Fernando Herrera
Coordinador del Área de Pobreza y Desarrollo Sostenible

Juan Pablo Toro
Coordinador proyecto ODM del PNUD

Equipo responsable de la formulación de la política

Humberto Tobón
Consultor sénior proyecto ODM del PNUD

Juan Gonzalo López Casas
Asesor experto en Salud del proyecto ODM del PNUD

Gina Bibian Rodríguez Dulcey
Profesional territorial del proyecto ODM del PNUD en Tolima

Miyerlandi Fajardo
Asesora estadística del proyecto ODM del PNUD

Linca Publicidad
Diseño y diagramación

Nuevas Ediciones
Impresión

ISBN 978-XXX-XXXX- XX-X

Presentación

Este documento presenta la Política Departamental de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) para el periodo 2014 - 2021. Parte de una conceptualización de la SSR, de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez, incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, incluye un análisis de la situación de SSR en el departamento del Tolima, en el cual se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y desarrollo, y se precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la propuesta: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino y de mama, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual.

Esta política retoma el Plan decenal de Salud Pública, el Plan de Desarrollo del Departamento 2012-2015 y el Plan decenal de control del Cáncer 2012-2021 y que se crea con el fiel propósito de mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas, a su vez contiene objetivos específicos dirigidos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con el fortalecimiento de la red de servicios, implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiología, con el impulso al Sistema de Información en Salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas. Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.

Los principios que orientan la política son: equidad, empoderamiento, intervención focalizada, Salud como servicio público prestado con criterios de calidad.

Con base en todo lo anterior, las estrategias que plantea la política son Participación y articulación en la formulación e implementación de las Políticas públicas sectoriales,

transectoriales y con participación comunitaria que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; coordinación, sectorial y comunitaria a los procesos que permitan garantizar los derechos relacionados con la sexualidad, en el marco del ejercicio de la ciudadanía; información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, en las etapas de promoción de la salud, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: involucra acciones para la apropiación del marco normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población; así como la generación y desarrollo de mecanismos sectoriales y transectoriales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos, luchando contra la impunidad y posicionando estas violaciones como un intolerable social e institucional. Desarrollo e implementación de medidas ágiles, oportunas y especializadas de protección para garantizar una vida libre de violencias y discriminación; Participar en las acciones de socialización, sensibilización y empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos.

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Introducción

El proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo Local del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, ha venido asesorando a entidades territoriales en la formulación de políticas públicas que contribuyan a la ejecución de iniciativas contenidas en los Planes de Desarrollo.

Estas políticas públicas propenden porque se logre avanzar decididamente en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, una de las apuestas más complejas definidas por los países en el marco de la Asamblea General de Naciones Unidas en 2000 y que tienen vigencia hasta 2015.

En el departamento del Tolima se han asistido por parte del PNUD tres políticas públicas: vivienda, educación y salud, las cuales, sin duda, ayudaran a hacer realidad muchos proyectos de desarrollo y a mejorar los indicadores de calidad de vida de miles de familias.

Muy seguramente, con el compromiso político y administrativo en Tolima para ejecutar la política de Salud Sexual y Reproductiva, se podrán superar problemas relacionados con la mortalidad materna, el embarazo adolescente, la desnutrición infantil, la mortalidad en niños menores de uno y cinco años, ampliar las coberturas de atención a las mujeres gestantes, lograr que estas se comprometan con mayores controles en su embarazo, así como detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino.

El compromiso adquirido por el gobernador Luis Carlos Delgado Peñón, y por los funcionarios encargados de los ejes temáticos, ha permitido sembrar capacidades locales en la discusión de estos aspectos que son esenciales para el desarrollo humano.

La Política Pública de Salud orientada a salud sexual y reproductiva, tiene apuestas ambiciosas pero realizables. Las metas se esperan cumplir en 2021, por lo cual se comprometen los esfuerzos actuales y el de dos gobiernos posteriores. Pensar políticas de mediano plazo, es un acto de responsabilidad técnica y financiera.

ANEXO 1	55
EL CONCEPTO Y EL DESARROLLO DE LA SALUD SEXUAL	55
ANEXO 2	61
MARCO NORMATIVO	61
Gráficas	
Gráfica 1. Tasa ajustada de mortalidad en menores de un año por mil nacidos vivos. Tolima. 2005-2011.	8
Gráfica 2. Primeras causas de mortalidad en menores de un año. Tolima 2011	8
Gráfica 3. Tasa de mortalidad en menores de un año por mnv, por municipios. Tolima 2007-2011	9
Gráfica 4. Mortalidad ajustada en menores de 5 años. Tasa por mnv. Tolima 2005-2011	10
Gráfica 5. Tasa por mnv en menores de un año por municipio. Tolima promedio 2007-2011.	11
Gráfica 6. Primeras causas de mortalidad en menores de 5 años. Tolima 2011.	12
Gráfica 7. Razón de mortalidad materna global por 100.000 nacidos vivos. Colombia-Tolima 2005-2011.	13
Gráfica 8. Distribución de la mortalidad materna por causa básica. Tolima 2012.	14
Gráfica 9. Distribución de mortalidad materna por causa directa. Tolima 2012	14
Gráfica 10. Distribución de mortalidad materna por causa agrupada. Tolima 2012,	15
Gráfica 11. Porcentaje de atención institucional del parto. Tolima 2005-2011	16
Gráfica 12. Porcentaje de atención del parto por personal calificado. Colombia-Tolima 2008-2013.	16
Gráfica 13. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales. Tolima 2005-2011.	17
Gráfica 14. Distribución de nacimientos por edad de la madre. Tolima 2011.	17
Gráfica 15. Porcentaje de nacimientos de madres de 10 a 14 años por municipio. Tolima 2011.	18
Gráfica 16. Porcentaje de nacimientos de madres de 15 a 19 años por municipio. Tolima 2011.	18
Gráfica 17. Porcentaje de uso de método de planificación familiar adolescentes 13-19 años. Tolima 2010.	19
Gráfica 18. Prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar. Colombia-Tolima 2005-2010.	20

Gráfica 19. Porcentaje de uso de métodos de planificación familiar. Tolima 2010.	21
Gráfica 20. Tasa de sífilis gestacional por mil nacidos vivos. Tolima 2008-2013.	22
Gráfica 21. Incidencia de sífilis gestacional por municipios del Tolima. Promedio 2008-2012 por 1.000 nacidos vivos	22
Gráfica 22. Primeras causas de mortalidad por cáncer en mujeres. Tolima 2011.	23
Gráfica 23. Mortalidad por tumor maligno de útero. Colombia - Tolima 2001-2012.	23
Gráfica 24. Mortalidad por tumor maligno del útero por municipio. Tolima tasa promedio 2007-2011 por cien mil mujeres	24
Gráfica 25. Mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres por cien mil mujeres. Colombia-Tolima 2007-2012.	24
Gráfica 26. Mortalidad por tumor maligno de mama por municipio por cien mil mujeres. Tolima 2007-2011.	25
Gráfica 27. Tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA por cien mil habitantes. Colombia Tolima 2005-2010.	26
Gráfica 28. Tasa mortalidad VIH/SIDA. Colombia-Tolima 2010.	26
Gráfica 29. Porcentaje de mujeres que han experimentado algún tipo de violencia. Colombia-Tolima 2005-2010.	27
Gráfica 30. Distribución por edades del número de Casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo año 2013. Tolima.	29
Gráfica 31. Causas de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Tolima 2013.	29
Tablas	
Tabla 1. Naturaleza jurídica de las IPS que prestan servicios de atención materno-infantil 2012	30
Tabla 2. Distribución de IPS que ofertan servicios de atención materno-infantil 2012	30
Tabla 3. Distribución de servicios ofertados en las IPS del Tolima para la atención integral del binomio madre- hijo 2012.	30
Tabla 4. Resultados de visitas de verificación de habilitación IPS del Tolima que ofrecen servicios para la atención integral del binomio madre- hijo 2012.	31
Tabla 5. Metas PDSP-Departamento del Tolima.	37
Tabla 6. Metas PDSP-Tolima	40
Tabla 7. Metas Plan decenal para el control del cáncer 2012-2021.	47
Tabla 8. Indicadores de resultado de los proyectos de SSR de la Secretaría de Salud del Tolima.	48

1. SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

Para el análisis la situación de salud del Departamento del Tolima, los indicadores se agruparon teniendo en cuenta los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

1.1 Reducir la mortalidad infantil

La mortalidad infantil es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida. Aunque la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños menores de 1 año, también se ha medido algunas veces en niños menores de 5 años. La consideración del primer año de vida para establecer el indicador de la mortalidad infantil se debe a que el primer año de vida es el más crítico en la supervivencia del ser humano. Cuando se sobrepasa el primer cumpleaños, las probabilidades de supervivencia aumentan drásticamente. Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la sanidad gratuita (a mayor pobreza o menor calidad sanitaria y de salud pública, mayor índice de mortalidad infantil). Este es el cuarto de los Objetivos del Milenio.

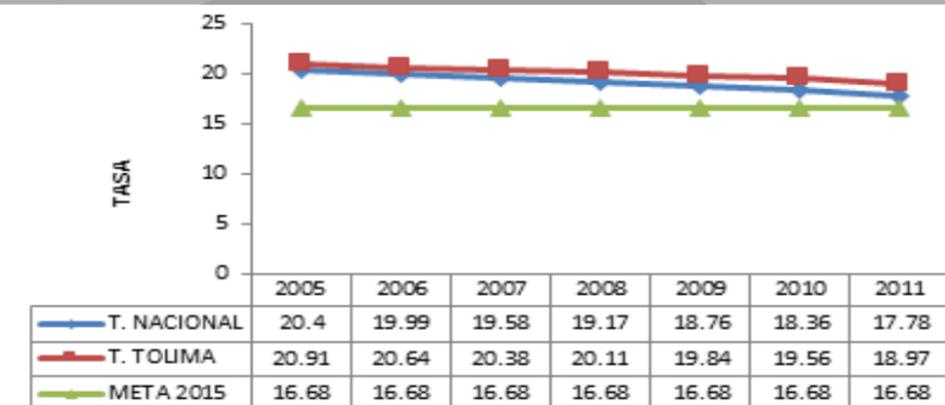
La mortalidad infantil por ser uno de los temas insignia para determinar el grado de desarrollo de un país, es monitoreado tanto a nivel nacional como a nivel local. Su tendencia en Colombia es hacia la disminución gracias a los esfuerzos realizados en busca de ofrecer mejores servicios de salud y al posicionamiento del tema en las agendas locales. La atención a la infancia es prioridad tanto del gobierno nacional como de los gobiernos departamentales y municipales.

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

Mortalidad en menores de 1 año. La mortalidad infantil se define como la muerte ocurrida en un niño(a) desde el periodo neonatal (que va desde el nacimiento hasta los 28 días de vida) y el periodo post-neonatal (mayores de 28 días hasta los 11 meses y 29

días). Se expresa corrientemente por mil nacidos vivos y mide la probabilidad que tiene un niño recién nacido de morir antes de cumplir su primer año de vida.

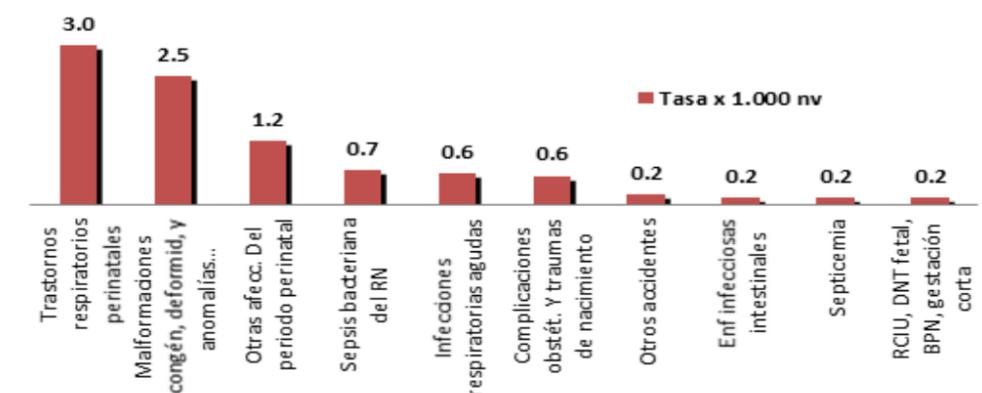
Gráfica 1. Tasa ajustada de mortalidad en menores de un año por mil nacidos vivos. Tolima, 2005-2011.



Fuente: DANE nacimientos y defunciones

Según el comportamiento identificado de la mortalidad infantil en menores de 1 año en el Departamento del Tolima, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido en el periodo 2005 a 2011. Comparado con la tasa nacional a 2011, el Departamento está por encima. Existe la posibilidad de que el país y el territorio alcancen la meta propuesta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 16.68 de muertes infantiles por mil nacidos vivos. Situación que debe motivar la intensificación en las acciones de monitoreo y seguimiento a los prestadores de salud en búsqueda del mejoramiento de la calidad en la atención al recién nacido y se establezcan mecanismos de control a los estándares de habilitación de las instituciones de salud del Departamento.

Gráfica 2. Primeras causas de mortalidad en menores de un año. Tolima 2011

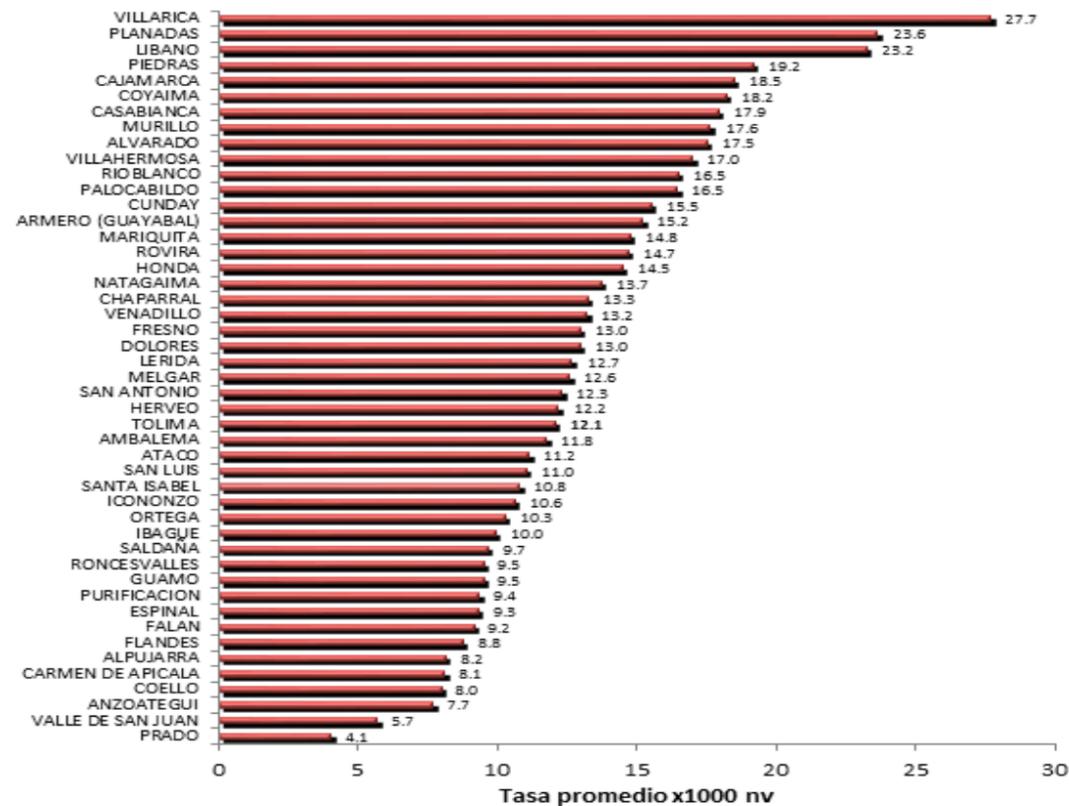


Fuente: DANE nacimientos y defunciones

Las principales causas de mortalidad en menores de un año en el Departamento del Tolima, son: Trastornos respiratorios perinatales (3,0 por ml nacidos vivos - mnv), malformaciones congénitas (2,5 por mnv), otras afecciones del período prenatal (1,2 por mnv), sepsis bacterianas del recién nacido (0,7 por mnv), infecciones respiratorias (0,6 por mnv) y complicaciones obstétricas (0,6 por mnv). Estas causas de mortalidad están asociadas a condiciones sociales, a la falta de mantenimiento de estilos de vida saludables y en ocasiones al bajo impacto en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deben adelantar los prestadores de servicios de salud. Se debe resaltar que la principal causa de muerte son los trastornos respiratorios con una tasa de 3,0 y la más baja asociada a deficiencias nutricionales con un 0,2.

El análisis por municipios del Departamento, evidencia que el que presenta mayor tasa de mortalidad en este grupo de edad es Villarrica con 27.7 por mnv, seguido de Planadas (23.6 por mnv) y Líbano (23.2 por mnv). Los tres municipios con las tasas más baja de mortalidad en este grupo poblacional son Anzoátegui (7.7 por mnv), Valle de San Juan (5.7 por mnv) y Prado (4.1 por mnv).

Gráfica 3. Tasa de mortalidad en menores de un año por mnv, por municipios. Tolima 2007-2011



Fuente: SIVIGILA Unidad de Análisis Secretaria de Salud del Tolima

Mortalidad en menores de 5 años. La tasa de mortalidad en menores de cinco años permite evaluar las condiciones de vida de la población y las oportunidades que se brindan en términos de desarrollo, en particular en lo referente a la oferta y demanda de los servicios de salud.

Colombia tiene como meta del Milenio una mortalidad en menores de cinco años de 18,98 por mnv. Con datos a 2011, Tolima tuvo una tasa de 22,14 por mnv, mientras que la del país fue 20,46 por mnv.

Gráfica 4. Mortalidad ajustada en menores de 5 años. Tasa por mnv. Tolima 2005-2011



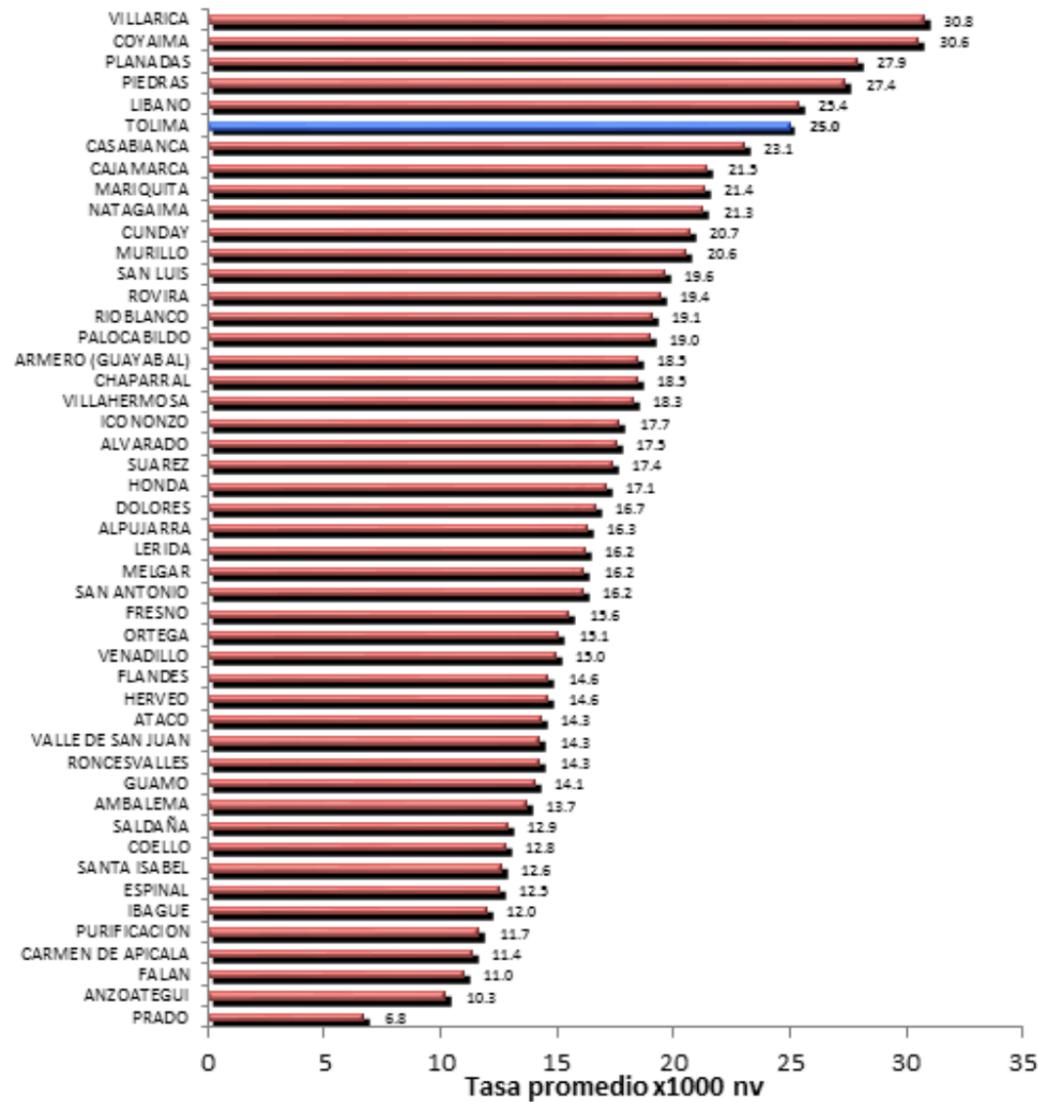
Fuente: DANE nacimientos y defunciones

El Departamento del Tolima disminuyó 7,57 puntos la mortalidad en menores de cinco años desde 2005 (29,71 por mnv) hasta 2011 (22,14 por mnv). Sin embargo, para cumplir la meta de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, aún falta mejorar este indicador en 3,16 puntos.

Con respecto al comportamiento nacional, Tolima tiene tasas superiores de mortalidad en menores de cinco años, lo que debe ser un alerta para canalizar y articular estrategias en beneficio de la atención infantil y la minimización de los casos de mortalidad en la región.

Las mortalidades a nivel municipal en menores de 5 años muestran a Villarrica con la tasa más alta tasa en 2011 (30.8 por mil nacidos vivos).

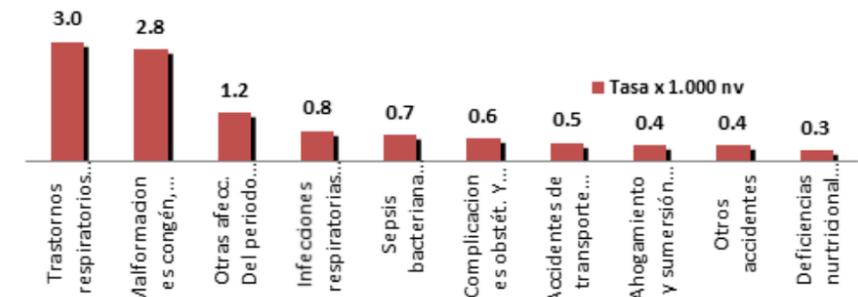
Gráfica 5. Tasa por mrv en menores de un año por municipio. Tolima promedio 2007-2011.



Fuente: DANE nacimientos y defunciones

Las principales causas de mortalidad en menores de cinco años en el Departamento del Tolima, se han distribuido de la siguiente manera: Trastornos respiratorios, malformaciones congénitas, otras afecciones del período prenatal, infecciones respiratorias, sepsis bacterianas, complicaciones obstétricas, accidentes de transporte, ahogamiento y sumersión, otros accidentes y defunciones nutricionales.

Gráfica 6. Primeras causas de mortalidad en menores de 5 años. Tolima 2011.



Fuente: Estadísticas Vitales DANE

Todas estas causas de mortalidad están asociadas a condiciones sociales, a la falta de mantenimiento de estilos de vida saludables y en ocasiones al bajo impacto en las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deben adelantar los prestadores de servicios de salud. Es importante tener en cuenta que la principal causa de muerte son los trastornos respiratorios con una tasa de 3,0 y la más baja asociada a deficiencias nutricionales con un 0,3. Al observarse todos los comportamientos estas causas de mortalidad se encuentran íntimamente relacionadas a los componentes de salud pública y condiciones de vida comunitarios.

1.2 Mejorar la salud materna

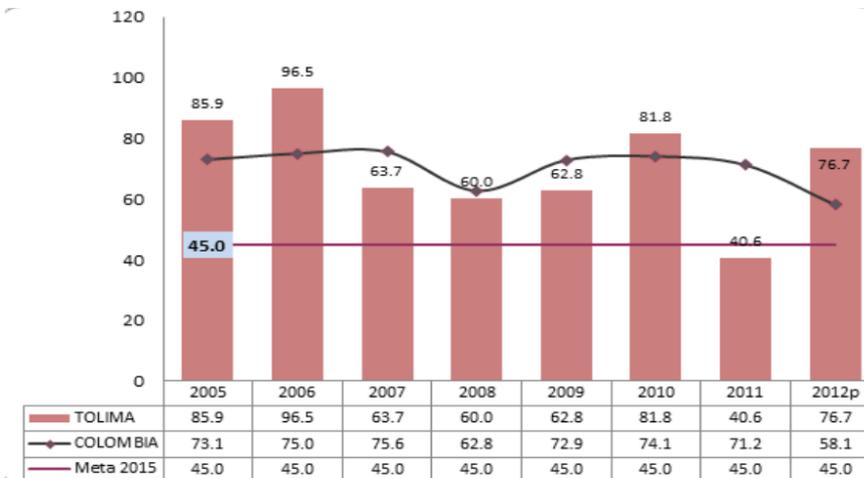
La mortalidad materna o muerte materna o de mujeres gestantes es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. La muerte materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud; de hecho es el más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que se ve expuesta este grupo poblacional¹. La salud materna corresponde al ODM 5.

Mortalidad materna. Uno de los flagelos que afectan negativamente la salud pública de la región, son los indicadores de mortalidad materna. Por esta razón se han adelantado

¹ Aedo S, Cyntia B, Mazzei M, Lattus J. Transición epidemiológica de la mortalidad materna. Rev Obstet y Ginecol Santiago Chile. 2010;5:1-92.

en el Departamento visitas de verificación a las condiciones de habilitación de todos los prestadores que ofrecen el servicio de obstetricia y sala de partos, con el fin de garantizar la salud de la población materna.

Gráfica 7. Razón de mortalidad materna global por 100.000 nacidos vivos. Colombia-Tolima 2005-2011.



Fuente: SIVIGILA Unidad de Análisis Secretaria de Salud del Tolima

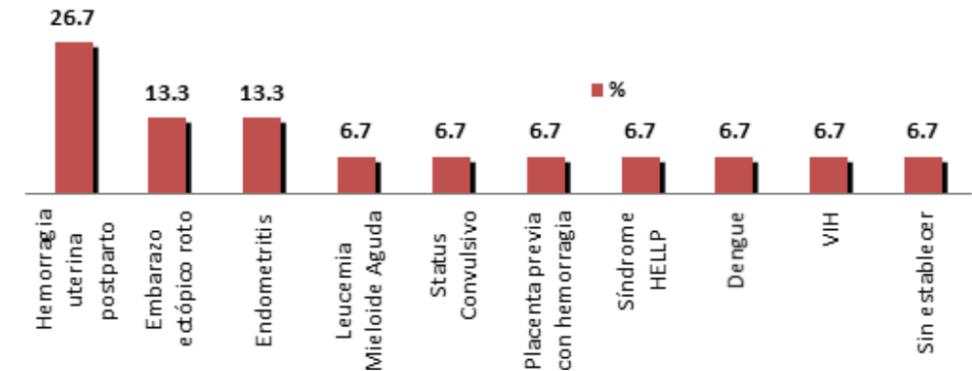
Según el comportamiento identificado en los ocho años de registro frente a la mortalidad materna global, se puede afirmar que el Departamento del Tolima no ha tenido una tendencia sostenida. Ha tenido resultados críticos como el de 2006, cuando hubo una mortalidad materna de 96.5 por cien mil nacidos vivos (cmnv) o muy buenos como lo ocurrido en 2011 donde la mortalidad fue 40.6 por cmnv. El último dato en esta materia en Tolima es el del 2012, cuando la razón de mortalidad fue 76,7 por cien mil nacidos vivos.

Toda esta situación debe motivar de manera prioritaria la intensificación en las acciones de monitoreo y seguimiento a los prestadores de salud en búsqueda del mejoramiento de la calidad en la atención a la gestante y establecer mecanismos de control a los estándares de habilitación de las instituciones de salud del Departamento.

Tolima tiene tasas de mortalidad materna superiores al promedio nacional, lo que debe ser un alerta, para canalizar y articular estrategias en beneficio de la atención a la gestante.

Los 8 casos de mortalidad materna en 2011 en el Tolima ocurrieron en: Ibagué 3, Honda 1, Saldaña 1, Líbano 1, Espinal 1 y Valle de San Juan 1.

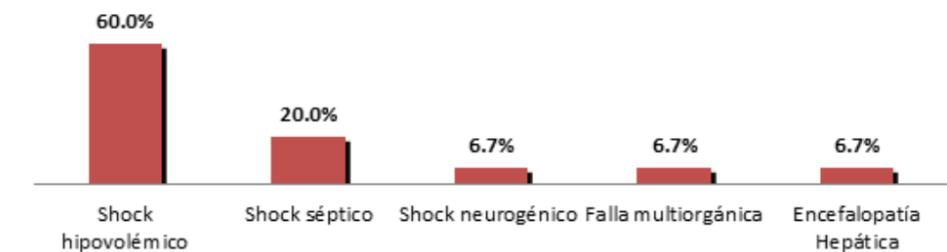
Gráfica 8. Distribución de la mortalidad materna por causa básica. Tolima 2012.



Fuente: SIVIGILA Unidades de Análisis

Dentro de las diez primeras causas de mortalidad materna por causa básica en el Tolima que muestra la gráfica, se evidencia la necesidad de garantizar una atención del parto más segura en las instituciones de salud del Departamento. Adicionalmente se requiere intensificar los seguimientos a los planes de mejoramiento implementados por las Empresas Sociales del Estado –ESE- a nivel municipal para mejorar la atención de las mujeres gestantes.

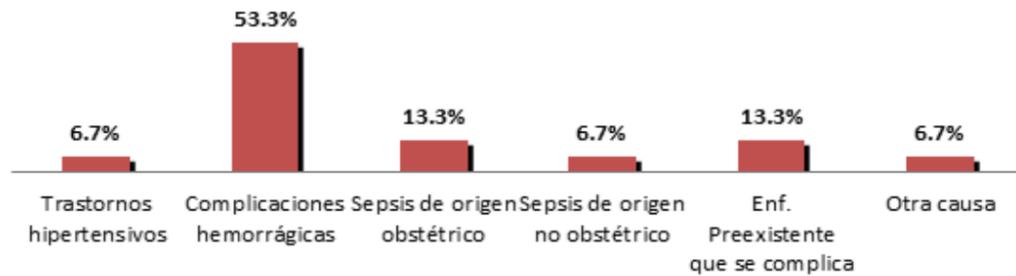
Gráfica 9. Distribución de mortalidad materna por causa directa. Tolima 2012



Fuente: SIVIGILA Unidad de Análisis

Las dos causas directas que generan más mortalidad materna son el shock hipovolémico y el shock séptico. Estas dos situaciones se relacionan con procesos de atención directa del parto, en donde se puede cuestionar acerca de los procesos de atención, procesos de esterilización y otras situaciones que están articuladas y deben garantizar un parto seguro.

Gráfica 10. Distribución de mortalidad materna por causa agrupada. Tolima 2012,



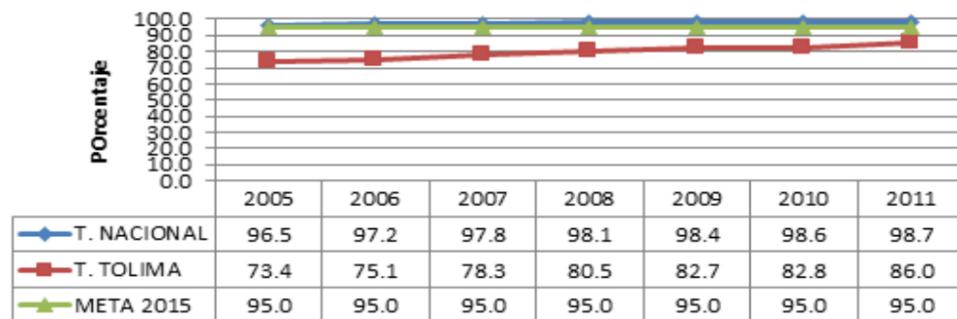
Fuente: SIVIGILA Unidad de Análisis

La mortalidad materna por causa agrupada se enfoca principalmente a situaciones que condicionan la salud de la mujer, y que pueden desencadenar la muerte de la paciente, de tal manera que comparativamente las complicaciones hemorrágicas se convierten en la principal causa de mortalidad, lo que debe motivar a una reflexión y análisis de los procesos de entrenamiento, capacitación e idoneidad del personal que atiende y se hace responsable de la paciente para evitar la ocurrencia de este flagelo.

Punto importante para el control de la mortalidad materna se refiere a la identificación y notificación de los casos de las mujeres embarazadas con complicaciones graves. Esta vigilancia es un factor clave para la toma de decisiones para reducir la morbi-mortalidad materna en el departamento del Tolima.

Atención institucional del parto. Con los resultados divulgados por el DANE a 2011, Tolima tuvo una cobertura de 86%, mejorando en un 17% el porcentaje de atención de parto institucional desde 2005. Sin embargo, el Departamento está un 13% por debajo de la cobertura promedio de la nación que para el 2011 fue 98,7%.

Gráfica 11. Porcentaje de atención institucional del parto. Tolima 2005-2011



Fuente: Estadísticas Vitales DANE

Atención del parto por personal calificado. El comportamiento del porcentaje de atención del parto atendidos por personal calificado ha venido en aumento, pasando de 96,5% en el 2008 a 98,2% en 2013, manteniendo y superando la meta de ODM desde 2007.

Gráfica 12. Porcentaje de atención del parto por personal calificado. Colombia-Tolima 2008-2013.

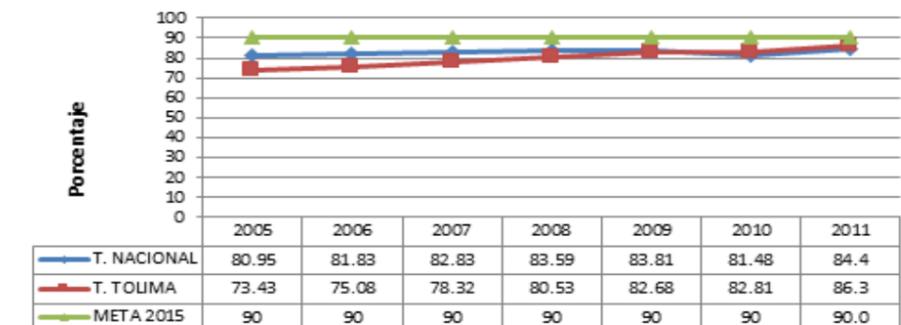


Fuente: Estadísticas Vitales DANE (2012 – 2013 preliminares)

Número de controles prenatales. Las gestantes tolimesas se han comprometido a mejorar los niveles de seguridad para el parto, tanto desde el punto de vista médico como físico, al asistir decididamente a los controles prenatales. En 1998 los nacidos vivos con madres que se practicaron cuatro o más controles prenatales representaban en el Departamento un 54,2% y en 2011 el indicador subió a 86,3%, superando por primera vez el promedio del país.

Aunque los buenos resultados son evidentes, aun no se ha cumplido con la meta definida por Colombia en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y que fue fijada en 90%. Faltan aún 3,7 puntos porcentuales para alcanzar el Objetivo en 2015.

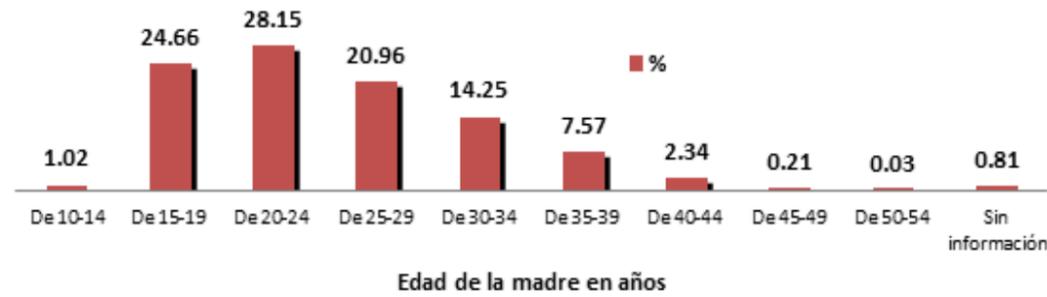
Gráfica 13. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales. Tolima 2005-2011.



Fuente: Estadísticas Vitales DANE

Embarazos adolescentes. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS, en 2005 las mujeres gestantes del Tolima entre 15 y 19 años fueron 20.5% y en 2010 bajaron a 18.70%. Con esta información se puede concluir que las medidas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en el Departamento lograron resultados favorables.

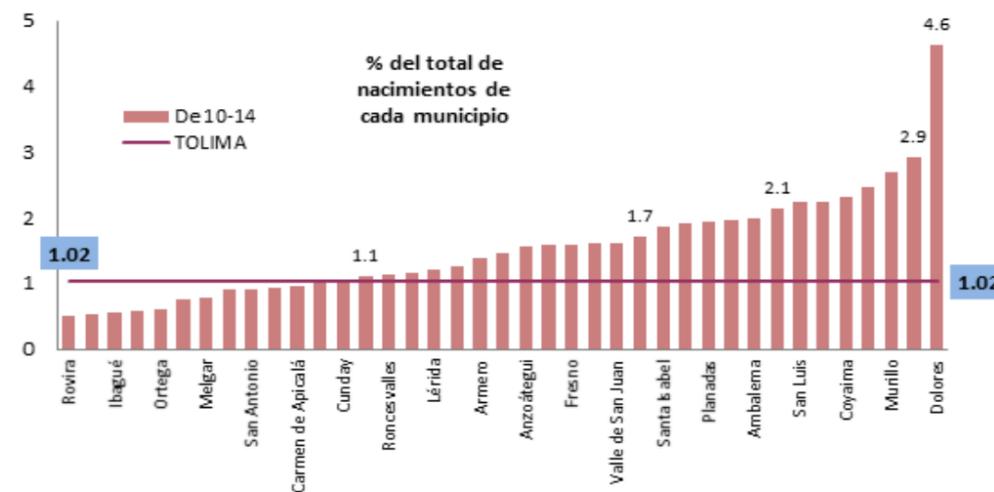
Gráfica 14. Distribución de nacimientos por edad de la madre. Tolima 2011.



Fuente: Estadísticas Vitales DANE

Con respecto a la distribución de nacimientos por edad de la madre en el Departamento del Tolima para 2011, se evidenció que la edad en la que se registró el mayor número de nacimientos fue entre 20 y 24 años con un 28,15%; seguido por el grupo de 15 a 19 años con un 24,66% y de mujeres de 25 a 29 años con un 14,25%. Las mujeres de 10 a 14 años representaron 1,02%

Gráfica 15. Porcentaje de nacimientos de madres de 10 a 14 años por municipio. Tolima 2011.

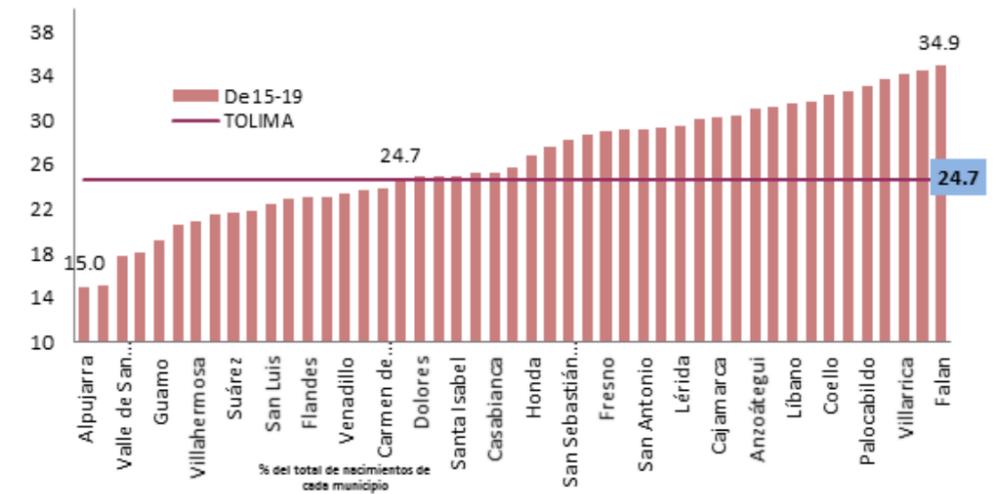


Fuente: Estadísticas Vitales DANE

Los municipios que reportan mayor y menor porcentaje de nacimientos de madres de 10 a 14 años son Dolores (4.6%) y Rovira (0.5%), respectivamente.

Con respecto a nacimientos de madres de 15 a 19 años, el resultado más crítico se presentó en 2011 en Falan con un 34.9% y el más favorable se reportó en Alpujarra con el 15%.

Gráfica 16. Porcentaje de nacimientos de madres de 15 a 19 años por municipio. Tolima 2011.



Fuente: Estadísticas Vitales DANE

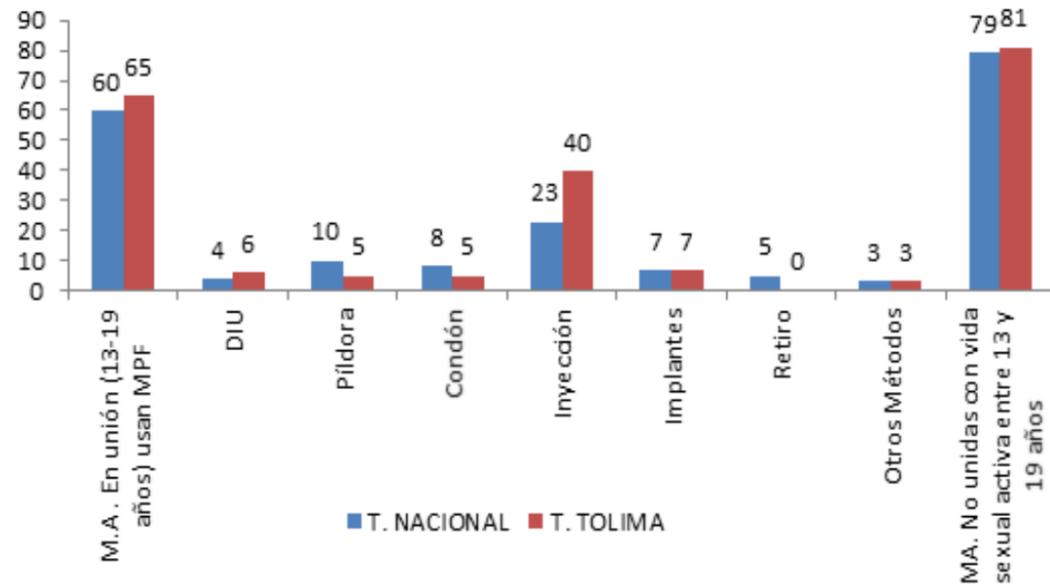
Uso de métodos anticonceptivos. Planificación familiar es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

Colombia ha logrado ciertos avances en el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres entre 15 y 19 años. De esta manera, se pasó de una prevalencia de 38,30% en 1995 a 63,10% en 2010. Aunque la meta del Milenio (75%) no ha sido alcanzada por el país, la dinámica nacional muestra un incremento sostenido, que muy seguramente conducirá a alcanzar la cifra presupuestada para 2015.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2010, que contempla un rango mayor de edades en adolescentes (13-19 años), Colombia presenta un 60% de estas mujeres en unión que están usando métodos anticonceptivos, siendo los más usados la inyección y la píldora. En cuanto a las adolescentes no unidas con vida sexual activa, un 79% usa métodos anticonceptivos de algún tipo.

Para 2010, según la misma encuesta, Tolima registró 65% de mujeres adolescentes en unión (13-19 años) que están usando métodos anticonceptivos, siendo el más común la inyección (40%). El Departamento presenta un 81% de mujeres no unidas de 13 a 19 años con vida sexual activa que usan métodos anticonceptivos.

Gráfica 17. Porcentaje de uso de método de planificación familiar adolescentes 13-19 años. Tolima 2010.



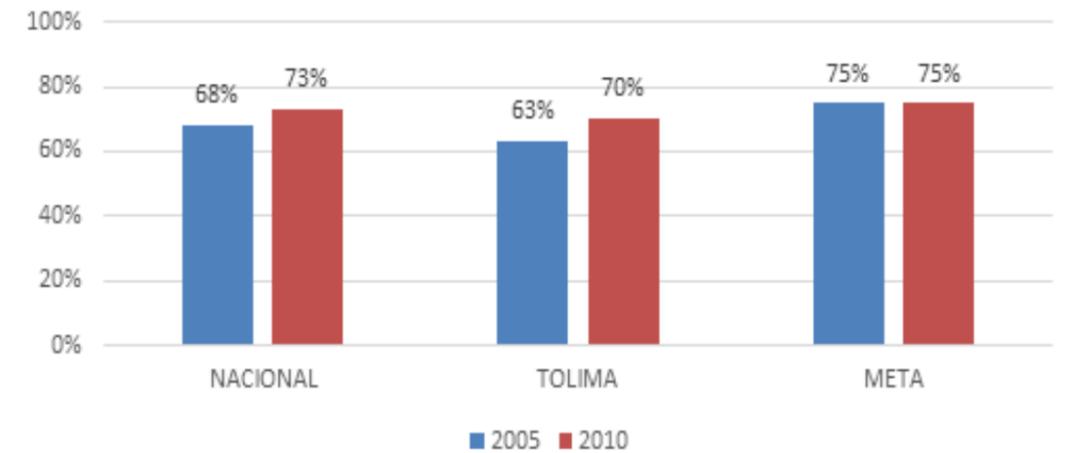
Fuente: ENDS 2010 - PROFAMILIA

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, tanto a nivel nacional como en Tolima, es más alta en mujeres no unidas que en las que se encuentran unidas.

El comportamiento nacional y regional para Tolima comparten características similares según los datos de la ENDS, sin embargo hay diferencias con respecto al uso del método de inyección, pues en Tolima se estima en 40%, mientras que a nivel nacional en 23%.

De 1995 a 2010 Colombia logró incrementar el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en un 23,7%, pasando de una prevalencia de 59% a 73,3%, acercándose a la meta del Milenio fijada en 75%. Tolima, por su parte, ha reportado un incremento de 10,5% entre 2005 y 2010, al pasar de una prevalencia de 63,4% a 70,1%.

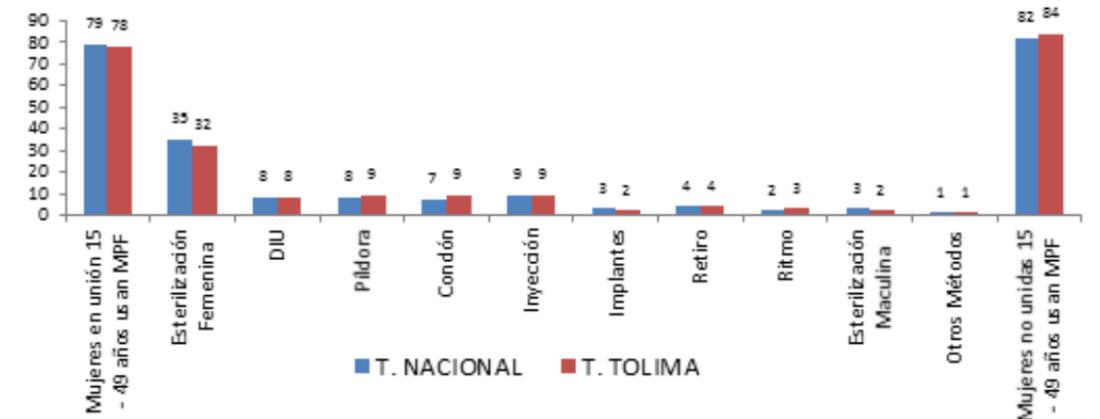
Gráfica 18. Prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar. Colombia-Tolima 2005-2010.



Fuente: ENDS 2010 - PROFAMILIA

De acuerdo con los datos de la ENDS 2010, el método anticonceptivo más usado en Tolima por las mujeres en unión es la esterilización femenina (32%), igual situación se presenta a nivel nacional.²

Gráfica 19. Porcentaje de uso de métodos de planificación familiar. Tolima 2010.



Fuente: ENDS 2010 - PROFAMILIA

² Diferenciales TY, Fecundidad DELA. Fecundidad 5. 2010;108-26.

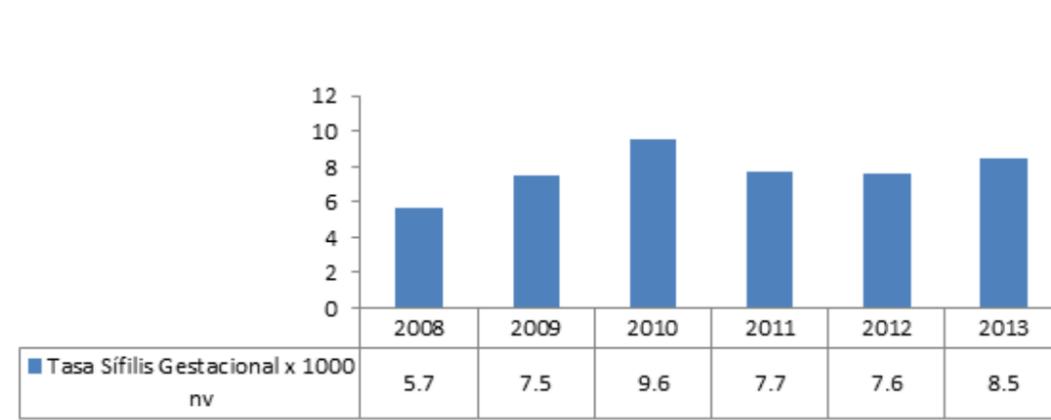
1.3 Otras enfermedades que afectan a las mujeres

Sífilis gestacional. Es aquella que se diagnostica en toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la semana 20 de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) durante la gestación.

La sífilis pone en riesgo la salud tanto de la madre como de su hijo (sífilis congénita). La mortalidad neonatal puede llegar a 54% de los niños afectados, siendo la prematuridad una causa importante. La base primordial de la prevención/eliminación de la transmisión vertical (madre/hijo) es la detección y tratamiento de la infección en la gestante. Se estima que hasta 90% de los recién nacidos de madres con sífilis no tratada adquirirán la sífilis congénita y muchos no desarrollan síntomas hasta dos semanas a tres meses después de nacidos.

La gravedad clínica de la sífilis congénita comprende un espectro que va desde el aborto espontáneo, el mortinato, el hidrops fetal no inmune, el bajo peso al nacer, el parto pretérmino y la muerte perinatal, hasta secuelas serias en los nacidos vivos por infección neonatal e infección latente. En general, se ha visto que puede llevar a muerte intrauterina en 30% de los casos, a muerte neonatal en 10% o lesión neonatal en 40%. Tales resultados dependen de la edad gestacional en la cual se realice el diagnóstico, de manera que estas patologías contribuyen al incremento de las tasas de mortalidad infantil del país. Por ello los esfuerzos se deben dirigir a prevenir la sífilis congénita en la etapa prenatal.

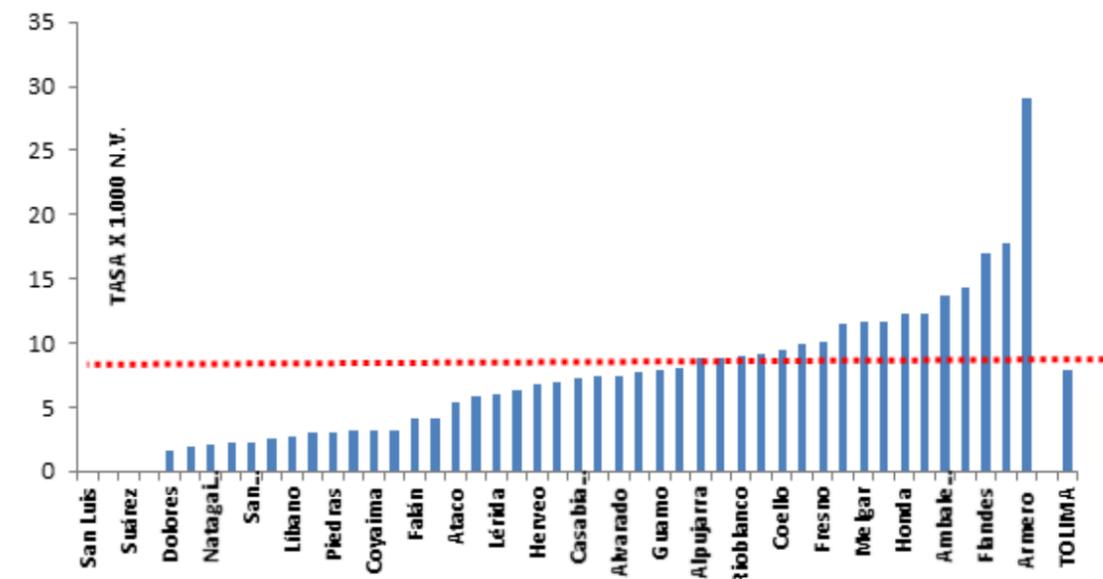
Gráfica 20. Tasa de sífilis gestacional por mil nacidos vivos. Tolima 2008-2013.



Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Departamental

La tasa de sífilis gestacional durante el período representado en la gráfica ha sido fluctuante. Se aprecia en los extremos 2008 y 2013, una diferencia de 2.8 puntos relacionados con la tasa por cada 1.000 nacidos vivos en el Departamento, identificándose la tasa más alta en 2010, situación que exige intensificar aún más la captación de gestantes a los controles prenatales y asegurar la maternidad segura no solamente en las condiciones de generar partos eutócicos, sino también minimizando este tipo de infecciones de transmisión sexual adquiridas durante el período de la gestación.

Gráfica 21. Incidencia de sífilis gestacional por municipios del Tolima. Promedio 2008-2012 por 1.000 nacidos vivos

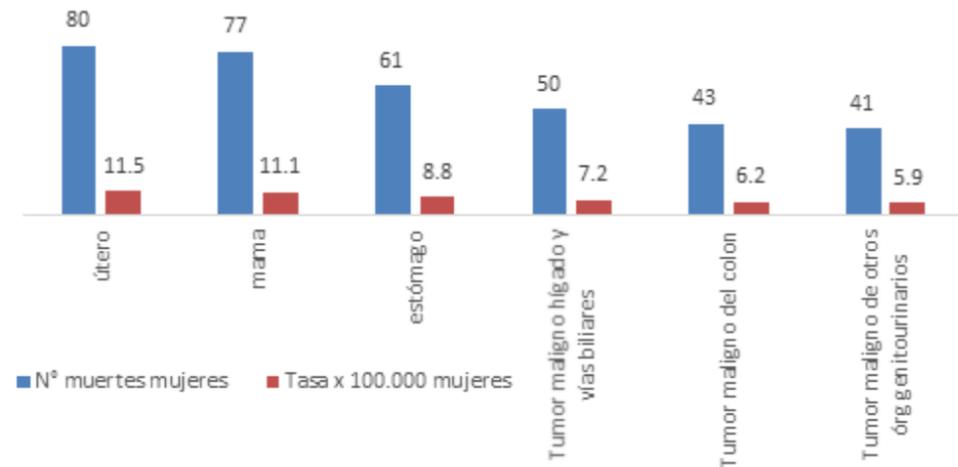


Fuente: SIVIGILA Secretaría de Salud Departamental

El comportamiento de incidencia de sífilis gestacional por municipio no se mantiene uniforme, pues comparado entre el municipio que reportó la más alta tasa frente a la más baja existe una diferencia 30 puntos, situación que debe ser considerada de manera detallada, pues como se puede deducir del comportamiento a nivel departamental, los casos en lugar de disminuir han venido aumentando.

Cáncer. Es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general tiende a llevar a la muerte a la persona afectada si no se somete a un tratamiento adecuado. Se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer, los más frecuentes son los de piel, pulmón, mama y colorrectal.

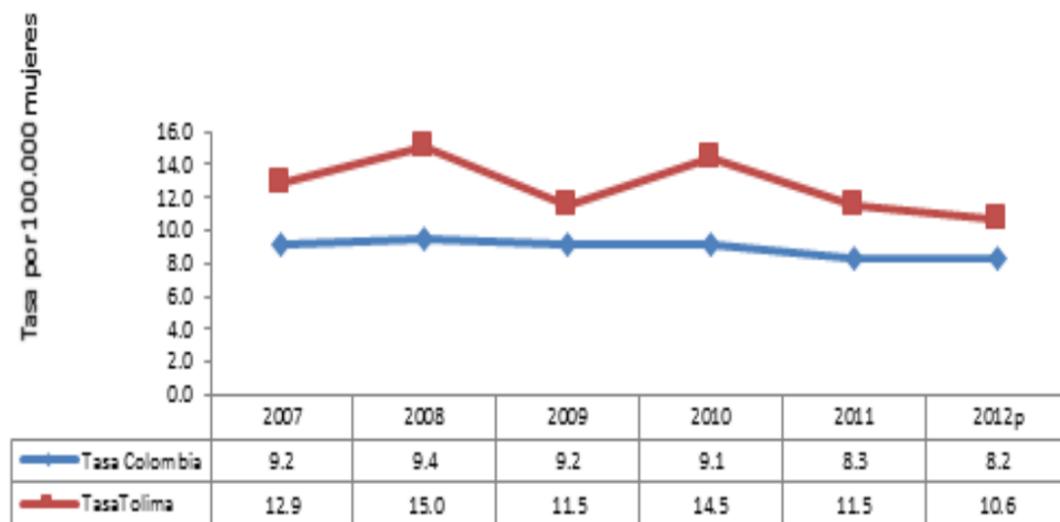
Gráfica 22. Primeras causas de mortalidad por cáncer en mujeres. Tolima 2011.



Fuente: DANE-Estadísticas Vitales

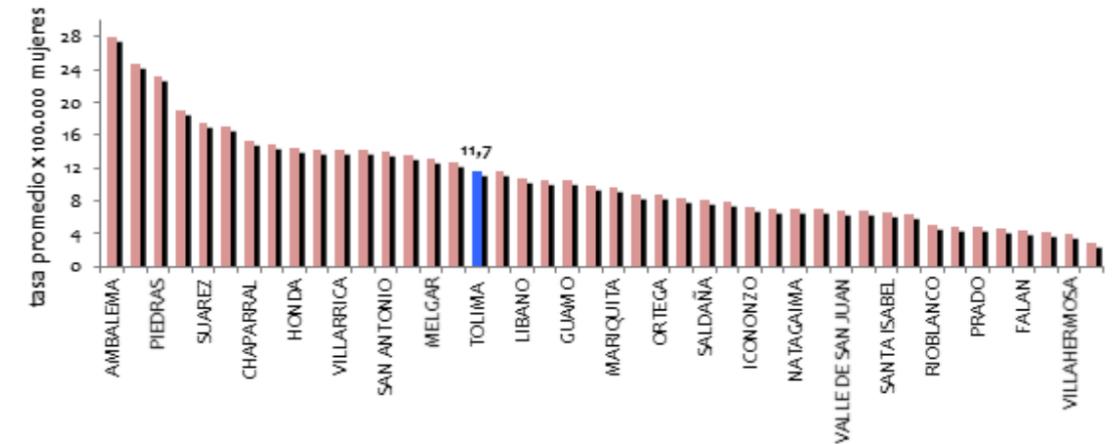
En el Departamento del Tolima los tipos de cáncer que ocasionan mayor número de muertes, son el de útero con una tasa de 11,5 por cien mil mujeres (cmm) y el cáncer de mama con un 11,1 por cmm.

Gráfica 23. Mortalidad por tumor maligno de útero. Colombia - Tolima 2001-2012.



Fuente: DANE-Estadísticas Vitales

Gráfica 24. Mortalidad por tumor maligno del útero por municipio. Tolima tasa promedio 2007-2011 por cien mil mujeres

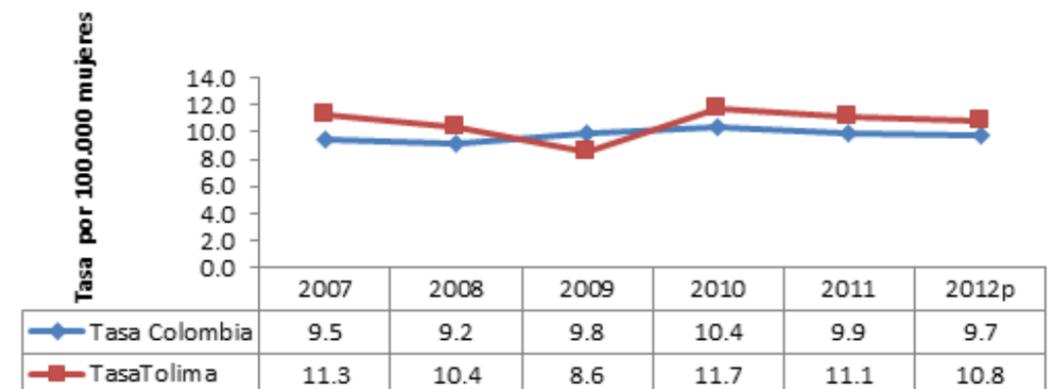


Fuente: DANE-Estadísticas Vitales

El municipio de Ambalema presenta la mayor tasa de mortalidad por tumor maligno de útero con 28.1 por cada 100.000 mujeres (cmm) y la más baja en el municipio de Coyaima con 3.0 por cmm. El Departamento del Tolima obtuvo una tasa promedio de 11.7 por cmm.

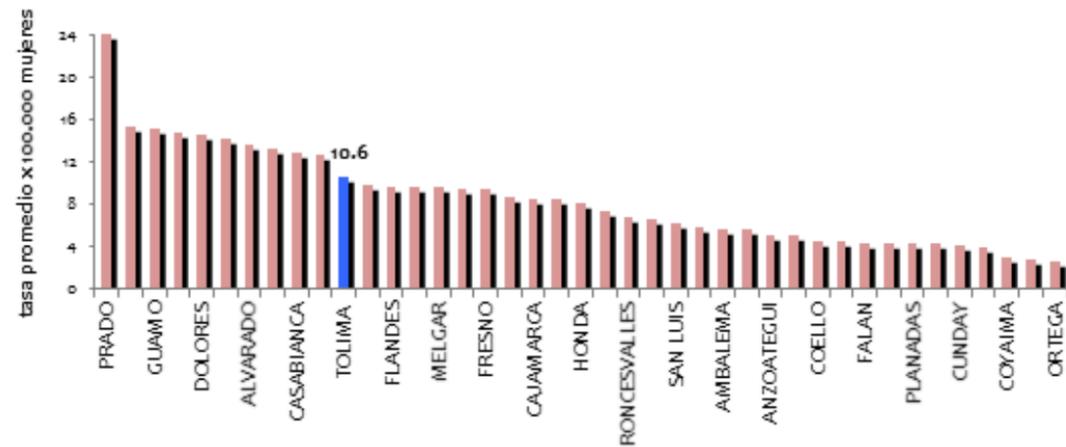
Cáncer de mama. Con respecto al comportamiento de los casos reportados de mortalidad por cáncer de la mama en el Departamento y la nación, prácticamente han conservado una misma tendencia, sin embargo, Tolima presenta mayores indicadores de casos por esta enfermedad.

Gráfica 25. Mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres por cien mil mujeres. Colombia-Tolima 2007-2012.



Fuente: DANE Estadísticas Vitales

Gráfica 26. Mortalidad por tumor maligno de mama por municipio por cien mil mujeres. Tolima 2007-2011.



Fuente: DANE-Estadísticas Vitales

A nivel departamental se evidenció que Prado tiene la tasa más alta de mortalidad por cáncer de mama con 24.1 por cien mil mujeres, y la más baja el municipio de Ortega con 2.5 por cmm. El Departamento reportó una tasa de 10.6 por cmm.

Cáncer de cérvix-útero. El cáncer cervical o carcinoma de cérvix o cáncer de cuello de útero incluyen las neoplasias malignas, que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina.

Con relación a la citología como método para diagnosticar el CA de cérvix de una población objetivo de 271.300 para el 2013, se logró una cobertura del 45,78%³, lo que equivale a 124.200 citologías. Esto indica, que se observa un incremento del 7.24% con relación al 2012, dónde sólo se alcanzó el 38.54%, correspondiente a 104.439 citologías tomadas y reportadas de un total de 271.021 programadas.

Este incremento no permite considerar la efectividad del programa en el Departamento, ya que de acuerdo a la meta poblacional establecida por los entes nacionales se requiere de un 80% de cumplimiento.

VIH / Sida. El virus de la inmunodeficiencia humana –VIH es un lentivirus (de la familia Retroviridae), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de SIDA por el equipo

de Luc Montagnier en Francia en 1983. El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica.

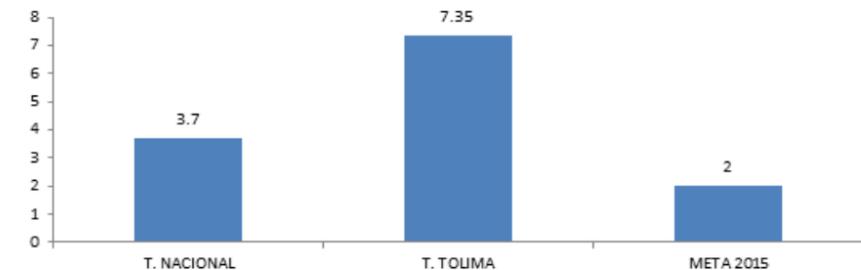
Gráfica 27. Tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA por cien mil habitantes. Colombia Tolima 2005-2010.



Fuente: Estadísticas Vitales DANE

Hasta 2008 se puede observar que el reporte de casos a nivel nacional ha sobrepasado el comportamiento departamental, sólo a partir de 2009 la situación cambió y el Tolima ha ido incrementado los casos de la tasa de mortalidad por encima de 6 por cada 100.000 habitantes.

Gráfica 28. Tasa mortalidad VIH/SIDA. Colombia-Tolima 2010.



Fuente: ENDS 2010 PROFAMILIA

El número de casos reportados en el Tolima se alejan notablemente de la meta del Milenio, pues el Departamento reporta una tasa de 7.35 por cada 100.000 habitantes y la meta es de 2 por cada 100.000 habitantes. Esta situación debe hacer que se intensifiquen los mecanismos y estrategias para que se disminuyan los casos nuevos de infección por VIH y más aún que se progrese a la fase de SIDA.

³ Aún falta información de las ESE de los municipios de Cajamarca e Icononzo, e informes pendientes de los municipios de Guamo, Ortega, Palocabildo, Purificación, Rioblanco, Ronesvalles, Saldaña, San Antonio, e Ibagué.

De acuerdo con el informe del Instituto Nacional de Salud (2012), la reactividad para VIH en la sangre captada de los donantes a nivel nacional fue menor al 0,15%. Si bien esta cifra es baja, la vigilancia sobre este proceso debe ser permanente para garantizar sangre de calidad a los pacientes.

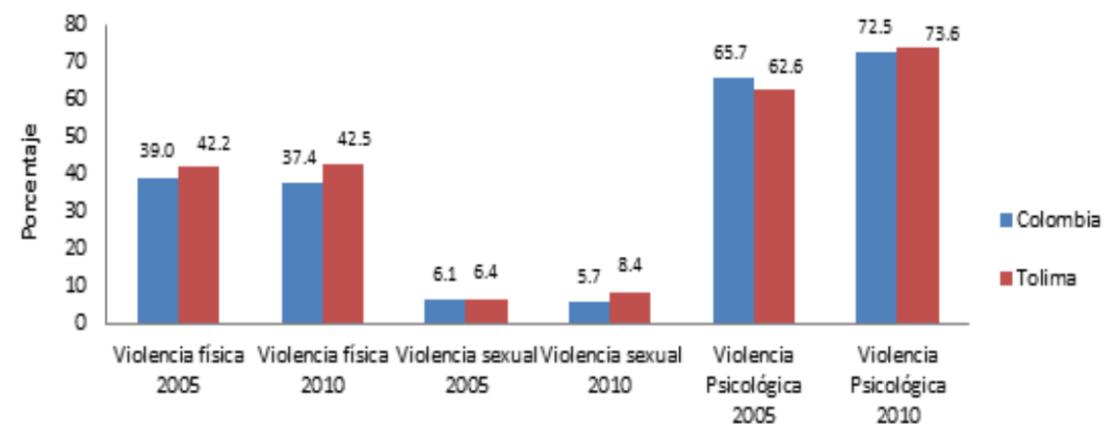
1.4 Violencia basada en género y violencia sexual

La violencia contra la mujer es un hecho reconocido como un problema social. Naciones Unidas (1993) ratificó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, porque es un grave atentado a los derechos humanos de las mujeres y de las niñas.

En el artículo 1 de la Declaración dice que por “violencia contra la mujer” se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Los actos de violencia se producen en la familia y en la comunidad. Estos actos presentan numerosas facetas que van desde la discriminación y el menosprecio hasta la agresión física o psicológica, llegando incluso a la muerte. En Colombia los casos de violencia contra la mujer se han ido incrementando.

Gráfica 29. Porcentaje de mujeres que han experimentado algún tipo de violencia. Colombia-Tolima 2005-2010.



Fuente: ENDS 2005 - 2010 PROFAMILIA

Dentro de los actos de violencia contra la mujer se encuentran en un mayor porcentaje la violencia psicológica por encima del 70%, seguida de la violencia física con un porcentaje superior al 37% y, por último, la violencia sexual.

En Tolima se viene trabajando en la prevención de la violencia sexual, buscando sensibilizar a las Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS públicas y privadas, en la atención en salud y seguimiento a las víctimas de violencia sexual, articulando la atención con el sector justicia y protección con el fin de restaurar su autonomía, dignidad y recuperación física y emocional.

1.5 Población LGBTI

Tolima busca a través de la formulación e implementación de políticas diferenciadas de inclusión social, promover la igualdad de derechos y de oportunidades de acceso a los beneficios a la comunidad LGBTI, bajo los principios de respeto y reconocimiento del derecho a la diferencia.

Son frecuentes los reclamos de la población LGBTI frente a la discriminación y el maltrato que reciben, lo que dificulta su acceso y permanencia en el sistema educativo y en el mercado laboral. Si bien, ha habido avances en el reconocimiento y la protección de sus libertades, aún falta mejorar en la atención y prestación de servicios bajo un enfoque diferencial y de garantía de derechos.

El Departamento del Tolima no cuenta con caracterizaciones ni estadísticas sobre las condiciones de vida de la población LGTBI. No obstante, ejercicios participativos con representantes de este sector poblacional, permiten identificar como uno de los principales problemas las prácticas discriminatorias, de estigmatización y exclusión que inciden directamente sobre la garantía y ejercicio efectivo de derechos como el trabajo en condiciones de dignidad, educación, participación, salud, cultura, acceso a vivienda y libre desarrollo de la personalidad, entre otros.

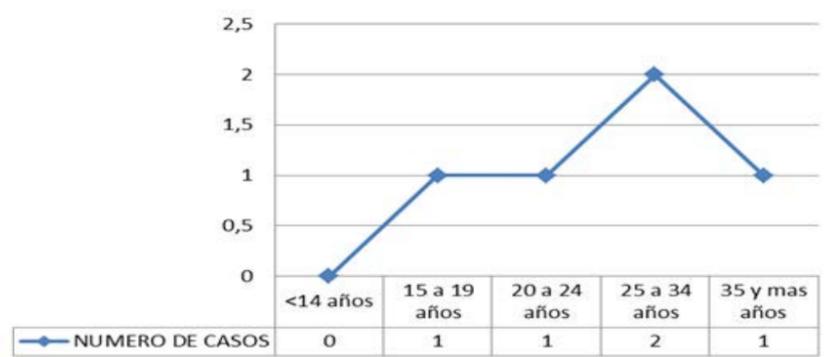
La salud mental constituye un tema de especial interés, reforzada por patrones de rechazo por parte del grupo familiar, las instituciones educativas y/o el medio laboral, que inducen al suicidio, principalmente en población joven.

De igual manera, sobresalen los problemas socialmente relevantes de la población transgenerista, asociados a prostitución, deserción escolar, delincuencia y consumo de sustancias psicoactivas, los cuales requieren de acciones puntuales de atención.

Además de las causas relacionadas con la exclusión social, se identifica la debilidad de las instituciones para incorporar en sus políticas, planes y programas, el enfoque diferencial que asegure el acceso de este sector poblacional a la oferta social del Estado, siendo necesario adelantar procesos de sensibilización con funcionarios/as, desde sectores estratégicos como salud y educación.

1.6 Interrupción voluntaria del embarazo – IVE / prevención del aborto inseguro

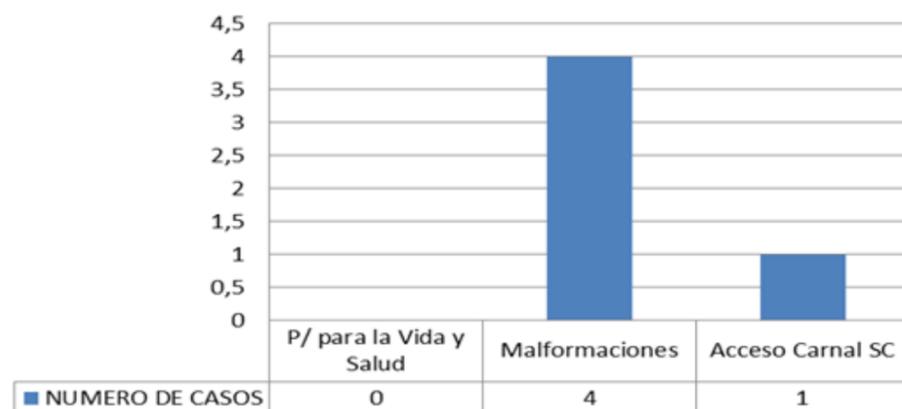
Gráfica 30. Distribución por edades del número de Casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo año 2013. Tolima.



Fuente: Sistema de Información I.V.E año 2013 Secretaría de Salud del Tolima.

En el año 2013 fueron notificados 5 casos de interrupción voluntaria del embarazo, el 40% de los casos corresponde a mujeres con edades entre los 25 y 34 años, con el 20 % en cada grupo etareo de mujeres con edades entre: los 15 y 19 años, de 20 a 24 años y de 35 y más años.

Gráfica 31. Causas de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Tolima 2013.



Fuente: Sistema de Información I.V.E año 2013 Secretaría de Salud del Tolima.

De este total, el 80% corresponden a malformaciones fetales y el 20% a acceso carnal violento.

1.7 Red de prestadores de servicios de salud

Para 2012, en el departamento del Tolima se encontraban registradas en la base de datos de prestadores de servicios de salud un total de 85 instituciones que tenían dentro de su oferta servicios dirigidos a garantizar una maternidad segura y atención del parto con el mínimo de riesgos. El 58% pertenecían al sector público y 42% al privado.

Tabla 1. Naturaleza jurídica de las IPS que prestan servicios de atención materno-infantil 2012

IPS	TOTAL	%
PUBLICO	49	58%
PRIVADO	36	42%
TOTAL	85	100%

Fuente: REPS Secretaría Salud Tolima Dirección de oferta de Servicios 2012

Del total de IPS registradas en la base de datos, el 38% se encuentran ubicadas en Ibagué, y el 62% restantes están distribuidas en los otros 47 municipios que conforman el Departamento.

Tabla 2. Distribución de IPS que ofertan servicios de atención materno-infantil 2012

IPS	TOTAL	%
IBAGUÉ	32	38%
MUNICIPIOS	53	62%
TOTAL	85	100%

Fuente: REPS Secretaría Salud Tolima – Dirección de oferta de Servicios 2012

Las 85 instituciones prestadoras de servicios de salud ofertaban en 2012 un total de 200 servicios para el binomio madre – hijo.

Tabla 3. Distribución de servicios ofertados en las IPS del Tolima para la atención integral del binomio madre- hijo 2012.

PRESTADOR	TOTAL	%
UCI NEONATAL	7	4%
UCI PEDIATRICA	5	3%
UCIA ADULTOS	13	7%
OBSTETRICIA	61	31%
GINECOBSTETRICIA	45	23%
SERV. URGENCIAS	69	35%
TOTAL	200	100%

Fuente: REPS Secretaría Salud Tolima – Dirección de oferta de Servicios 2012

En 2012 sólo el 35% del total de IPS fueron certificadas, de acuerdo con la base de datos de la plataforma Registro Especial de Prestadores de Servicios –REPS.

Tabla 4. Resultados de visitas de verificación de habilitación IPS del Tolima que ofrecen servicios para la atención integral del binomio madre- hijo 2012.

IPS	TOTAL	%
CERTIFICADAS	30	35%
NO CERTIFICADAS	55	65%
TOTAL	85	100%

Fuente: REPS, Informe Consolidado de Visitas Dirección de Oferta 2012

El 91% de las IPS certificadas son de naturaleza privada y el 9% restante son públicas. El 76% de IPS no certificadas son pública y el 24% privadas.

2. POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social.⁴ La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y propende también la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).⁵

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 accesibles, la eliminación de la violencia doméstica, violencia basada en género y violencia sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.⁶

2.1 OBJETIVO GENERAL

Propender y garantizar las condiciones que son competencia del sector salud, que permitan el ejercicio pleno y libre de la sexualidad en un marco de los derechos sexuales y reproductivos.

4 UNFPA - Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Colombia, Bogotá; 2003.

5 SOCIAL MDLP, UNFPA FDPDLNU-. Documento modelo de intersectorialidad. Bogotá, Colombia; 2011.

6 UNFPA - Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Colombia, Bogotá; 2003.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Propiciar las oportunidades para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de equidad, libertad, sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social.

Generar una institucionalidad del sector salud favorable y articuladora de acciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Promover un diálogo público con los movimientos sociales fundados en el ejercicio de derechos, favoreciendo el reconocimiento de la capacidad de los individuos para tomar decisiones y para ejercer ciudadanía, como sujetos con derecho a tener derechos.

2.3 ALCANCE DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA CON ÉNFASIS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La política Pública en Salud con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva ha sido construida en un contexto territorial de implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, específicamente en la revisión de las metas y estrategias definidas en el orden nacional y en algunos casos ajustada a las necesidades y situación de salud del Tolima.

Esta Política, ha sido desarrollada con el abordaje de enfoque de derechos, en el escenario de los derechos humanos, el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de los contextos sociales e históricos.⁷

El derecho a la salud alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, e implica una interdependencia con otros derechos; se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social, y se refiere al nivel de salud que le permite a una persona vivir dignamente, y a los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana. Ese

7 Social M de S y P. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Bogotá, Colombia; 2013.

derecho se hace extensivo al acceso básico a la alimentación y a la nutrición, a la vivienda, al agua limpia y potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a condiciones de trabajo seguras y sanas, a un medio ambiente sano, así como a los servicios sociales, mediante la disposición del Estado de todos los recursos posibles para hacer efectivo tal derecho.⁸

En la estructuración de las obligaciones que lo materializan se reconocen dimensiones de sujetos y grupos de especial protección, entre los cuales se encuentran los niños y las niñas, las mujeres, las víctimas, las personas con discapacidad, las personas mayores, las personas privadas de la libertad, la misión médica, que agregan a los compromisos de orden general del derecho particularidades de acciones afirmativas para cada uno de ellos.⁹

2.4 MARCO ORIENTADOR DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ACUERDO CON EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 - 2021:

En el plan decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la salud sexual y reproductiva está definida *como una dimensión prioritaria, entendida como un Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades.*¹⁰

La política de Salud del Tolima con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, en alineación con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, adopta como principios que la motivan y orientan, *el enfoque según el cual los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, la búsqueda de la equidad (particularmente en términos de género y de justicia social), el principio de la igualdad de trato y de oportunidades (concepto que incluye el tratamiento diferenciado de las necesidades especiales), el empoderamiento, la intervención focalizada, y la concepción de la salud como servicio público que debe*

8 *Ibidem*

9 *ibidem*

10 Social M de S y P. Dimensión derechos sexuales y reproductivos del Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá, Colombia; 2013.

ser prestado con criterios de calidad, eficiencia, universalidad y solidaridad, además de los atributos de la calidad establecidos en el marco legal vigente que se orientan a la optimización y resultados positivos de la atención de salud específica¹¹ que garantice y propenda por los derechos sexuales y reproductivos en el Departamento del Tolima.

Esta dimensión prioritaria tiene por objetivo: *Promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas.*¹²

La política de Salud con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva del Tolima ha adoptado como líneas de acción los componentes de la dimensión prioritaria de “Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos”.

2.5 PRINCIPIOS ORIENTADORES

Los principios orientadores de la política pública de salud con énfasis en salud sexual y reproductiva del Departamento del Tolima, adopta en su totalidad los principios orientadores de la Política Pública Nacional de Salud Sexual y Reproductiva¹³:

2.5.1 Equidad

Los factores de inequidad más claramente asociados a la SSR tienen que ver con la situación de desventaja que muestran los elementos del diagnóstico para los sectores de la población más pobre, de menor nivel de escolaridad, sin cobertura del SGSSS, habitantes de las zonas rurales, mujeres y, muy especialmente, para las personas en situación de desplazamiento o habitantes de las zonas de conflicto. Para estas personas todos los riesgos asociados con la sexualidad y la reproducción son mucho mayores que para el resto de la población. Por lo tanto, mejorar las condiciones de acceso y la calidad de los servicios y la información contribuirá a superar un factor de inequidad, lo cual es un elemento importante en la búsqueda de la justicia social.

¹¹ UNFPA - Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Colombia, Bogotá; 2003.

¹² Social M de S y P. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Bogotá, Colombia; 2013

¹³ UNFPA - Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Colombia, Bogotá; 2003.

2.5.2 Empoderamiento

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

2.5.3 Intervención focalizada

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

2.5.4 Salud como servicio público prestado con criterios de calidad

Además de los criterios de calidad para la prestación de servicios de salud desarrollados en el Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1441 de 2013, la calidad en la prestación de servicios de SSR debe considerar elementos tales como la confidencialidad, la formación adecuada del talento humano, no sólo en los aspectos médicos, técnicos, de seguridad, de sistemas de referencia y contrarreferencia y normativos sino en habilidades de comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género y condiciones que les permitan a los usuarios y usuarias la toma de decisiones informadas.

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

2.6 LINEAS DE ACCIÓN

2.6.1. LINEA 1. PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GÉNERO.

Definición:

La promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos y Equidad de género es un mecanismo continuo de intrasectorialidad de diferentes actores, que permite a las personas gozar del nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva, a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

Objetivo:

Articular y participar en las acciones tendientes a garantizar el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción, libre de violencias, en un marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, etnia, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima del conflicto armado.

Tabla 5. Metas PDSP-Departamento del Tolima.

META PDSP	LINEA BASE	2015	2019	2021
Para el año 2021, el 80% de las entidades territoriales contará por lo menos con un espacio transectorial y comunitario, que coordinará la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.	SD	Gestionar con despacho de Gobernador inclusión en el CONPOS departamental la promoción y garantía de los DSR. Sensibilizar a los 47 municipios para la inclusión en la agenda de los CONPOS la garantía de los DS y DR conforme al PDSP	El 60% de los municipios contará por lo menos con un espacio transectorial y comunitario, que coordinará la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.	80% de los municipios contará por lo menos con un espacio transectorial y comunitario, que coordinará la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. IVC a los 47 municipios en la inclusión de la agenda de los CONPOS la garantía de los DS y DR conforme al PDSP

META PDSP	LINEA BASE	2015	2019	2021
Para el año 2021, el 80% de las municipales, incluirán programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.	SD	Sensibilizar a los 47 municipios para la inclusión de proyectos y programas que garanticen los DS y DR conforme al PDSP. Asistencia técnica a los 47 municipios para la inclusión de proyectos y programas que garanticen los DS y DR conforme al PDSP en los planes de desarrollo	60% de los municipios incluirán programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.	80% de municipios incluirán programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros. IVC a los 47 municipios en la inclusión de proyectos y programas que garanticen los DS y DR conforme al PDSP en los planes de desarrollo

Estrategias

- Participación y articulación en la formulación e implementación de las Políticas públicas sectoriales, transectoriales y con participación comunitaria que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos; afectando positivamente los determinantes sociales que son modificables de acuerdo a la competencia del sector salud y que están 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 SSR de los adolescentes, y la garantía de la salud materna.
- Coordinación, sectorial y comunitaria a los procesos que permitan garantizar los derechos relacionados con la sexualidad, en el marco del ejercicio de la ciudadanía; así como para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones de salud públicas, privadas y comunitarias, dirigidas al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad segura con enfoque diferencial.
- Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, en las etapas de promoción de la salud, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, promoviendo

la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la IVE, parto y puerperio, atención integral a víctimas de violencia de género y/o violencia sexual, cáncer de mama y de cérvix.

- Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: involucra acciones para la apropiación del marco normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población; así como la generación y desarrollo de mecanismos sectoriales y transectoriales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos, luchando contra la impunidad y posicionando estas violaciones como un intolerable social e institucional. Desarrollo e implementación de medidas ágiles, oportunas y especializadas de protección para garantizar una vida libre de violencias y discriminación.
- Participar en las acciones de socialización, sensibilización y empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión, para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y los recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos.

2.6.2. LINEA 2. PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS

Definición

Acciones coordinadas sectoriales y comunitarias para garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde el enfoque de derecho.

Objetivos

- Garantizar las acciones de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad, desde los enfoques de derechos, de género y diferencial, por medio de la atención en salud y la participación en la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y que contribuyen con el nivel más alto de la SSR.
- Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, la prevención del aborto inseguro,

planificación familiar e Infecciones de Transmisión Sexual, atención integral de cáncer de mama y cérvix, servicios amigables para adolescentes, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y estrategias de Atención Primaria en Salud.

- Mejorar la salud y promover el acceso a servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 29 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores.
- Garantizar la atención integral en salud a las víctimas de violencia de género y sexual, con enfoque de derechos, de género y diferencial, mediante el fortalecimiento institucional, la gestión del conocimiento, y la coordinación y articulación sectorial, transectorial y comunitaria.
- Sensibilizar en factores de riesgo y promoción de factores protectores, que inciden en la epidemia de Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/SIDA, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a la prevención y a la atención integral en salud, y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación.

Tabla 6. Metas PDSP-Tolima

PDSP	TOLIMA	LINEA BASE	2015	2019	2021
A 2021, disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.	Tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.	SD	Construir línea base.	Definir de acuerdo con la LB	61/1000 habts.
Para el año 2021, la mortalidad materna evitable será inferior a 45 por cien mil nacidos vivos.	Mortalidad Materna	77,8	50	45	Menor a 45x 100 mil nacidos vivos
A 2021, el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales	mujeres gestantes con 4 o más controles prenatales	86,3%	90%	95%	95%
A 2021, el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.	Ingresó al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.	SD	Construir línea de base	Definir de acuerdo con la LB	80%
A 2021, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%.	Proporción de nacidos vivos de madres adolescentes	24%	20%	17%	15%

PDSP	TOLIMA	LINEA BASE	2015	2019	2021
A 2021, incrementar como mínimo en quince puntos, el porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a abuso y violencia y violencias sexuales.	Porcentaje de mujeres que solicitan ayuda ante alguna institución competente para la atención a abuso y violencia y violencias sexuales.	SD	Construir línea base.	Definir de acuerdo con la LB	Aumento de 15 puntos.
A 2021, el 80% de los municipios del país operará el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.	Municipios del Tolima que operan el sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar	SD	Construir línea base	Definir de acuerdo con la LB	80% de los Municipios con vigilancia en SP abuso y violencia sexual.
Para el año 2021, el 80% de los municipios desarrollarán procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios para garantizar la atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, dentro y fuera del conflicto armado; con participación de los sectores de justicia, protección, salud, y demás instituciones responsables de las medidas de reparación integral.	% de cumplimiento del protocolo en cuanto a profilaxis antes de 72 horas	SD	Construir línea base	Definir de acuerdo con la LB	80%
Para el año 2021, el 100% de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas recibirán una atención integral de los sectores de salud, protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.	Víctimas de violencias de género y violencias sexuales identificadas recibirán una atención integral en salud, y remisión para protección y justicia para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.	SD	Construir línea de base.	Definir de acuerdo con la LB	100%
Para el año 2021, el 100% de las EPS, en coordinación con las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, contará con una red integrada de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente.	Red integrada de servicios para víctimas de violencias de género y violencias sexuales, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad vigente.	SD	Construir línea de base.	Definir de acuerdo con la LB	100%

PDSP	TOLIMA	LINEA BASE	2015	2019	2021
Para el año 2021, el 100% de las secretarías de educación certificadas del país definirán planes territoriales de formación para docentes en servicio, desde un enfoque de género, de derechos y diferencial, sobre las rutas y procesos de atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.	Articulación con el 100% de las secretarías de educación certificadas del departamento para inclusión de acciones en los planes territoriales de formación para docentes en servicio, desde un enfoque de género, de derechos y diferencial, sobre las rutas y procesos de atención a víctimas de violencias de género y violencias sexuales.	SD	Construir línea base	Definir de acuerdo con la LB	100% Sec. Educación certificadas
Para el año 2021, el 100% de las instituciones nacionales de los sectores de salud, protección y justicia incluirán, en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos.	Para el año 2021, el 100% de las instituciones de salud públicas del Tolima, incluirán, en sus planes de formación, estrategias de capacitación y actualización permanente sobre la ruta de atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales desde un enfoque de derechos.	SD	Construir línea base	Definir de acuerdo con la LB	100% de instituciones públicas
Al año 2021, mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.	Prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.	SD	Construir línea base	Definir de acuerdo con la LB	< 1
Para el año 2021, alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.	Porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.	SD	Construir línea base	Definir de acuerdo con la LB	</= 2
Para el año 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.	incidencia de sífilis congénita	2.8	</= 2	</= 1	</= 0,5
Para el año 2021, lograr el acceso universal a terapia Anti Retro Viral –ARV- para todas las personas en necesidad de tratamiento.	Acceso universal a terapia Anti Retro Viral ARV para todas las personas en necesidad de tratamiento.	SD	Construir línea base	Definir de acuerdo con la LB	Acceso universal ARV
Para el año 2021, aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, mujeres trans-género, personas privadas de la libertad).	Promover el uso del condón en algunos grupos focalizados como vulnerabilidad (HSH, Mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, mujeres trans-género, personas privadas de la libertad).	SD	Construir línea base	Definir de acuerdo con la LB	Aumento de acuerdo con la LB
Para el año 2015, el 100% de las mujeres en control prenatal habrán sido tamizadas para Hepatitis B.	% de las mujeres en control prenatal habrán sido tamizadas para Hepatitis B.	SD	Construir línea base	Definir de acuerdo con la LB	100% mujeres control prenatal
Para el año 2021, disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%.	xxx % de reactividad	Reactividad menor 0,15%	0,15%	0,1%	0,075%

Estrategias

Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.

- Fortalecer Inspección, Vigilancia y control para garantizar el cumplimiento de las actividades de inducción de la demanda, atención integral y acceso a servicios de consejería, consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos; así como la eliminación de barreras de acceso y seguimiento del uso de métodos modernos de anticonceptivos, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil, incluidos los y las adolescentes; y seguimiento, evaluación y difusión del cumplimiento de normas técnicas y metas definidas, por parte de la Nación y las entidades territoriales.
- Desarrollo de tecnologías de información y comunicación para movilización de actores institucionales y comunitarios; organización de redes sociales de apoyo y diseño de aplicativos móviles para la red de aseguradores y prestadores de servicios de salud, que incluye herramientas de comunicación para los procesos de referencia y contrarreferencia de acuerdo con los recursos disponibles.
- Estructurar las rutas atención integral de las mujeres antes, durante y después de un evento obstétrico, y de sus hijos e hijas y socialización de esta, a nivel comunitario e institucional; identificando mapa de actores que participan en la ruta de atención integral.
- Adoptar y desarrollar la Política Nacional de Humanización de los Servicios de Salud: implica incorporar los enfoques de derechos, de género y diferencial, y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio. Generar líneas de acción en humanización de los servicios de Salud.
- Calidad en la atención: promover alianzas estratégicas entre entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, y prestadores de servicios, para eliminar barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de servicios integrales, que incluya aseguramiento prioritario del binomio madre hijo, seguimiento, telemedicina, asistencia comunitaria, atención prehospitalaria, hogares de paso, mejoramiento de capacidad resolutoria de las IPS y sistema de referencia y contrarreferencia efectivo que garantice los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
- Vigilancia en salud pública: incluye la vigilancia de: la morbilidad materna y neonatal extrema, la Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE-, el embarazo en adolescentes y del modelo de seguridad clínica que incluya disponibilidad, oportunidad y suficiencia

de sangre y componentes sanguíneos en los servicios de salud para el manejo de las complicaciones obstétricas; así como el fortalecimiento de sistemas de información confiables y oportunos; y gestión del conocimiento Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de los datos y gestión de la información.

- Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer, antes, durante y después de un evento obstétrico.

Salud Sexual y Reproductiva SSR de adolescentes y jóvenes.

- Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad a adolescentes y jóvenes.
- Fortalecimiento de la oferta y acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos e inducción de la demanda temprana hacia los servicios de Salud Sexual y Reproductiva –SSR-.
- Fortalecer los sistemas de información y desarrollar gestión del conocimiento para la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes.
- Participar en las acciones de fomento de políticas y proyectos sectoriales, transectoriales y comunitarios para la prevención de la explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes, la trata de personas y el reclutamiento forzado, así como la atención integral de las víctimas.
- Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes, con enfoque de derechos, de género y diferencial.
- Fortalecer los sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones, especialmente las relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes, ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE y embarazo en adolescentes. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información.

Abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales.

- Participar en la consolidación de los sistemas de información sobre violencias de género a través de la articulación de los sistemas de información de los sectores de salud, justicia y protección, como insumo para la gestión de la política pública y la generación de conocimiento. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información para

la toma de decisiones frente a las acciones de las políticas, acciones de prevención, detección, atención integral, y seguimiento para asegurar el acceso efectivo de la atención a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales.

- Participar en la gestión articulada de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; la Política Pública de Equidad de Género para las Mujeres; el Plan Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencias; el Programa para el Abordaje Integral en Salud de las Violencias de Género y los lineamientos de Política Pública para la Garantía de los Derechos de las Mujeres Víctimas del Conflicto Armado.
- Garantía de una atención integral a las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, desde el sector salud, de conformidad con los protocolos, guías y normatividad vigente para la restitución de los derechos que les han sido vulnerados.
- Fortalecimiento de las capacidades personales y profesionales del talento humano del sector salud, para la atención integral de las violencias de género y violencias sexuales, con enfoque de derechos, de género y diferencial.
- Implementación de estrategias diferenciales para el abordaje integral de la Salud Sexual y Reproductiva, prevención y atención de violencias de género y sexual, y de las personas, familias y comunidades víctimas del conflicto armado.
- Análisis de Situación en Salud de las violencias de género y violencias sexuales, mediante Comités Operativos de Vigilancia Epidemiológica COVE, unidades de análisis y Salas Situacionales; Salas de Crisis en violencia sexual en el marco del conflicto armado, entre otras.

Acceso universal a prevención y atención integral en ITS- VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad.

- Articulación sectorial y comunitaria para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o en contextos de vulnerabilidad; para inclusión social y prevención del estigma y la discriminación por razones de orientación sexual e identidad de género.
- Fomento de estrategias educativas para la prevención de la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA y la reducción del estigma y la discriminación en el entorno laboral.
- Coordinación con el sector cultura, comunicaciones, eclesial y de fuerzas armadas para la concurrencia de acciones que apunten a reducir condiciones de vulnerabilidad en Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA.

- Sensibilización y aumento de acciones que fomenten las capacidades de la sociedad civil frente a ITSVIH/SIDA en acciones de tipo comunitario, para la promoción de derechos, la prevención en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, incluyendo la detección temprana y la canalización a los servicios de salud.
- Información educación y comunicación para la reducción del estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH/SIDA.
- Prevención de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita y del VIH.
- Promoción de la demanda y ampliación de la oferta de asesoría y prueba voluntaria de Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, mediante la oferta de pruebas rápidas en los servicios comunitarios, con énfasis en poblaciones vulnerables, para su canalización al diagnóstico en los servicios de salud de acuerdo a las competencias en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Actualización, difusión e implementación de guías de práctica clínica en Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, para la prevención, detección oportuna y el tratamiento adecuado de la infección por VIH/SIDA y el control del riesgo biológico y bioseguridad.
- Promoción y educación a la comunidad y a los donantes de sangre para la prevención de las infecciones transmitidas por transfusión (VIH, Sífilis, HTVL, VHB y VHC), y canalización desde el banco de sangre hacia los servicios de salud de los donantes positivos o con factores de riesgo.
- Prevención y control de las Hepatitis virales. Implica la coordinación de acciones de prevención incluidas en el Plan Ampliado de Inmunización, Bancos de Sangre, Riesgos Laborales y Salud Sexual y Reproductiva.
- Implementación de planes de contingencia en los planes territoriales para la prevención y atención integral de la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA en casos de emergencia o desastre.
- Vigilancia en salud pública, desarrollo de gestión del conocimiento, que incluye el fortalecimiento del sistema de Información del Plan Nacional de Respuesta a la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA, que incluye el sistema de reporte a través de SIVIGILA, la auditoría y análisis de información a los reportes que genera la Cuenta de Alto Costo y la investigación diagnóstica, terapéutica y operativa en salud pública, para el control de la Infección de Transmisión Sexual por VIH/SIDA.

Atención integral en cáncer de cuello uterino y de mama

De acuerdo a los lineamientos definidos en el plan decenal de cáncer 2012 – 2021, se desarrollarán las acciones definidas en este documento con relación al cáncer en el Tolima, de acuerdo a la revisión del plan decenal de cáncer.

Tabla 7. Metas Plan decenal para el control del cáncer 2012-2021.

Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021	LINEA BASE	2015	2019	2021
A 2021, reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 por 100.000 mujeres.	8,8 (2009)	</ = a 8,5	</ = a 8,5	</ = a 8,5
A 2015, reducir la tasa de mortalidad por tumor maligno de útero (100,000 mujeres entre 25 a 64 años)	15,1	</ = a 14,6		
A 2015, reducir la tasa de mortalidad por tumor maligno de mama (100,000 mujeres)	9,5	</ = a 9,2		
A 2015, reducir la tasa de mortalidad por tumor maligno de útero (100,000 hbts 65 y más años).	45	43,7		
A 2015, reducir la tasa de mortalidad por tumor maligno de mama (100,000 hbts 65 y más años)	21,6	</ = a 21		
A 2015, el 80% de la población objeto (mujeres de 30-65 años) con tamización para cáncer de cuello uterino con pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH) con intervalo de cada 5 años.	SD	Construir línea de base.		
A 2021, incrementar en un 80% la proporción de detección de casos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente.	58,30%	>/ = 70%	>/ = 80%	>/ = 80%
Al 2016, adoptar el programa nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de cuello uterino.	SD	Construir línea de base.		
A 2016, adoptar el programa nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya cáncer de mama.	SD	Construir línea de base.		
Antes del 2021, incrementar la proporción de detección casos de cáncer de mama en estadios tempranos al 60%.	31%	50%	>/ = 60%	>/ = 60%
Antes de 2021, incrementar la cobertura en mamografía de tamización bimanual en un 70% en mujeres de 50-69 años.	48,90%	60%	>/ = 70%	>/ = 70%
Al 2021, 100% de mujeres con BIRADS 4 o más con acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100	SD	Construir línea de base.	>/ = 70%	100%

2.7 IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL TOLIMA

Para la implementación de la Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva en el Departamento del Tolima se hará un plan de acción, que inicie su ejecución en el segundo semestre de 2014 y un plan operativo para los años 2014 y 2015. Para los demás años, los gobiernos de turno orientaran el plan de acción conforme a las estrategias definidas en este documento, el cual será presentado para su aprobación al Consejo de Política Social CONPOS. Se construirá, así mismo, un Plan Indicativo para el seguimiento de cumplimiento de metas hasta 2021.

Los mecanismos de seguimiento y evaluación a la implementación de la política, se concentrarán en el seguimiento a las metas definidas en cada línea de acción. El Plan de Desarrollo "Unidos por la Grandeza del Tolima", contempla para el periodo 2012 – 2015, los siguientes indicadores de resultado como estrategia de seguimiento a las acciones implementadas en materia de Salud Sexual y Reproductiva desde el sector salud. En la tabla se presentan los resultados obtenidos para los años 2012 y 2013.

Tabla 8. Indicadores de resultado de los proyectos de SSR de la Secretaría de Salud del Tolima.

PROYECTO	INDICADOR DE RESULTADO	LINEA BASE	META 2012	OBSERV 2012	META 2013	OBSERV 2013	META 2014	META 2015
PROYECTO : CANCER EN LA MUJER EN LOS 47 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA	Tasa de mortalidad por tumor maligno del útero entre 25 a 64 años	15.1	15	12,7	14.8	11,9	14.7	14.6
	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino	8.8	8.8	12,8	8.7	10,3	8.6	8.5
	Tasa de mortalidad por tumor maligno del útero de 65 y más años	45	45	55,9	44.5	52,9	44	43.7
	Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	9.5	9.5	11,4	9.5	11,9	9.5	9.2
	Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama de 65 y más años	21.6	21.6	42	21.6	46,7	21	21

PROYECTO	INDICADOR DE RESULTADO	LÍNEA BASE	META 2012	OBSERV 2012	META 2013	OBSERV 2013	META 2014	META 2015
MATERNIDAD SEGURA EN LOS 47 MUNICIPIOS DEL TOLIMA	Número de casos de denuncia por abuso sexual en niños y niñas entre 6 y 11 años. fuente: instituto colombiano de bienestar familiar, regional Tolima, 2011	107	107	S.D	107	S.D	107	107
	Razón de mortalidad materna fuente: DANE cifras ajustadas 2009 (Por cada 100.000 nacidos vivos)	62.76	60		55		50	45
	Razón de mortalidad materna fuente: secretaria de salud - sivigila (Promedio 2005-2009)(Por cada 100.000 nacidos vivos)	73.34	70	77	60	17,6	50	45
	Tasa de Transmisión Materno infantil de VIH	8.88	8		6		4	2
	Tasa de Sífilis congénita	3.7	3.5	2,8	3.4	2,9	3.2	3
	Tasa de sífilis congénita fuente: secretaria de salud-SIVIGILA 2009 (por cada 1.000 nacidos vivos)	7.1	7		6.6		6.3	6
PROYECTO : ADOLESCENTES CON SEXUALIDAD LIBRE Y RESPONSABLE EN LOS 47 MUNICIPIOS DEL DEPTO.A17:A36	% Embarazo en adolescentes (10-19 años)	25.12	25		24		23	21.25
	Incidencia VIH SIDA en Adolescentes 12-17 años	1	0.99		0.99		0.99	0.99
	Tasa de mortalidad por VIH SIDA en los jóvenes (100.000 habitantes de 18 a 24 años)	4.3	4.3	2,2	4.3	3,4	4.3	4.3
	Tasa de morbilidad VIH en los jóvenes (100.000 habitantes de 18 a 24 años)	7	7		7		7	7
PROYECTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL ETS	Tasa De Fecundidad En Adolescentes De 12 - 17 Años	3.39	3.39		3.39		3.39	3.39
	Tasa de mortalidad por VIH/SIDA en adulto (100.000 hbts de 25 a 64 años) fuente: DANE - estadísticas vitales	9.9	9.9		9.9		9.9	9.9
	Tasa de mortalidad por VIH en adulto (100.000 hbts de 25 a 64 años) fuente: Scria. Salud Deptal. - Sivigila	7.6	7.6		7.6		7.6	7.6
	Tasa de morbilidad por VIH SIDA entre 25 - 64 años	7	7		7		7	7

Fuente: Secretaria de Salud Departamental DANE - SIVIGILA

2.8 COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS DIFERENTES ACTORES EN LA POLÍTICA DEPARTAMENTAL DE SSR

Dentro de los actores que se identifican para la implementación de la política de Salud Sexual y Reproductiva en el Tolima, se encuentran (15) :

Ministerio de Salud y Protección Social

Formular políticas que de acuerdo con las prioridades en salud pública deben implementarse para toda la población, expedir o modificar las normas que se requieran para el cumplimiento de las metas de Salud Sexual y Reproductiva, asesorar y hacerles seguimiento a las Direcciones Territoriales de Salud en las diferentes acciones que desarrolle, realizar vigilancia a EAPB y promover la retroalimentación con los sectores y organismos de cooperación internacional para lograr unidad en las líneas de acción prioritarias en el tema.

Direcciones Territoriales de Salud.

Definir prioridades en Salud Sexual y Reproductiva en el Departamento de acuerdo con los lineamientos de la Política Nacional de SSR, diseñar planes, proyectos y programas que, en concordancia con los lineamientos nacionales, den cumplimiento a las metas territoriales mediante los diferentes planes de beneficios, así mismo brindar asistencia técnica necesaria a los municipios en los temas de SSR. Les corresponde también realizar seguimiento y la vigilancia de las acciones de SSR de EAPB. Que cuenten con población afiliada en el Departamento y lleven a cabo la recolección y análisis de la información de notificación obligatoria y de vigilancia en salud pública, así como la remisión de la misma al nivel nacional. Al igual, cada Dirección tiene la responsabilidad de:

Dirección de Oferta de servicios: Dirigir, planear, coordinar y controlar el desarrollo y fortalecimiento del sector salud a través de las Direcciones Locales de Salud y Entes Territoriales, de los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento, y del Sistema de Garantía de Calidad, por medio de la asistencia técnica y asesoría a dichas entidades de nuestro Departamento.

Dirección de Salud Pública: Planear, coordinar y controlar procesos que permitan adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública, en la promoción y prevención, establecer en su jurisdicción la situación de salud y propender por su mejoramiento y formular y ejecutar el Plan de Atención Básica de protección específica, detección temprana y enfermedades de interés en salud pública y control de los factores de riesgo y programas.

Dirección de Seguridad Social: Coordinar los procesos de planeación, vigilancia y control en las actividades relacionadas con el aseguramiento de la población del Departamento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto en el régimen contributivo y subsidiado, gestionando acciones en pro de una mejor calidad de vida desde el sector salud a los habitantes del Tolima, en especial a la población pobre y vulnerable.

Direcciones Locales de Salud

Ejecutar planes, proyectos y programas en el área de SSR en la población municipal a través del PIC, generar información objeto de la vigilancia, vigilar el desarrollo de las actividades de SSR de la población asegurada y prestar servicios a la población vinculada, así como CCV, planificación familiar y PAI a la población del régimen subsidiado.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficio Garantizar de manera directa e indirecta la prestación de los servicios necesarios en cada una de las líneas de acción prioritarias en SSR en los términos previstos en el POS a los afiliados del régimen contributivo y subsidiado, realizar control y seguimiento de los servicios en su red de prestadores, informar de los eventos objeto de vigilancia requeridos por los diferentes entes de control del orden departamental o nacional y participar de las acciones conjuntas que se requieran para el cumplimiento.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Prestar los servicios de acuerdo al nivel de complejidad de manera integral, eficiente y oportuna y con calidad a los usuarios en cada una de las líneas de acción de la política de SSR, informar de los eventos objeto de vigilancia e interés requeridos por los diferentes entes de control del orden departamental o nacional y participar de las acciones conjuntas que se requieran para el cumplimiento de las metas en SSR. Socializar e implementar las guías de atención de mujer maltratada y niño maltratado.

Secretaría de Educación del Tolima

Articular la política nacional de juventud, con los programas municipales, logrando que queden consignados en los planes de desarrollo. Adoptar los mecanismos necesarios para la canalización de propuestas de las organizaciones juveniles hacia los municipios, los gremios económicos y los sectores sociales y culturales.

Secretaría de Inclusión Social y Poblacional

Liderar la formulación, articulación, coordinación e implementación de estrategias, políticas sociales y mecanismos de acción constitucional, legal, comunitaria y

organizacional, que contribuyan a la promoción, protección, restitución y garantía de los derechos de los grupos etarios en los sectores sociales más vulnerables del Departamento del Tolima, tales como niñez, infancia, adolescencia, juventud, mujer, adulto mayor, familia, población con limitaciones, la población diversa (L.G.T.B.I. Lesbianas – Gays – Transexuales - Bisexuales e Intersexuales), grupos étnicos y habitantes de la calle, para el mejoramiento de su calidad de vida y la búsqueda del bienestar y desarrollo.

Secretaría de Planeación y TIC

Orientar el desarrollo de los estudios generales o sectoriales que se requieran para direccionar las políticas y dar una mayor efectividad a la acción gubernamental. Fortalecer los sistemas de información para la toma de decisiones, focalización de los recursos de inversión de los programas sociales y la planeación en el Departamento y los Municipios de su Jurisdicción.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Implementar los mecanismos de referencia y contrarreferencia y coordinar con las autoridades correspondientes, para garantizar que las víctimas de violencia doméstica y sexual acudan a sus centros de atención.

Agencias de cooperación internacional

Mobilizar recursos técnicos, administrativos y financieros en concordancia con las prioridades establecidas por el país, así mismo, pueden apoyar, en coordinación con el Ministerio de Salud, los planes, proyectos y programas que adelantan los diferentes actores del SGSSS y cuyo objetivo es mejorar aspectos específicos de la SSR en la población.

Organizaciones no gubernamentales

Desarrollar en conjunto acciones encaminadas al cumplimiento de las metas en SSR.

Universidades formadoras de recurso humano en salud

Incorporar en sus currículos de pregrado y postgrado, y programas de formación continuada, el desarrollo de competencias que favorezcan la implementación de la política de SSR. Así mismo realizar investigación de acuerdo a las líneas propuestas.

Medios Masivos de Comunicación

Servir de apoyo para las acciones de promoción mediante IEC con el fin de que se

logre una amplia cobertura de mensajes concordantes con las líneas prioritarias de SSR.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

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

Policía Nacional

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

Fiscalía General de la Nación

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

GLOSARIO

CCV:	Citología Cérvico-Vaginal
CEDAW:	Committee on the Elimination of Discrimination Against Women. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
CIPD:	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.
CONDERS:	El Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos.
CONPOS:	Consejo de Política Social.
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.
DSR:	Derechos Sexuales y Reproductivos.
ENDS:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
ESE:	Empresa Social del Estado.
FOSYGA:	Fondo de Solidaridad y Garantía.
FTA-ABS:	Fluorescent treponemal antibody absorption
HBTS:	Habitantes.
HTLV:	Human T-lymphotropic virus.
IGAC:	Instituto Geográfico Agustín Codazzi.
IPPFWHR:	International Planned Parenthood Federation/ Western Hemisphere Region.
IPS:	Institución Prestadora de Servicios.
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual.
IVE:	Interrupción Voluntarias del Embarazo.
LGBTI:	Lesbianas, Gays, Bisexuales, transexuales, Intersexuales.
MNV:	Mil Nacidos Vivos.
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio,
OIT:	Organización Internacional del Trabajo.

OMS-WHO:	Organización Mundial de la Salud.
PAI:	Programa Ampliado de Inmunizaciones.
PDSP:	Plan Decenal de Salud Pública.
PIB:	Producto Interno Bruto.
POS:	Plan Obligatorio de Salud.
PP:	Puntos Porcentuales.
REPS:	Registro Especial de Prestadores de Servicios.
RPR/VDRL:	Reagina Plasmática Rápida (RPR)/ Venereal Disease Research Laboratory. Diagnóstico Sífilis.
SIDA:	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social.
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva.
SIVIGILA:	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.
TPHA:	Treponema Pallidum Haemagglutination. Diagnóstico Sífilis.
VHB:	Viris hepatitis B.
VHC:	Viris hepatitis C.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

BIBLIOGRAFIA

1. Tolima G del. Plan de desarrollo "Unidos por la Grandeza del Tolima" 2012 - 2015. Ibagué, Tolima; 2012.
2. Alvear M, Nacional E, Iii SC. Salud Sexual y Reproductiva. Madrid, España: Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud; 2006. p. 1-24.
3. Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe : Una visión global. 2008.
4. Ministerio de Salud R de S. Política de Salud Sexual y Reproductiva. D Of. 2012;149(396):39-52.
5. CEDES - UNFPA, Petracci M, Ramos S. La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la argentina: aportes para comprender su historia. Buenos Aires, Argentina; 2006.
6. UNFPA - Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad 2010 - 2021. San José de Costa Rica; 2011.
7. UNFPA - Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Colombia, Bogotá; 2003.
8. De S de S de B-UN. Propuesta de lineamiento de la política distrital de sexualidad de bogotá 2012 - 2022 1. Bogotá, Colombia; 2012.
9. Ministerio de Salud Y Protección Social. Salud sexual y reproductiva en Colombia Recopilación normativa. Bogotá, Colombia; 2013.
10. SOCIAL MDLP, UNFPA FDPDLNU-. Documento modelo de intersectorialidad. Bogotá, Colombia; 2011.
11. Aedo S, Cyntia B, Mazzei M, Lattus J. Transición epidemiológica de la mortalidad materna. Rev Obstet y Ginecol Santiago Chile. 2010;5:1-92.
12. Diferenciales TY, Fecundidad DELA. Fecundidad 5. 2010;108-26.
13. Social M de S y P. Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Bogotá, Colombia; 2013.
14. Social M de S y P. Dimensión derechos sexuales y reproductivos del Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá, Colombia; 2013.
15. Caldas DT de S de. Política Departamental de Salud Sexual y Reproductiva. Manizales, Colombia; 2006.

ANEXO 1

EL CONCEPTO Y EL DESARROLLO DE LA SALUD SEXUAL

El concepto de salud sexual y reproductiva tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) en El Cairo en 1994. *El camino hacia la salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”*.¹⁴

En 1952 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprueba el “Convenio relativo a la protección de la maternidad”, empezando a tomar importancia el concepto de salud materna infantil. Después de tres décadas el concepto fue ampliado, en la “Conferencia de Alma Ata” (1978), cuando se incluye la planificación familiar como un mínimo más de la salud materna e infantil. En 1979 en la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas (CEDAW) ratifica el derecho a un “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”.¹⁵

En 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), se adopta el término de Salud Sexual y Reproductiva y se deja de lado el término de salud materna e infantil. *Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados*.¹⁶

La CIPD trajo un gran cambio con respecto a las políticas de población que hasta entonces se habían discutido en foros internacionales. *Políticas cuyo único objetivo consistía en cumplir*

14 Alvear M, Nacional E, Iii SC. Salud Sexual y Reproductiva. Madrid, España: Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud; 2006. p. 1–24.

15 Ibid

16 Ibid

una serie de metas demográficas para frenar la superpoblación y paliar la pobreza. Y para las cuales el único interés que los temas reproductivos suscitaban se debía a la importancia del control de la fecundidad como medio para alcanzar dichas metas demográficas.¹⁷

El Programa de Acción de la CIPD estableció que en las políticas de población una de las metas debe ser el bienestar de los individuos y su calidad de vida dentro del marco de los derechos humanos. *Deja pues de lado las concepciones reduccionistas de las relaciones sexuales como medio para el fin reproductivo y de la mujer como madre y cuidadora. Hace especial hincapié en el empoderamiento de la mujeres como piedra angular de todos los programas, para hacerla autónoma en todas las esferas vitales y sobre todo respecto a la sexualidad y la reproducción*.¹⁸

En Beijing en 1995, se celebra la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, haciendo énfasis en los derechos de las mujeres y donde se perfecciona y fortalece el concepto de salud sexual y reproductiva. Se aprueba la Declaración y la Plataforma de Acción como una guía a adoptar por gobiernos y entidades de todo el mundo (2).

La Plataforma ratifica que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia” (2). y reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad, lo cual es fundamental para el disfrute de otros derechos”. Del mismo modo en el artículo 19 de la Declaración se define como “*esencial el diseño, implementación y monitoreo, con plena participación de las mujeres, efectivo, eficiente y mutuamente reforzantes de políticas y programas sensibles al género, en todos los niveles, que fomenten el empoderamiento y el progreso de todas las mujeres*” y en el artículo 25 se “*alienta a los hombres a participar de lleno en todas las acciones encaminadas hacia la igualdad*”.¹⁹

A partir de las conferencias internacionales de población, el concepto de SRR evoluciona de un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión amplia de promoción de los derechos reproductivos y sexuales y de mejoramiento de la SSR.²⁰

Bajo esta conceptualización amplia, los países participantes en la CIPD de 1994 adoptaron la meta de garantizar acceso universal a la salud sexual y reproductiva en el 2015: “Acceso universal para el 2015 del rango más amplio posible de métodos seguros

17 Ibid

18 Ibid

19 Ibid

20 Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe : Una visión global. 2008

y efectivos de planificación familiar, incluyendo métodos de barrera, y acceso a los servicios de salud reproductiva: cuidado obstétrico, prevención y manejo de infecciones reproductivas incluyendo infecciones de transmisión sexual” (WHO, 2006, p. 2).²¹

En Septiembre de 2000, la Declaración del Milenio, adoptada por 187 países, llevó a la definición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de metas asociadas, las cuales son comúnmente aceptadas como un marco para monitorear el progreso hacia el desarrollo (WHO, 2006; IPPFWHR, 2006; Associated Press, 2006). *De los 8 ODM definidos en el 2000, el quinto se relaciona con la salud materna, planteando la meta de reducir en ¾ la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 (WHO, 2006). A pesar de la importancia dada a la SSR en la CIPD, ésta no estaba incluida dentro de las 18 metas asociadas a los 8 objetivos definidos en el 2000. Por esta razón, y después del esfuerzo de muchos gobiernos y de Organizaciones No Gubernamentales –ONG-, en Octubre del 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir una nueva meta al quinto Objetivo del Milenio: garantizar acceso universal a la salud reproductiva en el 2015 (IPPFWRH, 2006). De esta forma, con la enmienda a la quinta meta de los ODM, se ratifica el compromiso internacional con la SSR logrado en 1994 en la CIPD, y se obliga a los países a incorporar, en el marco de las reformas del sector salud, políticas que promuevan y garanticen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.*²²

*Las conferencias El Cairo +5 (1999) y El Cairo +10 (2004), aunque supusieron una revisión y nueva ratificación sobre los compromisos alcanzados en 1994, han dejado al descubierto los riesgos a los que está enfrentada la agenda contemporánea en materia de salud sexual y reproductiva.*²³

Así mismo, la conferencia para la evaluación de los compromisos adquiridos en la Plataforma de Acción de Beijing : Beijing +10 (2005) *concluyó que la falta de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres en todas partes del mundo y la cada vez mayor incidencia de VIH/SIDA entre las mujeres así como altas tasas de mortalidad materna en regiones de África, Asia y América Latina, reflejan que “en muchos aspectos la igualdad no es una realidad para la mujer” y que queda aún mucho camino por recorrer.*²⁴ En líneas generales, pese a todas estas dificultades los compromisos de El Cairo y Beijing se han vuelto a ratificar y es el momento de que se cumplan estos compromisos asumidos por casi todos los países del

²¹ Ibid

²² Ibid

²³ Alvear M, Nacional E, Iii SC. Salud Sexual y Reproductiva. Madrid, España: Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud; 2006. p. 1–24.

²⁴ Ibid

mundo, entre ellos Colombia.

Como estrategia para dar cumplimiento a los compromisos internacionales, los países que hacen parte de estos convenios o consensos, han venido formulando e implementando políticas públicas en Salud Sexual y Reproductiva. Dentro de estos países se encuentran:

San Salvador: Política publicada en el Diario Oficial el 15 de agosto de 2012, su objetivo general *Garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad. Desarrolla siete objetivos específicos y para cada uno de ellos propone la estrategia y las líneas de acción para su implementación.*²⁵

Argentina: en el año 2000 se incorporó el tema a la agenda pública nacional hasta lograr la sanción de la ley que creó un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable enmarcado en los derechos humanos. *El Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos –CONDERS– se constituyó en mayo de 2003 por iniciativa de cuatro ONG de mujeres y jóvenes con trayectoria en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. En esta historia, la sanción de la ley 25.673, que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable –PNSS y PR– fue vista por estas ONG como una herramienta que posibilitaba la construcción de mecanismos que garantizaran el respeto de los derechos sexuales y reproductivos con un enfoque de género y de derechos humanos.*²⁶

Costa Rica: Política Nacional de Sexualidad 2010-2021, está concebida desde el enfoque de derechos humanos y, más concretamente, el derecho a la salud que tienen todas las personas con independencia de su condición o situación. *Proyecta contribuir desde un enfoque de derechos humanos, igualdad de género y diverSIDAd, a que todas las personas sin discriminación tengan el derecho a una sexualidad que lleve a relaciones más justas, afectivas, equitativas, de respeto y de crecimiento mutuo.*²⁷

Colombia: Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva – Ministerio de la Protección Social (2003). *Esta Política plantea mejorar la Salud Sexual y Reproductiva*

²⁵ Ministerio de Salud R de S. Política de Salud Sexual y Reproductiva. D Of. 2012;149(396):39–52.

²⁶ CEDES - UNFPA, Petracci M, Ramos S. La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la argentina: aportes para comprender su historia. Buenos Aires, Argentina; 2006.

²⁷ UNFPA - Ministerio de Salud. Política Nacional de Sexualidad 2010 - 2021. San José de Costa Rica; 2011

y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población colombiana, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. Este documento parte de una conceptualización de la Salud Sexual y Reproductiva de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994).²⁸

La Constitución Nacional de Colombia, define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado. Los DSR son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de otros derechos tales como el derecho a la vida, a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de daño a la integridad personal. *Es así como los desarrollos internacionales sobre DSR también tienen respaldo jurídico en la normatividad constitucional colombiana y, por lo tanto, su garantía y ejercicio incluye el derecho básico a alcanzar el nivel más elevado de SSR para contribuir al desarrollo de las personas y al mejoramiento de su calidad de vida, y el derecho de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción, libres de coerción, discriminación y violencia.²⁹*

En Colombia, dentro de los factores de vulnerabilidad más frecuentemente asociados a condiciones precarias de SSR *son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del SGSSS, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales (7). Adicional a estos factores, existen estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de vida significativos para cada persona en su contexto específico.³⁰*

Desde la prestación de servicios, los factores que afectan la SSR están asociados a debilidades en la gestión que se traducen principalmente en deficiencias de calidad y limitaciones de las posibilidades de acceso, así como en la institucionalización de prácticas que en algunos casos hacen que la atención sea fragmentada y que, por lo tanto, carezca del componente de integralidad esencial para garantizar un servicio adecuado generando riesgos en el proceso de atención (7). Otro factor que afecta la gestión es

28 UNFPA - Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Colombia, Bogotá; 2003.

29 Ibid

30 Ibid

la falta de conocimiento o de unidad de criterios en la interpretación de las normas, la falta de apropiación de las mismas y la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción en los casos en que se omite su aplicación.³¹

Estos factores dificultan la ejecución de acciones en el marco de la Salud Sexual y Reproductiva en condiciones de equidad y calidad y se convierten en riesgos que amenazan el cumplimiento de metas desde la oferta de los servicios que deben cumplir con todos los atributos de la calidad en cuanto a la continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, efectividad, y seguridad en la atención en salud, entre otros.³²

El Departamento del Tolima cuenta con una red de prestadores de servicios de salud del sector público y privado, donde el primero es mucho más representativo en los municipios, mientras que el privado se identifica principalmente en la capital Ibagué, donde son objeto de control por parte de la Dirección de Oferta de Servicios, y cumpliendo así las instrucciones impartidas por los entes de vigilancia y control a nivel nacional, y haciendo énfasis principalmente en el componente obstétrico y consulta de ginecobstetricia, dentro de los parámetros establecidos para evaluar los prestadores de salud según las normas de habilitación que se encuentren vigentes dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad establecido en el Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1441 de 2013.

En el Departamento del Tolima, la situación de salud y específicamente de salud sexual y reproductiva y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades, situación reflejada en el análisis de los indicadores de SSR. Adicional a estos indicadores de salud, se encuentran otros determinantes sociales como el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y, en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital.

Es por esta razón, que se requiere de una política que apunte a mejorar la SSR para producir un impacto significativo sobre algunos de los factores de inequidad y subdesarrollo y para lograr transformaciones importantes en términos de bienestar y calidad de vida de los individuos y de la comunidad, pues de esto se desagrega un sin número de eventualidades que comprometen la salud pública de la región.³³

31 Ibid

32 Ibid

33 Ibid

ANEXO 2

MARCO NORMATIVO

A continuación se relacionan las principales normas colombianas que reglamentan la Salud Sexual y Reproductiva (8),(9)

ESTRUCTURA DEL ESTADO COLOMBIANO

Constitución Política de 1991

Artículo 15	Derecho a la intimidad personal
Artículo 16	Derecho al desarrollo de la personalidad
Artículo 44 y 45	Derecho de Niños y adolescentes
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
Decreto 1938 de 1994	Por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, contenidas en el Acuerdo número 008 de 1994.
Decreto 806 de 1998	Por el cual se reglamenta la afiliación al régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de seguridad social en salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional
Decreto 2968 de 2010	Creación de la Comisión Nacional para la Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos

MARCO NORMATIVO NACIONAL EN SSR Y DSR.

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

El Ministerio de la Protección Social en Febrero de 2003 emitió la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), adoptando las recomendaciones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez, incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, siendo el planteamiento básico el que los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), son parte de los Derechos Humanos.

MARCO NORMATIVO NACIONAL EN SSR Y DSR.

Plan decenal de Salud Pública 2012 - 2021	Plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio; así mismo plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.
Resolución 412 de 2000 del Ministerio de la Protección Social.	Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adoptó las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, incluidas las del complejo de SSR.
Decreto 3518 de 2006	Establece el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA. Las disposiciones del decreto rigen en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento y aplicación por parte de las instituciones e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades responsables de los regímenes de excepción los sistemas de salud particulares de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, personas, organizaciones comunitarias y comunidad en general, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre que sus actividades influyan directamente en la salud de la población y que de las mismas, se pueda generar información útil y necesaria para el cumplimiento del objeto y fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA.
Decreto 3039 de 2007	Establece el Plan Nacional de Salud Pública y define estrategias a implementar en SSR
El Acuerdo 380 de 2000 del CNSSS	El cual amplía opciones anticonceptivas modernas para hombres, mujeres y parejas en edad fértil, apropiadas a sus necesidades y preferencias
Las Resoluciones N° 769 y 1973 de 2008 del CNSSS	Adoptan la Norma Técnica que moderniza e incrementa la oferta anticonceptiva para la población de mujeres y hombres, para contribuir a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, disminución de gestaciones no deseadas, mortalidad materna y demás riesgos y complicaciones asociados al ejercicio sexual y reproductivo y aportar a una mejor calidad de vida, en un marco de equidad y manejo social del riesgo. Estas normas ratifican las recomendaciones técnicas para el suministro de anticoncepción de emergencia a la población afiliada al SGSSS.
Ley 715 de 2001	Definió los recursos y competencias de los niveles nacionales y subnacionales para la prestación de servicios de salud y las acciones de salud pública.
El Documento CONPES 091 de 2005	En el que se definen las metas y estrategias para cumplir con los ODM en el 2015: Para el Objetivo 5 relacionado con mejorar la Salud Sexual y Reproductiva
CONPES 140 de 2011	Por medio del cual se modifica el CONPES 91 de 2005 "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio".

IDENTIDAD DE GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL

Jurisprudencia de la Corte Constitucional

Sentencia T-594 de 1993	Derecho al libre desarrollo de la personalidad
Sentencia T-097 de 1994	Debido proceso administrativo, prácticas homosexuales en la Policía, derecho al buen nombre, derecho a la educación
Sentencia T-504 de 1994	Principio de publicidad, reserva del nombre, derecho a la intimidad personal y familiar
Sentencia T 569 de 1994	Derecho al libre desarrollo de la personalidad, límites, homosexualidad en el colegio
Auto No. 041A/95	Medidas provisionales para proteger derechos de un menor intersexual
Sentencia T-101 de 1998	Derecho a la educación del homosexual
Sentencia SU 337 de 1999	Derecho de personas intersexuales a decidir sobre tratamientos e intervenciones quirúrgicas
Sentencia T-692 de 1999	Derecho a la intimidad personal y familiar. Supresión de identificación del menor y progenitor en asunto de sexualidad humana
Sentencia T-268 de 2000	Derecho a la intimidad personal y familiar. Supresión de identificación del menor y progenitor en asunto de sexualidad humana
Sentencia C-336 de 2008	Derecho a ser beneficiaria/o de la pensión de sobrevivientes de la pareja del mismo sexo
Sentencia C-798 de 2008	Derecho/deber de asistencia alimentaria para parejas del mismo sexo
Sentencia T-220/04	Derecho a la intimidad y dignidad humana de menores de edad
Sentencia T-268/00	Personas homosexuales en espacio público
Sentencia T-435 de 2002	Derecho a la libre opción sexual
Sentencia T-152 de 2007	Derecho a la igualdad, trato discriminatorio, orientación sexual
Sentencia C-811 de 2007	Régimen de seguridad social en salud de pareja homosexual Declara que las parejas del mismo sexo son beneficiarias del sistema de seguridad social en salud. Los integrantes de las parejas del mismo sexo tienen derecho a la salud, en las mismas condiciones de las parejas heterosexuales.
Directiva del 11 de junio de 2009 de la Policía Nacional para la protección de la población LGBT en Colombia	Directiva transitoria para la protección de la población LGBT en Colombia

VIH/SIDA

Decreto 559 de 1991	Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y se dictan otras disposiciones sobre la materia
Ley 972 de 2005	Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA
Decreto 1543 de 1997	Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
Resolución 00412 de 2000 del Ministerio de Salud	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Resolución 003442 de 2006	Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/ SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica
Resolución 5400 de 2007	Por la cual se conforma el Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional
Resolución 769 de 2008	Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, establecida en la Resolución 412 de 2000
Acuerdo 117 de 2000	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública
Acuerdo 396 de 2008	Por el cual se asignan recursos de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) para el "Proyecto de sostenibilidad e institucionalización de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH".
Circular 018 de 2004	Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para Salud Pública
	Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia, 2008-2011
	Plan Nacional a Mediano Plazo (PNMP) 1991-1993

VIH/SIDA

Plan Intersectorial a Mediano Plazo para la prevención y control de las ITS/VIH/SIDA (PIMP) 1994-1996-1998
Plan Estratégico Nacional de Respuesta a la Epidemia del VIH/SIDA, PEN 2000-2003
Plan Sectorial de Salud de 2002
Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003
Plan Intersectorial de Respuesta Nacional ante el VIH/SIDA en Colombia PIRN 2004-2007
CONPES Social 091 de 2005
Modelo de Gestión Programática y Guía para el manejo del VIH/SIDA basada en la evidencia para Colombia 2006
Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

VIOLENCIAS DE GÉNERO Y SEXUALES

Política integral para las mujeres colombianas de 1992
Política para el desarrollo de la mujer rural de 1994
Política de participación y equidad de la mujer de 1994
Plan de desarrollo 1994-1998 El salto social
Plan de desarrollo 1998-2002 Cambio para construir la paz
CONPES 3077 de 2000
CONPES 3144 de 2001
Plan de desarrollo 2002-2004 Hacia el estado comunitario
Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar Haz Paz
Plan de Desarrollo 2006-2010 Estado comunitario: desarrollo para todos
Plan de Acción Nacional para la prevención y erradicación de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años
Ley 1146/2007: por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

Ley 1098/2006	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia
Resolución 3353 del 2 de julio de 1993	Establece la obligatoriedad de brindar educación sexual en todos los establecimientos educativos y en todos los niveles de escolaridad de acuerdo al ciclo vital.

MATERNIDAD SEGURA – IVE

Ley 51/1981	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 823/2003, art. 7	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 1438/2011, art. 3)	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 corresponde con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.
(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,)	Intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional
Resolución 5261/1994, art. 103	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 parto, 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.
(CRES, Acuerdo 029/2011, art. 26)	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.

MATERNIDAD SEGURA – IVE

**(Corte Constitucional, C355/2006/
resuelve num.3)**

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”

**Superintendencia de Salud,
Circular Externa 3/2013, Instrucción 2)**

Instrucciones para la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

PLANIFICACION FAMILIAR

Ley 1412/2010, art. 1

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.

**Min. Protección Social, Resolución
769/2008.**

Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

CANCER DE CUELLO UTERINO

Acuerdo 229/2002, art. 4

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: B. Prevención de la enfermedad Detección temprana del cáncer de cuello uterino

Ley 1626/2013, art. 2

“Por medio del cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones