



**ACCESO AL DERECHO SEXUAL A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZOS NO DESEADOS EN
JOVENES Y ADOLESCENTES: UN ANÁLISIS AL MODELO DE SERVICIOS DE
SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES.**

ANDREA ESPINOSA ARROYAVE

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA – CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO

2021

**ACCESO AL DERECHO SEXUAL A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y EMBARAZOS NO DESEADOS EN
JOVENES Y ADOLESCENTES: UN ANÁLISIS AL MODELO DE SERVICIOS DE
SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES.**

ANDREA ESPINOSA ARROYAVE

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE ABOGADO

DIRECTOR:

EDGAR GERMÁN SALAZAR COBO

ABOGADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA – CALI
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO

2021

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer al director de este trabajo de grado, el Doctor Edgar Germán Salazar Cobo, quien con su constante acompañamiento, conocimientos y paciencia guio esta investigación.

También quiero agradecer a mi madre, Ligia Espinosa Arroyave quien con sus palabras de motivación y arduo trabajo siempre me ha impulsado.

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| 1. DERECHO A LA SALUD..... | 14 |
| 1.1. PERSPECTIVA INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD..... | 15 |
| 1.2. PERSPECTIVA NACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD | 20 |
| 2. DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS | 28 |
| 2.1. CONTENIDO LEGAL Y DE POLÍTICA PÚBLICA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS EN JÓVENES Y ADOLESCENTES | 36 |
| 2.2. CONTENIDO JURISPRUDENCIAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS EN JÓVENES Y ADOLESCENTES | 45 |
| 3. EL SSAAJ COMO GARANTÍA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES..... | 54 |
| 3.1. EL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA Y EL ACCESO A DICHO SERVICIO..... | 54 |
| 3.2. LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES Y EL GOCE DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS | 64 |
| CONCLUSIONES..... | 78 |
| REFERENCIAS..... | 81 |

RESUMEN

El modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes fue concebido como el instrumento mediante el cual se materializan los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con enfoque diferencial para el grupo poblacional de 10 a 29 años. El estudio realizado busca mediante la revisión de los Tratados Internacionales, la Normativa Nacional y la Jurisprudencia de la Corte Constitucional determinar si se garantiza el Derecho a la Protección y Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual o Embarazos no Deseados mediante la Implementación del Modelo de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

Este texto fue desarrollado con metodología cualitativa con revisión de bibliografía y construcción de líneas jurisprudenciales con el método descrito por el autor Diego López Medina (2006).

Palabras Clave: Derecho a la Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, Adolescentes, Jóvenes, Modelo de Servicios de Salud Amigables.

ABSTRACT

The model of Friendly Health Services for Adolescents and Youth was conceived as the instrument through which Sexual and Reproductive Rights are materialized with a differential approach for the population group from 10 to 29 years old. The study seeks through the review of the International Treaties, the National Regulations, and the Jurisprudence of the Constitutional Court to determine whether the Right to Protection and Prevention of Sexually Transmitted Diseases or Unwanted Pregnancies is guaranteed through the Implementation of the Friendly Services Model for Adolescents and Youth.

This text was developed with qualitative methodology with bibliography review and construction of jurisprudential lines with the method described by the author Diego López Medina (2006).

Key Words: Right to Health, Sexual and Reproductive Rights, Adolescents, Youth, Model of Friendly Health Services.

INTRODUCCIÓN

El modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, en adelante SSAAJ, fue concebido como el instrumento mediante el cual se materializan los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con enfoque diferencial para el grupo poblacional de 10 a 29 años.

En palabras del MinSalud (2020) la característica central de los SSAAJ es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. Es decir, no puede existir un modelo funcional de SSAAJ que no sea construido pensando en su usuario final, los cuales son los adolescentes y jóvenes, a la par debe orientarse a los prestadores de salud para que entiendan la particularidad del grupo poblacional y prestar la atención necesaria y efectiva.

Mediante la implementación del modelo de SSAAJ se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial al grupo poblacional descrito como Adolescentes y Jóvenes, es decir, entre las edades de 10 a 29 años. (Minsalud: 2021)

Como se mencionó anteriormente, los SSAAJ están enfocados en la protección y materialización de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, los cuales han sido establecidos por la UNFPA (2017); En términos de Profamilia (2021),

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos son Derechos Humanos y su finalidad es garantizar que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazar, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.

Al ser la sexualidad una dimensión prioritaria en el curso de la vida de las personas (Minsalud: 2021) es de esperarse que el ejercicio de esta se ejerza dentro de un marco de derechos como lo son los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Para efectos de este trabajo de grado nos enfocaremos en el Derecho Sexual a la Protección y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual o Embarazos no Deseados.

La razón principal de escoger este Derecho Sexual y Reproductivo por encima de los demás, se debe a que el modelo de SSAAJ está enfocado en la protección del Adolescente y el Joven como una población vulnerable y su objetivo es garantizar el acceso tanto educativo como material a los métodos que les permita vivir una sexualidad sana y consciente.

En pro de poder analizar la importancia de los Servicios de Salud Amigables para Jóvenes y Adolescentes y su papel en la prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, es necesario revisar algunas cifras de fecundidad adolescente (entiéndase como la cantidad de embarazos presentados en adolescentes), transmisión de ITS, nivel educativo, entre otros.

Aunque es notable una disminución entre los datos del 2010 y 2015, según el DANE, en el cuadro 1 de natalidad publicado el 27 de septiembre de 2019 (actualizado al 30 de julio de 2019) se han dado hasta la fecha 29.133 nacimientos en madres desde los 10 años hasta los 19 años, lo cual constituye un 19.1% de la tasa de natalidad nacional; esto representa un aumento en el porcentaje de madres adolescentes sin el nivel educativo y condiciones socioeconómicas para subsistir y afrontar el nivel de vida necesario para un correcto desarrollo del infante (DANE, 2019).

También cabe resaltar que los niveles más altos de embarazo adolescente se encuentran en la zona rural (18,6%). Las estadísticas vitales han estimado que 33% de los nacimientos que se registran en niñas de 10 a 14 años, y 25% de los nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años se presentan en centros poblados y áreas rurales dispersas. En las zonas rurales de Colombia, cada año en promedio se registran 40.000 nacimientos en niñas y mujeres adolescentes. (Minsalud: 2019)

Estas cifras representan una problemática para la madre adolescente ya que de este porcentaje de natalidad se despliega también problemas como el Costo de Oportunidad de la Brecha Educativa el cual fue de 14.7%, la disminución en el promedio de ingresos laborales anuales la cual fue de 23% y una tasa del desempleo del 16.5% a comparación de quienes fueron madres a mayor edad la cual es del 11.9%. (UNFPA: 2020)

También se hace necesario resaltar que “el mayor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas, 41.8 por ciento, se encuentra entre las adolescentes con el menor nivel educativo (primaria), mientras que el menor porcentaje, 4.7 por ciento, se observa en las adolescentes del quintil más alto de riqueza.” (MinSalud, 2015, p. 40), dado lo anterior, se puede evidenciar que uno de los factores determinantes para las cifras de embarazos adolescentes es el nivel educativo.

Otro de los factores en términos educativos es el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos. Según los datos de la ENDS (2015) el 99.5% de mujeres entre 13 y 29 años tienen algún conocimiento de cualquier método anticonceptivo, sea método moderno o tradicional. Por otro lado, la cifra de los hombres en el mismo rango de edad corresponde al 99.1%.

Como se evidenció anteriormente el conocimiento de los métodos anticonceptivos tanto en hombres como en mujeres presenta una cifra muy satisfactoria, pero en los mismos datos presentados por la ENDS (2015) se puede evidenciar que, aunque el nivel de conocimiento es alto, esto no influye en las cifras del uso de estos. Solo el 42.1% de las mujeres entre los 13 y 29 años utilizan métodos anticonceptivos modernos o tradicionales y solo el 52.8% de los hombres hacen uso de estos. (Profamilia: 2015, Pg. 53-54).

Por otro lado, en el caso de las infecciones de transmisión sexual el boletín epidemiológico de la epidemia del VIH/SIDA plantea:

La notificación de casos de VIH muestra una tendencia creciente año tras año, tendencia que se ha mantenido en el año 2019. En 2018 ingresaron al sistema de vigilancia 14 474 casos y hasta periodo 11 de 2019 esta cifra es de 14 010, de acuerdo con la proyección de casos según el comportamiento histórico del evento, el 2019 superará ampliamente al número de casos presentados en 2018. Al comparar el mismo periodo de 2018, se evidencia un aumento del 16,4 % con una tasa de incidencia de 26,6 casos por 100.000 habitantes. (Instituto Nacional de Salud [INS], 2019, pg. 2).

La cifra para personas con VIH de jóvenes y adolescentes (planteadas por bloques de edades, de 5 a 14 y de 15 a 24 las cuales al sumarse dan el 25.1%) es de aproximadamente un 25% lo cual es una cifra elevada (INS, 2019).

Lo cual se materializa al ver las cifras planteadas por la ENDS (2015) sobre conocimiento comprensivo sobre el VIH, el cual en las mujeres de 13 a 29 años es solo del 34.1% y en el hombre del mismo rango de edad es solo el 30.3%. (Profamilia: 2015, Pg. 307)

Uno de los problemas más graves es la desinformación sobre prácticas seguras que prevalece en la población de menor educación, “Entre las personas que no tienen ninguna educación, el 40 por ciento de las mujeres y el 33 por ciento de los hombres, desconocen que el uso del condón es una práctica segura.” (MinSalud, 2015, p. 71). Este desconocimiento sumado a la edad temprana para comenzar la actividad sexual plantea un problema tanto para la prevención de embarazos adolescentes, como también de las prácticas seguras y prevención de ITS, para poder resaltar lo anterior, es posible retomar lo expuesto por MinSalud (2015)

El 16.3 por ciento de las mujeres y el 33.1 por ciento de los hombres de 15 a 24 años, tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años. Por otra parte, el 64.9 por ciento de las mujeres de 18 a 24 años, tuvieron su primera relación antes de los 18 años. (MinSalud, 2015, p. 75).

Ahora bien, en cuanto a la edad en la cual se recibe la primera información sexual, MinSalud (2015) indica lo siguiente,

Las mujeres acceden a información de la sexualidad más tarde (16.2 años) que los hombres (15.5 años). La edad a la que se accede por primera vez a información sobre sexualidad es menor para las mujeres y hombres de 13 a 49 años que alcanzan niveles más altos de educación, las que viven en zonas urbanas y las que pertenecen al quintil de riqueza más alto y también se relaciona con el número de hijas o hijos, con la maternidad y el embarazo: las mujeres que no han tenido hijas o hijos y que no han estado embarazadas son las que reconocen haber recibido información a menor edad. (pg. 94).

De las cifras analizadas anteriormente se puede evidenciar que los retos del modelo de Servicios de Salud Amigables para Jóvenes y Adolescentes en cuanto a la prevención de embarazos y de ITS consiste no solamente en tener un modelo apto sino también su divulgación y acceso.

Es por ello que es necesario preguntar ¿El modelo de Servicios de Salud Amigables para Jóvenes y Adolescentes garantiza el derecho a la Protección y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual o Embarazos no deseados en términos normativos?

De acuerdo con el planteamiento anteriormente realizado, se proponen los siguientes objetivos para el presente trabajo investigativo:

Objetivo general

Analizar si el modelo de Servicios de Salud Amigables para Jóvenes y Adolescentes garantiza el derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados en términos normativos.

Objetivos específicos

1. Identificar el concepto y contenido del derecho a la Salud en Colombia.
2. Delimitar el contenido normativo del derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.
3. Determinar el concepto e implementación del modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes y analizar si garantiza o no el derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.

El marco teórico en el cual se basa este trabajo es el Constitucionalismo Garantista de Luigi Ferrajoli, a partir del cual se entiende la positivización “del deber ser constitucional del Derecho mismo, que permite la democratización de sus contenidos, condicionando su validez sustancial a su coherencia con los derechos de todos que son los derechos fundamentales, en los que se funda la dimensión sustancial de la democracia constitucional”. (Ferrajoli, 2011. Pg. 11).

La esencia del Constitucionalismo Garantista es entender que todas las personas somos titulares de Derechos Fundamentales y que es responsabilidad del Estado garantizar el acceso a los mismos.

La metodología utilizada fue cualitativa con revisión de bibliografía y construcción de líneas jurisprudenciales con el método descrito por el autor Diego López Medina (2006),

- (i) Acotar el patrón fáctico concreto que la jurisprudencia ha venido definiendo como “escenario constitucional” relevante;

- (ii) Identificar las sentencias más relevantes (sentencias hito) dentro de la línea jurisprudencial y;
- (iii) Finalmente es necesario construir teorías estructurales que permitan establecer la relación entre esos varios pronunciamientos jurisprudenciales. (pg.140)

1. DERECHO A LA SALUD

Para lograr una adecuada fundamentación a la definición del derecho a la salud en este texto, es necesario acudir no solamente a la normatividad vigente y a la jurisprudencia sino también a los tratados internacionales ratificados por Colombia y que hacen parte del ordenamiento jurídico.

En este primer capítulo se realizará un acercamiento a la perspectiva internacional del Derecho a la Salud mediante un breve repaso de la normatividad internacional, y posteriormente, se evaluará

la perspectiva nacional desde la evolución del concepto de salud como servicio hasta el reconocimiento de este como un derecho fundamental.

1.1. PERSPECTIVA INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

La Declaración Universal de Derechos Humanos marca el punto de partida en la protección del derecho a la salud al manifestar que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (Organización de las Naciones Unidas, ONU, 1948, art. 25).

Posteriormente el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos acogió el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 1966, art. 12.1), igualmente indica como obligación de los Estados parte, para asegurar la plena efectividad del derecho, el implementar las siguientes medidas: “a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (Saco Chung, 2015, pg. 2).

Es importante resaltar que el derecho a la salud también es reconocido y señalado en su importancia en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (en adelante PIDESC) en su artículo 12 que resalta al derecho a la salud como condición de la persona, teniendo derecho a su disfrute en el más alto nivel que se pueda, así como establece obligaciones de política pública que el Estado debe adoptar para garantizar dicho derecho (Organización de las Naciones Unidas, 1966, art. 12).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante Comité DESC) realizó la interpretación del derecho a la salud a través de la Observación General N° 14, en la cual establece que “la realización progresiva del derecho a la salud significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante a avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12, pues la progresividad del derecho no puede privar de contenido a las obligaciones de los Estado Partes” (Villanueva Flores, 2009, pg. 36).

Esta serie de precisiones realizadas por el Comité DESC han sido adoptadas por Colombia en su jurisprudencia y desarrollo normativo, en el entendido de que se ha acogido la concepción de la salud más allá de solo la ausencia de enfermedades, sino también del bienestar pleno¹.

Debe resaltarse que Villanueva Flores (2009) también señala que “la interpretación realizada por los organismos encargados de establecer el alcance de los tratados internacionales en materia de derechos humanos resulta relevante al momento de precisar el contenido normativo de las normas constitucionales sobre la materia” (pg, 32).

Otro documento importante es la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación racial el cual reconoce el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social, y los servicios sociales (ONU, 1969).

Seguidamente, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, incluye el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción; el acceso a los servicios que se refieren a la planificación familiar, el período posterior al parto, y la nutrición adecuada durante el embarazo y lactancia (ONU, 1979); en esta convención se amplía el concepto de salud otorgado

¹ Este tema se dilucidará más adelante con la revisión de la normativa nacional y el desarrollo de la jurisprudencia.

inicialmente, ya no se trata únicamente del bienestar físico, mental y social sino también desde un enfoque de prevención.

Ahora bien, la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce en el artículo 24 la plena aplicación del derecho a la salud y la adopción de medidas mediante la aplicación de la tecnología disponible, el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre; la atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres; y el desarrollo de atención sanitaria preventiva. Requiere la adopción de las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud del niño (ONU, 1989).

A su vez, la Observación General N°. 4 del Comité de los Derechos del Niño plantea:

Los adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo, así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad. Es obligación de los Estados Parte asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y chicos adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y de observar un comportamiento sano (UNICEF, 2003, párrafo 26).

En el Sistema Interamericano de protección de los Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre consagra el derecho de toda persona a la preservación de la salud y el bienestar cuando menciona que, “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (OEA, 1948, art. 11).

Subsiguientemente, el Protocolo de San Salvador, el cual es el instrumento especializado en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales (Saco Chung, 2015, pg. 3) protege el derecho a la salud al manifestar,

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables (ONU, 1988, art. 10).

Cabe recordar que cuando los Estados ratifican un tratado de derechos humanos, se comprometen a promover los derechos establecidos en él, garantizar que son para todos y traducirlos en políticas y estrategias, impedir que sean violados y ofrecer reparaciones a las víctimas en caso de que se violen (Guezmes García, 2004, pg. 8).

Ahora bien, en Colombia la Constitución estatuye que los tratados internacionales sobre derechos humanos prevalecen en el orden interno (Villanueva Flores, 2009, pg. 25) y hacen parte del bloque de constitucionalidad como se estipula en el artículo 93.

Como señala Villanueva Flores, la Corte Constitucional en la sentencia C-401/2005, informa que

El bloque de constitucionalidad está compuesto por aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución. Son pues verdaderos principios y reglas del valor constitucional, esto es, son normas situadas en el nivel constitucional, a pesar de que puedan a veces contener mecanismos de reforma diversos al de las normas del articulado constitucional strictu sensu. En tales circunstancias, la Corte Constitucional coincide con la Vista Fiscal en que el único sentido razonable que se puede conferir a la noción de prevalencia de los tratados de derechos humanos y de derecho internacional humanitario es que estos forman con el resto del texto constitucional un “bloque de constitucionalidad”, cuyo respeto se impone a la ley. En tal efecto, de esa manera se armoniza plenamente el principio de supremacía de la Constitución como norma de normas, con la prevalencia de los tratados ratificados por Colombia, que reconocen los derechos humanos y prohíben su limitación en los estados de excepción (Villanueva Flores, 2009, pg. 26-27).

En consecuencia, como los tratados antes mencionados tratan sobre Derechos Humanos, estos hacen parte del Bloque de Constitucionalidad, y por ello son vinculantes para el Estado, debiendo los jueces tener dichos tratados pues de ellos se derivan obligaciones internacionales que se deben cumplir (Villanueva Flores, 2009, pg. 34).

En la sentencia T-1319 de 2001 citada por Villanueva Flores (2009, pg. 31) se señala lo siguiente:

Por su parte, la Corte Constitucional de Colombia señala que el artículo 93 constitucional, en virtud del cual los derechos constitucionales se interpretan de conformidad con los tratados sobre derecho humanos, completa y dinamiza el contenido de los derechos protegidos por la Constitución, y remite a la interpretación realizada por los órganos competentes. Esto último por cuanto: “no puede interpretarse una norma positiva de textura abierta (como las que definen los derechos constitucionales) con otra norma que reviste las mismas características” sólo es posible (i) fundir ambas normas (la nacional y la internacional) y (ii) acoger la interpretación que las autoridades competentes hacen de las normas internacionales e integrar dicha interpretación al ejercicio de la Corte”.

Como se evidenciará más adelante, el Estado Colombiano ha adoptado estas recomendaciones mediante las cátedras obligatorias de educación sexual y las diferentes políticas públicas para la protección y garantía del goce de los Derechos Sexuales y Reproductivos (en adelante DSR) de los niños, niñas y adolescentes.

Debido a lo anterior, se hace necesario revisar el concepto del Derecho a la Salud desde el entendimiento local.

1.2. PERSPECTIVA NACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

Según Vélez Arango (2007), citado por Gañan Echavarría (2013, pg. 15), el concepto de salud en el marco actual del Estado social de derecho se relaciona con la necesidad de contar con unas condiciones de bienestar del individuo, a su derecho a una calidad de vida digna, y al acceso a servicios básicos que le garanticen un desarrollo de aquellas libertades fundamentales (capacidades).

A su vez, Saco Chung (2015) señala que el derecho a la salud no puede ser considerado como el derecho a gozar de buena salud o estar sano, sino como un derecho que contiene tanto libertades

y derechos que permiten al individuo alcanzar el más alto nivel de salud susceptible de ser alcanzado y que, por lo tanto, conllevan a obligaciones para el Estado en el sentido de permitir que el individuo los ejerza (pg. 6); determinándose el carácter de derecho y de la obligación del Estado para su protección.

En ese sentido, Gómez García y Builes Velásquez señalan que al reconocerse como Derecho Fundamental el Derecho a la Salud, se tuvo que hacer una regulación del mismo a través de una Ley estatutaria que lo definió como autónomo e irrenunciable, introduciendo profundos cambios en Sistema de Salud, tales como la eliminación del Plan Obligatorio de Salud, la creación de mecanismos idóneos para la protección y prevención del derecho, la aplicación de principios rectores al sistema de salud en general, entre otras directrices (2018, pg. 5).

Al respecto Cañón Ortegón (2017):

Dentro del derecho a la seguridad social, y como una de sus manifestaciones, el derecho a la salud ha sido considerado jurisprudencialmente en forma reiterada como derecho fundamental del individuo, por su conexión directa con otros derechos fundamentales y por su consagración en textos internacionales, incorporados al ordenamiento superior (...) (pg. 98).

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha hecho una importante elaboración doctrinaria sobre el derecho a la salud consagrado en la Carta Política la cual va desde la conexidad, consistente en aquella inescindibilidad que existe entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales como la vida o la integridad de las personas (...) (pg. 99).

Otro de los determinantes en el derecho a la salud, es que no se trata únicamente de plasmarlo en la Constitución y la legislación, sino también garantizarlo, al respecto Gañan Echavarría (2013) recalca que existen 4 elementos esenciales que deben respetarse en el Derecho a la Salud, estos

son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, sin los cuales no puede garantizarse el gozo efectivo del derecho a la Salud.

Sobre estos cuatro elementos esenciales, Villanueva Flores (2009) define en qué consisten los mismos, al indicar que: i) la disponibilidad que supone que los Estados Partes cuenten con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud y centros de atención de la salud así como programas, ii) la accesibilidad, que garantiza que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles económica y geográficamente, sin discriminación, así como el derecho a solicitar, recibir y difundir información en materia de salud, iii) la aceptabilidad, en virtud de la cual los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida, además de respetar la confidencialidad, iv) la calidad, que supone que los establecimientos, bienes y servicios en salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad (Villanueva Flores, 2009, pgs. 35-36).

Lo anterior quiere decir que no basta con reconocer el derecho a la salud como un derecho fundamental, sino que también es deber del Estado garantizar su acceso y correcto funcionamiento.

En cuanto a la normatividad, antes de la Constitución de 1991 no existía la noción de derecho a la Salud, pero con la promulgación de esta y con la adopción de la noción de un Estado Social de Derecho se permitió entonces una incorporación vigorosa de los derechos sociales en general y del derecho a la salud en particular (Procuraduría General de la Nación, 2008, pg. 42).

Con la Constitución de 1991 se determinó la definición de salud como un servicio público cuya prestación podría ser realizada por entidades privadas o públicas, bajo la constante vigilancia y control del Estado. No fue consagrada dentro del capítulo respectivo como un derecho fundamental

de cada persona, y su regulación fue mediante la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Gómez García y Builes Velásquez, 2018, pg. 5).

Ahora bien, en aras de determinar la naturaleza de la salud (entendiéndose en sus dos aspectos, como derecho fundamental y como servicio) se hace necesario ahondar en la jurisprudencia y verificar el desarrollo del concepto.

Para realizar esta labor, se presenta una línea jurisprudencial del derecho a la salud cuyo propósito radica en evidenciar la postura de la Corte Constitucional frente a la naturaleza de la salud y descubrir en qué momento se realiza la evolución de servicio a derecho fundamental.

Como sentencia arquimédica tomaremos la sentencia T-171 de 2018, Magistrado Ponente Dra. Cristina Pardo Schlesinger, mediante la cual la corte decide “REVOCAR la sentencia del veintisiete (27) de junio de 2017 proferida por el Juzgado Diecinueve Civil Municipal de Bucaramanga dentro del proceso de tutela promovido por Margarita Porras Barragán contra Cafesalud E.P.S. (ahora Medimás E.P.S.), por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia y, en consecuencia, TUTELAR sus derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas.”.

Se seleccionó esta sentencia por ser relativamente reciente y contener la reiteración de la Salud como Derecho Fundamental al manifestar,

La consagración normativa de la salud como derecho fundamental es el resultado de un proceso de reconocimiento progresivo impulsado por la Corte Constitucional y culminado con la expedición de la Ley 1751 de 2015, también conocida como Ley Estatutaria de Salud. El servicio público de salud, ubicado en la Constitución Política como derecho económico, social y cultural, ha venido siendo desarrollado por la jurisprudencia –con

sustento en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)– en diversos pronunciamientos. Estos fallos han delimitado y depurando el contenido del derecho, así como su ámbito de protección ante la justicia constitucional, lo que ha derivado en una postura uniforme que ha igualado el carácter fundamental de los derechos consagrados al interior de la Constitución (Corte Constitucional, Sentencia T 171 de 2018).

Ahora bien, en aras de realizar el desarrollo de la línea jurisprudencial es necesario plasmar la ingeniería en reversa utilizada.

Uno de los primeros pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre este tema fue la sentencia T-406 de 1992, donde se expuso que los derechos económicos, sociales y culturales pueden ser considerados como fundamentales por su conexidad con un derecho fundamental, y se planteó la posibilidad de intervenir y proteger el acceso a la salud por su conexidad con el derecho a la vida (Corte Constitucional, sentencia T-406 de 1992). Con este pronunciamiento de la Corte se entendía que en principio era posible recurrir a la Acción de Tutela para proteger el acceso al servicio público de salud si se evidenciaba que su falta de prestación podía vulnerar un derecho fundamental.

Otra de las manifestaciones de la corte se encuentra en la sentencia C-615 de 2002 donde la Corte señala,

De otro lado, la jurisprudencia reiterada de esta Corporación ha puesto de presente cómo, a pesar del carácter primariamente prestacional del derecho a la salud, el mismo debe ser objeto de protección inmediata cuando quiera que su efectividad comprometa la vigencia de otros derechos fundamentales, especialmente el derecho a la vida y a la dignidad

personal. Abundan los casos en los cuales la jurisprudencia sentada en sede de tutela ha amparado el derecho a la salud por considerarlo en conexión inescindible con el derecho a la vida o a la dignidad e incluso al libre desarrollo de la personalidad (Corte Constitucional, Sentencia C-615, 2002).

Posteriormente la Corte señaló en la sentencia T-277 de 2003:

Es posible recoger la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el concepto de derechos fundamentales, teniendo como eje central la dignidad humana, en tanto que valor central del sistema y principio de principios. Será fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo. Es decir, en la medida en que resulte necesario para lograr la libertad de elección de un plan de vida concreto y la posibilidad de funcionar en sociedad y desarrollar un papel activo en ella (Corte Constitucional, Sentencia T-277, 2003).

Ahora bien, ya no se relacionaba el servicio de salud cómo fundamental por la conexidad con el Derecho a la Vida, sino también con la Dignidad Humana, entendiendo que la Salud requiere una connotación de Derecho Fundamental porque es esencial para garantizar una vida digna y que su calidad permita el desarrollo de la persona en la sociedad.

Esta postura logró superar el argumento de conexidad en el derecho a la salud y determinó que realmente no existe distinción entre los derechos fundamentales y los derechos económicos, sociales y culturales, debido a que están todos relacionados con la dignidad.

“Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos –unos más que otros– una connotación prestacional

innegable. Ese requerimiento debe entenderse, en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental” (Corte Constitucional, sentencia T-016, 2007).

Finalmente, la sentencia hito del reconocimiento de la Salud como un Derecho Fundamental, fue la T-760 de 2008, la cual se apoyó en desarrollos internacionales y en jurisprudencia precedente para eliminar el carácter meramente prestacional de la salud y elevarlo a un Derecho Fundamental sin desconocer su calidad de servicio, pero realzando su importancia para la garantía de los demás derechos.

La Corte señaló que todo derecho necesariamente tiene un carácter prestacional y que el derecho a la salud se materializa con la prestación de los servicios y tecnologías que se requieran “la sola negación o prestación incompleta de los servicios de salud es una violación del derecho fundamental, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela” (Corte Constitucional, Sentencia t-760, 2008).

Finalmente, la Corte Constitucional hace referencia a la Sentencia T-062 de 2017 la cual señala que el servicio se debe encaminar a la protección constitucional del derecho fundamental a la salud, es decir que, a pesar del padecimiento y además de brindar el tratamiento integral adecuado, se debe propender a que el entorno [del paciente] sea tolerable y digno (Corte Constitucional, Sentencia T-062 de 2017).

Como indica la Corte Constitucional:

“En síntesis, el derecho fundamental a la salud integra tanto la obligación del Estado de asegurar la prestación eficiente y universal de un servicio público de salud que permita a todas las personas preservar, recuperar o mejorar su salud física y mental, como la posibilidad de hacer exigible por vía de tutela tales prestaciones para garantizar el desarrollo pleno y digno del proyecto de vida de cada persona” (Corte Constitucional, Sentencia T-171, 2018)

La Corte Constitucional reconoce entonces que no solo basta con nombrar la salud como derecho fundamental, sino también, debe garantizarse el acceso y la protección al mismo; de esta manera se da paso a la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015).

La categorización de la salud como derecho fundamental autónomo fue finalmente consagrada por el legislador en la Ley 1751 de 2015. Los desarrollos de la jurisprudencia constitucional en torno a la naturaleza y alcance de este derecho fueron su principal sustento jurídico y sirvieron para establecer normativamente la obligación del Estado de adoptar todas las medidas necesarias para brindar a las personas acceso integral al servicio de salud; derecho que, de encontrarse de alguna manera amenazado, puede ser protegido por vía de acción de tutela (Corte Constitucional, Sentencia T-171, 2018)

Teniendo en cuenta lo señalado a lo largo de este capítulo, se debe resaltar que la salud se entiende como el grado máximo de bienestar físico, mental y social (OMS, 1946), y para alcanzar este grado máximo no es solo necesaria la ausencia de enfermedades sino también el goce pleno de todos los ámbitos de acción de la salud, uno de ellos siendo la salud sexual y salud reproductiva, la cual se traduce en el goce de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos que abordaremos en el siguiente capítulo.

2. DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS

Evidenciado el concepto del Derecho a la Salud, se hace necesario desarrollar uno de los ámbitos de dicho derecho, como lo es la Salud Sexual y Reproductiva, la cual es definida por la OMS, la OPS y la Asociación Mundial de Sexología, citada por Gúezmes García (2004), de la siguiente manera:

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo a de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen (pg. 29).

A su vez, debemos definir tener una definición de sexualidad, que para el Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante MinSalud) es entendida como:

dimensión prioritaria para las acciones en salud pública, dado su reconocimiento como una condición esencialmente humana que compromete al individuo a lo largo de todos los momentos del ciclo vital, lo que permite sustraerla de la mirada exclusivamente biológica o médica, para también abordarla desde lo social, con todas sus determinantes dentro de un marco de derecho. (MinSalud; UNFPA, 2014, pg. 15)

Por otra parte, la Salud Reproductiva fue definida en la Conferencia del Cairo como,

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (ONU: 1994).

Ahora bien, en términos normativos, el Ministerio de Salud y Protección Social trae una definición de los Derechos Sexuales y Reproductivos,

Los derechos sexuales y reproductivos son una parte fundamental de los Derechos Humanos y se encuentran desarrollados, tanto en la Constitución Política de Colombia de 1991, como en diferentes Pactos, Conferencias, Convenios y Convenciones Internacionales. Los derechos sexuales y reproductivos como Derechos Humanos están

desarrollados en la Constitución Política, así: Artículo 13. Derecho a la igualdad y no discriminación de todas las personas; Artículo 15. Derecho a la intimidad personal y familiar de mujeres, hombres, jóvenes, niños y niñas; Artículo 16. Derecho al libre desarrollo de la personalidad; Artículo 18. Derecho a la libertad de conciencia; Artículo 42. Derecho de la pareja a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos. (Minsalud, Decreto 2968/2010, considerando)

La Corte Constitucional también se encarga de traernos una definición sobre Derechos Sexuales y Reproductivos,

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

Tenemos entonces que las definiciones nos traen diferentes conceptos:

- Los Derechos Sexuales y Reproductivos hacen parte de los derechos fundamentales.

- Los derechos sexuales se refieren a la autonomía sexual e incluyen, entre otros, el derecho a gozar de una sexualidad responsable y libre de toda forma de injerencia, coacción y violencia.
- Los derechos reproductivos incluyen tanto i) la autodeterminación reproductiva; como ii) el acceso a servicios de salud reproductiva.
- Los DSR generan obligaciones de respeto y garantía en cabeza del Estado. Estas obligaciones incluyen:
 - El deber de adoptar medidas legislativas, administrativas y de toda índole, que resulten necesarias para reconocer, proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos.
 - La obligación de desarrollar y asegurar la prestación de los servicios de salud que resulten necesarios para garantizar integralmente los DSR.
- Hombres y mujeres son titulares de estos derechos. Sin embargo, los Estados están obligados a garantizar una protección especial y diferenciada a favor de las mujeres, en especial cuando se encuentran en condiciones de vulnerabilidad particulares, como las mujeres indígenas, afrocolombianas, y quienes han sido víctimas de la violencia.
- La salud es un derecho humano fundamental que se define como el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este incluye la salud sexual y reproductiva.
- El derecho a la salud abarca también los factores determinantes básicos de la salud, que son factores socioeconómicos que promueven las condiciones que se requieren para tener una vida sana, como la alimentación, nutrición, vivienda y agua potable.

- El derecho a la salud tiene cuatro componentes, cuya realización permite medir el cumplimiento de las obligaciones que tienen los Estados en relación con la salud. Dichos componentes son:
 - Disponibilidad
 - Accesibilidad
 - Aceptabilidad
 - Calidad
- La garantía del derecho a la salud implica la realización de los DSR. Por ello, el Estado Colombiano tiene obligaciones concretas en relación con la salud sexual y reproductiva de todas las personas. Estas incluyen, entre otras:
 - Llevar a cabo todas las medidas necesarias para reducir la mortalidad materna e infantil,
 - Prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole, como las de origen sexual,
- El Estado debe adoptar medidas específicas y diferenciadas para garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y de los niños, niñas y adolescentes, entre otros grupos poblacionales, pues enfrentan condiciones materiales que exigen de medidas particulares para que puedan gozar efectivamente, y en condiciones de igualdad, de su derecho a la salud. (Minsalud: 2013. Pgs. 15-17)

De acuerdo con lo anterior y como lo menciona la Corte Constitucional en la sentencia SU-096 de 2018 (párrafo 19) “el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la suscripción de los mencionados instrumentos internacionales imponen al Estado colombiano y a los particulares una serie de obligaciones (...)”.

Una de esas obligaciones es la creación de políticas públicas en torno al tema de la Salud Sexual y Reproductiva, las cuales han sido abordadas por el MinSalud desarrollando la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el período 2002-2006 (actualizada en 2014).

Esta Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva plantea su definición así:

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (MinSalud; UNFPA, 2003, pg. 9).

Es por lo anterior que autores como María Ladi Londoño señala que “la sexualidad y la reproducción se vienen estudiando desde estos foros asociadas con derechos, salud, equidad, educación, supervivencia y muchas más” (Londoño: 1996. Pg. 17) demostrando entonces que la Sexualidad y la Reproducción no son solo facetas fisiológicas del ser humano, sino que son primordiales en el correcto desarrollo y por lo tanto adquieren el carácter de derechos fundamentales.

Debe adicionarse que es una facultad del ser humano decidir sobre su cuerpo y sobre su sexualidad, por lo cual se habla de los derechos sexuales y reproductivos en los siguientes términos:

Además de lo expresado antes respecto al contenido de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos fundamentales, la concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos implica el reconocimiento de su carácter de universales, intransferibles e inalienables y la obligación del Estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio (MinSalud; UNFPA, 2003, pg. 21).

Esta fue una de las grandes modificaciones que trajo la Política de Salud Sexual y Reproductiva en la actualización de 2014, el factor de política diferencial, la cual

- Reconoce la sexualidad desde el placer, el disfrute, el erotismo y no desde una mirada centrada en los aspectos biológicos o que se centre en eventos negativos.
- Se circunscribe en el enfoque de derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, cuya materialización se concreta a través de la prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

- Involucra grupos poblacionales que han sido históricamente marginados en cuanto a su vivencia de la sexualidad como los niños, los adultos mayores y las personas con discapacidad.
- Propende por la lectura del territorio, lo cual es indispensable para la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los diferentes contextos, que implica la recurrencia a prácticas alternativas e incorporación de conocimientos ancestrales que no sean contrarios a los derechos, para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva.
- Invita a resignificar los contenidos en educación sexual y de atención en salud sexual y salud reproductiva, a ser difundidos a través de procesos de gestión de la comunicación y de formación de las personas en todos los niveles.
- Involucra activamente a la comunidad, quien, a través de procesos de participación social, interviene en el diseño, la implementación, el monitoreo, el seguimiento y la evaluación.
- La actualización Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) espera ser un instrumento para la planeación territorial en los aspectos de responsabilidad sectorial y transectorial en sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. (MinSalud:2021)

En ese sentido, en el presente capítulo se delimitará el Derecho a la Protección y Prevención de infecciones de Transmisión Sexual o Embarazos no Deseados con enfoque en los jóvenes y adolescentes dentro del ordenamiento jurídico colombiano, revisando el contenido normativo y jurisprudencial de este derecho.

2.1. CONTENIDO LEGAL Y DE POLÍTICA PÚBLICA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

El Código de Infancia y Adolescencia marca el punto de partida para el desarrollo normativo de la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados en jóvenes y adolescentes, haciendo primeramente responsable a la familia como cuidador principal de la población vulnerable (ley 1098, 2006, art.39).

A su vez, establece como obligación del Estado “Prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos” (ley 1098, 2006, art. 41).

Como veremos más adelante en el capítulo tercero, tanto el Estado como la Familia tienen una responsabilidad recíproca, la cual, aunada a la construcción efectiva de las políticas públicas, se traduce en la protección de los DSR de los jóvenes y adolescentes.

Ahora bien, el Código de Infancia y Adolescencia también señala que el sistema de seguridad social debe garantizar el acceso a las pruebas de VIH y a servicios especializados de salud sexual y reproductiva, involucrando a los prestadores del servicio de salud como responsables del cuidado y la integridad de los jóvenes y adolescentes (ley 1098, 2006, ar. 41).

Para obtener una articulación completa es necesario incluir a las instituciones educativas en la ecuación y esto se logró con la creación de la asignatura obligatoria de educación sexual (Ley 1029, 2006, art. 1, literal e).

Vemos entonces que desde el esbozo general de la protección a esta población vulnerable se realiza una cadena de atención y protección que comienza desde la familia y la escuela y desemboca en los prestadores de salud y en las políticas estatales.

Ahora bien, es importante resaltar que el goce de los derechos sexuales y reproductivos se garantiza con la prevención de la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes, la cual se encuentra consagrada en la ley 1146 de 2007 y que señala la obligación estatal de la creación de políticas de prevención desde el sector educativo (ley 1146, 2007, arts. 3, 5, 11, 14) así como también las obligaciones de los entes territoriales (ley 1146, 2007, art. 4) y del sistema general de salud (ley 1146, 2007, art. 9) entre otras.

Siendo obligatorias las cátedras de educación sexual, fue necesario ahondar en el tema y regular sus derivados, como lo fue el reforzamiento de las clases de educación sexual con el componente de prevención del embarazo adolescente (ley 1385, 2010, art. 6), ya que este es uno de los problemas latentes en la sociedad colombiana.

Como señala Montoya Robledo (2013) “a mayor nivel de educación existe una menor probabilidad de que se produzcan embarazos adolescentes” (pg. 149).

El componente de prevención se amplía cuando no solo se habla de la cátedra de salud sexual y reproductiva, sino también del acceso a los métodos anticonceptivos, por lo cual el Ministerio de Salud recalca que la mujer menor adolescente (14 a 18 años) tiene derecho a tener el conocimiento que requiera sobre los diferentes métodos anticonceptivos (quirúrgicos o no) en aras de acceder al que mejor se adapte a su estilo de vida (MinSalud, resolución 769, 2008, numeral 5.6.3).

Siguiendo con la ley 1438 de 2011, nos encontramos con el concepto de atención preferencial, el cual informa, “El Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes” (ley 1438, 2011, art. 17).

Se puede ver entonces el enfoque diferencial que otorga la ley a los niños, niñas y adolescentes debido a su edad y vulnerabilidad.

En complemento a lo anterior, se promulga la ley 1620 de 2013 la cual crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos y la Educación para la sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar el cual reconoce a los niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos y a la comunidad educativa como responsables de su formación (ley 1620, 2013, art. 3).

Con esta ley también nace la Ruta de atención integral para la convivencia escolar, la cual debe garantizar la atención inmediata en casos de violencia, acoso o vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes (ley 1620, 2013, art. 29).

Cabe resaltar que esta ley también aporta la creación del sistema de información unificado de convivencia escolar (art. 28) y contiene las obligaciones del Ministerio de Salud y la Protección social en el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la Prevención y mitigación de la Violencia Escolar (art. 23), la obligación de Capacitación de funcionarios como medida de prevención (art. 8, numeral 1), y la creación de Políticas para el pleno disfrute de la Salud Sexual y Reproductiva (art. 8, numeral 4).

Ahora bien, la ley 1622 de 2013, consagra la obligatoriedad de los sistemas educativos de garantizar la continuidad de los estudios de jóvenes en estado de embarazo o portadores del VIH, así como también la creación de campañas educativas de anticoncepción (ley 1622, 2013, art. 8).

Posteriormente, con la promulgación de la Ley 1751 de 2015 recalca el carácter de sujetos de especial protección a los niños, niñas y adolescentes, haciendo énfasis en la prestación del servicio de salud sin restricción alguna (ley 1751, 2015, art. 11).

Otro de los grandes aportes de la ley estatutaria es la posibilidad de la participación en las decisiones del sistema de salud, esto quiere decir que tanto los jóvenes como adolescentes deben y pueden participar en la creación de políticas públicas que los favorezcan, de esta manera, dichas políticas estarán amarradas directamente a sus necesidades (ley 1751, 2015, art. 12), incluida la creación de una política pública en salud que permita una articulación intersectorial con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud (ley 1751, 2015, art. 20).

Ahora bien, no puede hablarse de marco normativo sin hablar de CONPES² y para efectos de este trabajo de grado se estudiarán dos documentos CONPES social, el primero será el 091 de 2005 que contiene las estrategias para la prevención del VIH y el segundo será el 147 de 2012 que contiene los lineamientos para la prevención del embarazo en jóvenes y adolescentes.

En el documento CONPES 091 de 2005 se definen las estrategias del desarrollo del milenio, una de las cuales es combatir el VIH, por lo cual plantea unas estrategias:

La estrategia fundamental es la implementación y mantenimiento de un Plan Intersectorial para la prevención y control de la epidemia en el país. El Plan abarca al menos tres ejes temáticos: 1) Coordinación interinstitucional e intersectorial, Evaluación y Monitoreo; 2) Promoción y Prevención; y 3) Atención y Apoyo. Dentro de las principales acciones contempladas se encuentran:

- Desarrollo de la vigilancia en salud pública en los aspectos epidemiológicos, demográficos, y de prestación de los servicios de salud (notificación de casos,

² CONPES hace referencia al Consejo Nacional de Política Económica y Social. Ésta es la máxima autoridad nacional de planeación y se desempeña como organismo asesor del Gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país. Para lograrlo, coordina y orienta a los organismos encargados de la dirección económica y social en el Gobierno, a través del estudio y aprobación de documentos sobre el desarrollo de políticas generales que son presentados en sesión (DNP, 2020).

prevalencias, tamizajes de bancos de sangre, estudios de comportamientos de riesgo).

- Coordinación interinstitucional en los ámbitos nacional y subnacional en acciones de promoción, prevención y orientación y seguimiento de casos.
- Capacitación de docentes en los niveles de educación básica y media para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA.
- Implementación de programas de promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH/SIDA, entre adolescentes y jóvenes, con participación intersectorial y comunitaria.
- Aplicación de encuestas sobre comportamientos sexuales entre la población general, jóvenes escolarizados y no escolarizados y grupos de riesgo.
- Implementación de estrategias de educación, información y comunicación (EIC) dirigidas a los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.
- Capacitación de los funcionarios de salud en cuanto a estrategias y prácticas para la reducción de la transmisión madre – hijo.
- Actualización y divulgación de guías de prevención y atención integral en infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA.
- Consolidación del fondo de medicamentos de bajo costo que posibilite el acceso efectivo a medicamentos antirretrovirales e insumos de laboratorio para el seguimiento de los tratamientos (CONPES 091, 2005, pgs. 24-25).

Cabe resaltar que, aunque el CONPES contiene los lineamientos de acción frente a la prevención del VIH, dichos lineamientos tienen que traducirse en normas jurídicas y planes de acción.

Siguiendo con el análisis, se revisa el CONPES 147 de 2012, el cual no solo contiene los lineamientos para la prevención del embarazo adolescente, sino que también plantea la necesidad de regulación y el impacto social, económico y familiar que conlleva un embarazo no deseado a una temprana edad, en los siguientes términos:

Sandoval (2009) señala que además de presentar riesgos en el plano biológico, el embarazo en la adolescencia trae consigo eventuales riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; ocasionan eventuales deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; todo lo anterior en virtud del nuevo papel de progenitores que enfrentan los y las adolescentes (CONPES, 147, 2012, pg. 4).

El mencionado CONPES pone en evidencia el trasfondo de un embarazo no deseado a una temprana edad, el cual radica en oportunidades de vida que no logran desarrollarse y que tienen eventual incidencia en el desarrollo del joven y/o adolescente, que para el año 2010 se determinó que el 34% de las madres menores de 20 años reportaron querer su hijo en el momento en que quedaron embarazada, el 16% no lo quería en ese momento y el 50% lo quería más tarde, indicando que el 66% restante tenía otro proyecto de vida, que no incluía ser madre en esa etapa de su vida. Unido a esto, según la Encuesta Nacional de Deserción Escolar – ENDE se encontró que en algunas entidades territoriales (Facatativá, Atlántico, Ipiales, Sabaneta y Vaupés) más del 50% de los estudiantes que alguna vez han abandonado el sistema educativo lo hicieron porque “iba a ser padre o madre”, pudiendo indicar un cambio en su proyecto de vida (CONPES, 147, 2012, pgs. 4-5).

Al respecto, Murillo Moreno hace énfasis en la necesidad de la prevención del embarazo adolescente como finalidad para controlar los llamados círculos de pobreza, en los cuales la madre deja de lado su proyecto de vida y, por lo tanto, no puede ser productiva a causa de su embarazo (Murillo: 2015, pg. 43).

Una de las razones por las cuales los jóvenes y adolescentes afirman que, si bien saben que existen ciertas políticas cuyo objetivo es la prevención y el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos no acuden a ellas es debido a que no son expeditas, o que simplemente no están diseñadas para ellos en específico, como lo señala el mencionado CONPES para el caso de la ciudad de Medellín (CONPES 147, 2012, pg. 6).

Esta situación plantea un desafío más grande que consiste en el diseño de lineamientos específicos para los jóvenes y adolescentes que incluyan todo su ámbito de desarrollo.

No obstante lo anterior, los avances en la materia evidencian que la mayoría de las iniciativas están centradas en la prestación de servicios de salud, en la promoción de intervenciones dirigidas a la formación de conocimientos y competencias en sexualidad responsable, en fortalecer el conocimiento y uso de métodos modernos de anticoncepción, y en la prestación de servicios especializados para cada aspecto de riesgo (abuso de drogas, criminalidad, pandillismo, alcohol, deserción escolar, métodos de anticoncepción, entre otros). Así, los programas se centran en prevenir problemas específicos de los jóvenes, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social y con intervenciones que tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra arraigada. Cabe señalar que la situación actual en Colombia no dista de lo que ocurre en la región, como lo señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) “América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para

adolescentes en la Región. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia. Los programas y políticas tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el Comportamiento (CONPES 147, 2012, pg. 7)

El CONPES propone entonces que no solo basta con crear políticas y lineamientos que hablen sobre la prevención del embarazo adolescente sin tener en cuenta la región, la familia, la educación, la ubicación socioeconómica, el acceso a la información etc., ya que esto no elimina el enfoque vertical y las políticas suelen carecer de efectividad.

Se parte de la necesidad de establecer determinantes y el CONPES menciona los necesarios para una prevención efectiva:

- Determinantes próximos: este determinante habla sobre los factores biológicos y de comportamiento dentro de los que se destacan el desarrollo puberal, inicio de relaciones sexuales, nupcialidad o uniones tempranas, uso de métodos anticonceptivos y acceso a servicios de salud y educación. También informa que deben tenerse en cuenta los proyectos de vida propios, las prácticas de género, las creencias del individuo y comportamientos frente a la sexualidad y paternidad.
- Determinantes intermedios: se refiere a la familia, el hogar y la escuela en el cual se encuentre el joven o adolescente. Hay que entrar a determinar la existencia de abuso o

violencia, la supervisión, el diálogo y la formación en cuanto a derechos sexuales y reproductivos y acceso a la salud.

- Determinantes distales: están relacionados con los ingresos, pobreza, cobertura, acceso oportuno a servicios públicos, oportunidad de participar en decisiones públicas, ejercicio de la democracia, legados culturales, comunidades, marco del entorno social, normas sociales sobre la sexualidad, feminidad, masculinidad, relaciones de pareja y las oportunidades de desarrollo y alternativas de vida. (CONPES, 2012. Pgs. 15-17).

Tomando en cuenta la necesidad de estos determinantes, se hace necesario abordar el concepto de enfoque diferencial, el cual va a permitir realizar una aproximación más exacta al problema y a su posible manejo.

“El enfoque diferencial se concibe como el apoyo instrumental de la conjugación de distintos aspectos referidos a condiciones propias de las poblaciones como etnia, género, edad, discapacidad, proveniencia, entre otros factores, que ponen de presente la necesidad de abordajes específicos para realidades socioeconómicas particulares, especialmente por la necesidad de focalizar los recursos del Estado hacia sectores poblacionales con mayores carencias y reducidas oportunidades desde el punto de vista económico” (CONPES, 2012. Pg. 24).

Ahora bien, en cuanto a los lineamientos planteados para el desarrollo de la política de prevención de embarazos no deseados en jóvenes y adolescentes se determinó que debe enfocarse en 3 niveles de intervención: individual, familiar y comunitario, (2012:28) los cuales deberán estar amarrados a unas líneas específicas: 1) Formación de agentes educadores de la sociedad; 2) Participación y empoderamiento efectivo de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; 3) Desarrollo de oportunidades para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y sus familias; 4) Protección, garantía

y restitución de derechos de los 35 niños, niñas, adolescentes y jóvenes vulnerados; y 5) Fortalecimiento o Transformación de prácticas sociales (CONPES, 2012. Pg. 34-35).

Cuando se toman en cuenta los anteriores lineamientos y enfoques, también debe establecerse los ámbitos de acción y los mínimos en cuanto a la oferta de los servicios en educación para el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos, estos son: a) servicios de salud con calidad; b) servicios de educación sexual y, c) desarrollo de competencias en SSR Y DSR en la población objetivo. (2012: 48-50).

Es necesario entonces entender que no basta con el diseño de políticas y lineamientos centrales de prevención de embarazos no deseados en jóvenes y adolescentes, sino que se hace imperativo que se incluya a la familia, entorno y comunidad y se planteen desafíos y respuestas territoriales para su implementación, debido a que cada comunidad y región tienen sus necesidades específicas.

En este punto, es de vital importancia resaltar la diferencia entre la cantidad de información que se encuentra para prevención de embarazos en jóvenes y adolescentes, y la prevención y protección de infecciones de transmisión sexual.

2.2. CONTENIDO JURISPRUDENCIAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS EN JÓVENES Y ADOLESCENTES

Siguiendo con el análisis planteado se hace necesario revisar la jurisprudencia con respecto al tema, haciendo uso nuevamente de la técnica de línea jurisprudencial.

La sentencia arquimédica escogida es la SU 096 de 2018 la cual fue escogida por ser reciente y además contener los lineamientos base de los derechos sexuales y reproductivos,

Esta Corporación ha explicado cuáles son las implicaciones que se derivan de cada una de esas garantías. En esa medida, ha indicado que los derechos sexuales les proporcionan a todas las

personas la autoridad para “decidir autónomamente tener o no relaciones sexuales y con quién. En otras palabras, el ámbito de la sexualidad debe estar libre de todo tipo de discriminación, violencia física o psíquica, abuso, agresión o coerción, de esta forma se proscriben, por ejemplo, la violencia sexual, la esclavitud sexual, la prostitución forzada (Corte Constitucional, SU 096, 2018).

La Corte también realiza un aporte importante cuando se refiere a las 3 facetas de los derechos sexuales y reproductivos,

La primera, relacionada con la oportunidad de disponer de información y educación adecuada sobre los distintos aspectos de la sexualidad humana; la segunda, que tiene que ver con la posibilidad de acceder a los servicios de salud sexual; y la última, correspondiente a la facultad de contar con toda la educación e información respecto de la totalidad de los métodos de anticoncepción, así como la potestad de elegir de forma libre alguno de ellos (Corte Constitucional, SU 096, 2018).

Como veremos más adelante, estas 3 facetas se presentan en las estrategias o acciones estatales para garantizar el goce de los DSR.

Además de lo anterior señaló,

En cuanto al componente de accesibilidad, indicó que a partir de este aspecto se cimienta la obligación de asegurar que los servicios requeridos para la materialización de los derechos reproductivos se puedan utilizar por todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica o su situación de vulnerabilidad. Paralelamente, advirtió que los costos de acceso a estas herramientas no pueden constituir una barrera infranqueable para su empleo. Igualmente, hizo hincapié en la importancia de que las personas tengan la oportunidad de buscar, recibir y

difundir información sobre los derechos sexuales y reproductivos (Corte Constitucional, SU 096, 2018).

En aras de realizar un análisis de los DSR es necesario plasmar la ingeniería en reversa de las providencias de la Corte.

Una de las primeras sentencias que hace referencia a los DSR es la T-440 de 1992, la cual recalca la importancia de la educación sexual en los niñas, niños, adolescentes y jóvenes como parte del acceso a la información y el disfrute de sus DSR.

La función de la educación sexual no es la de alinear al individuo con un cúmulo de creencias sobre la sexualidad, sino la de proveer elementos objetivos para contribuir a su reflexión y a una más clara, racional y natural asunción de su corporeidad y subjetividad. Se estimula de esta manera que las elecciones y actitudes que se adopten -en un campo que pertenece por definición a la Intimidad y al libre desarrollo de la personalidad- sean conscientes y responsables (Corte Constitucional, T-440, 1992).

Posteriormente, la sentencia T-293 de 1998, aborda la educación sexual como parte del ejercicio de los DSR incluyendo a la familia, instituciones educativas y el Estado.

El deber de educar, en el que se incluye la educación sexual, corresponde, en primer lugar, a los padres, quienes, en armonía con el establecimiento educativo, que en este caso representa a la sociedad y al Estado, están en la obligación constitucional de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos (Corte Constitucional, T-293, 1998).

Ahora bien, la Corte señala una colaboración armónica entre las familias, las instituciones educativas y el Estado, la cual debe ser llevada a cabo en aras de lograr un buen desarrollo del menor y de garantizar el acceso a la información.

Luego, la sentencia T-368 de 2003 hace énfasis en la adecuación y complejidad en la que se debe presentar la educación sexual,

La educación sexual, no tiene un equivalente en los modelos convencionales de aprendizaje. Lejos de ser un simple recuento de anatomía, fisiología y de los métodos de control de la natalidad, se trata de un verdadero proceso que se inicia desde el nacimiento y que tiene en los padres a la instancia que más influencia ejerce en la misma, Si bien se reconoce el papel preponderante que aquí deben desempeñar los padres respecto de sus hijos, es conveniente que la escuela moderna, de manera coordinada con ellos, coadyuve a su esfuerzo, practique una pedagogía que incorpore el reconocimiento y la comprensión cabal de la sexualidad, de suerte que los educandos reciban en cada momento conocimientos serios, oportunos y adecuados y gracias a esta interacción lleguen al pleno dominio de su "yo" y de respeto y consideración humana por el "otro" (Corte Constitucional, T-368, 2003).

En este caso la Corte Constitucional amplía el concepto de la educación sexual y del acceso a la información, dándole también el énfasis de autodeterminación.

En la misma línea, la sentencia T-220 de 2004 reconoce una relación innegable entre el derecho fundamental a la educación y el acceso a la educación sexual en las instituciones educativas imponiendo también la necesidad de estándares básicos como son:

- Debe impartirse en establecimientos de educación básica tanto públicos como privados.

- El contenido debe estar orientado por la autonomía del educando y respeto por los demás derechos fundamentales, en especial a la dignidad, la intimidad y la libertad de conciencia.
- El contenido dictado debe permitirle al estudiante el desarrollo de sus diversas competencias de relación y convivencia, de respeto a las diferencias y a los derechos de los demás, de conocimiento en salud sexual y reproductiva, en especial lo relacionado con las enfermedades de transmisión sexual, de concientización acerca de la maternidad y paternidad responsable como derecho y deber, entre muchos otros, y por último
- Que la forma en que se imparta debe estar orientada por herramientas pedagógicas especiales, que garanticen el respeto de los derechos y la formación integral de los educandos, lo que implica, obviamente, la necesidad de garantizar la idoneidad de los docentes mediante procesos de selección y de capacitación especiales (Corte Constitucional, T-220, 2004).

Ahora bien, la Corte también se ha referido a la Educación Sexual y a su relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos como un puente para su efectivo disfrute,

El derecho a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas supone por una parte contar con la información necesaria para adoptar decisiones de esta naturaleza y en esa medida está estrechamente relacionado con el derecho a una educación sexual adecuada y oportuna, adicionalmente "protege a las personas de la invasión o intrusión no deseada en sus cuerpos y otras restricciones no consensuales a su autonomía física (Corte Constitucional, C-355, 2006).

En este punto hay que resaltar el señalamiento que hace la Corte Constitucional en cuanto al derecho a la información, ya que se considera que es indispensable para garantizar el acceso y efectivo disfrute de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

La sentencia T-627 de 2012 hace un acercamiento del derecho a la información como puente necesario para garantizar el derecho a la educación sexual y el posterior acceso a los DSR.

Es de vital importancia el reconocimiento que hace la Corte sobre la calidad de la información impartida en los siguientes términos:

Los receptores pueden exigir, además, cierta calidad en la información recibida. Concretamente, están habilitados para exigir que sea veraz e imparcial (...) y, adicionalmente, que quien difunda información la diferencie claramente de las opiniones. En consecuencia, existe un deber correlativo de los emisores de la información de asegurar la calidad de la misma en este sentido (Corte Constitucional, T-627, 2012).

Ahora bien, no solo resalta la importancia del derecho a la información, sino que también señala la necesidad de que la información impartida sea de calidad, lo cual es imperativo en la educación sexual para garantizar el acceso a los DSR.

Otro de los señalamientos realizados por la Corte consiste en el acceso a los servicios de salud reproductiva, donde destaca la “Educación e información sobre toda la gama de métodos anticonceptivos, acceso a los mismos y posibilidad de elegir aquél de su preferencia” (Corte Constitucional, T-627, 2012).

De este punto deviene la importancia del derecho a la información en materia de DSR; como señala la CIDH citada por la Corte Constitucional (2012),

El acceso a la información en este ámbito es especialmente importante para las mujeres, en forma tal que “el pleno goce de los derechos humanos de las mujeres no es posible de alcanzar sin un acceso oportuno a servicios integrales de atención en salud, así como a

información y educación en la materia para que las mujeres adopten decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción.

También señala que,

El derecho al acceso a la información es especialmente relevante en el ámbito de la salud y específicamente en el área de la sexualidad y la reproducción ya que contribuye a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de aspectos íntimos de su personalidad. En otras palabras, es herramienta fundamental para ejercer la autodeterminación reproductiva.

Con esta afirmación que indica la Corte, vuelvo a la premisa de que el derecho a la información, y no cualquier información, sino una de calidad y oportuna, se materializa mediante la cátedra de educación sexual otorgada en la educación básica, y solo si la misma cumple con todos los requisitos se garantizará el acceso a los DSR.

Ahora bien, la Corte (2012) va más allá al citar a la CIDH e informar que con una información adecuada y oportuna no solo se garantiza el acceso a los DSR sino también a otros derechos fundamentales,

Bajo el sistema interamericano, el acceso a la información en materia sexual y reproductiva involucra una serie de derechos como el derecho a la libertad de expresión, a la integridad personal, a la protección a la familia, a la vida privada y a vivir libres de violencia y discriminación. Y, así, su falta de respeto y garantía puede ser a su vez una vulneración de esos derechos relacionados.

Posteriormente en la sentencia C-131 de 2014 la Corte Constitucional manifiesta que

Los menores tienen derecho a decidir sobre su propia sexualidad, en el marco de la autonomía y libertad que se le reconoce a toda persona, pero considerando la importancia del acompañamiento de la familia, la sociedad y el Estado, quienes están en deber de advertir los riesgos y responsabilidades de sus decisiones de vida (Corte Constitucional, C-131, 2014).

En este punto, señala de nuevo la importancia del acompañamiento e integración de la familia, sociedad y Estado, la cual resulta necesaria para cubrir las necesidades del menor.

La sentencia T-274 de 2011 manifiesta que,

Esta Corporación ha desarrollado una línea jurisprudencial consistente y uniforme sobre el reconocimiento, titularidad, naturaleza y contenido de los derechos sexuales y reproductivos. De manera general, estos derechos reconocen y protegen la facultad de las personas de tomar decisiones libres sobre su sexualidad y su reproducción, e implica la obligación del Estado de brindar los recursos necesarios para hacer efectiva tal determinación (Corte Constitucional, T-274, 2011).

Ahora bien, en la sentencia C-085 de 2016 la Corte se refiere nuevamente a la importancia de una educación sexual oportuna e idónea,

En consecuencia, para la Corte Constitucional ha sido siempre claro que la educación sexual para niños y adolescentes debe impartirse desde el inicio del ciclo educativo y al mismo tiempo, que la complejidad del tema implica ante todo tomar en consideración la edad y desarrollo de los estudiantes para determinar las metodologías y contenidos adecuados de la educación sexual, así como la idoneidad de los docentes en cada grado escolar (Corte Constitucional, C-085, 2016).

Para la Corte la estrecha relación que tiene la educación sexual con los demás derechos de los niños y adolescentes implica para el Estado un deber particular en la garantía de una educación accesible, adecuada y de calidad.

Por último, la sentencia C-093 de 2018 hace referencia a la autodeterminación reproductiva, la cual hace parte de los DSR y como se evidenció anteriormente fue también reconocida como un Derecho Fundamental.

Cabe resaltar que hace referencia al acceso a la información como uno de los pilares de la autodeterminación así,

El deber de educar, en el que se incluye la educación sexual, corresponde, en primer lugar, a los padres, quienes, en armonía con el establecimiento educativo, que en este caso representa a la sociedad y al Estado, están en la obligación constitucional de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos (Corte Constitucional, C-093, 2018).

Una vez más la Corte señala la importancia de la colaboración armónica entre la familia, las instituciones y el Estado para garantizar el acceso a los DSR.

Una vez analizada la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional, es necesario revisar si el modelo de Servicios de Salud Amigables para Jóvenes y Adolescentes garantiza el derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados en los términos normativos expuestos con anterioridad.

3. EL SSAAJ COMO GARANTÍA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

En este capítulo se desarrollará brevemente el concepto de servicio de salud en el marco del Sistema de Seguridad Social Integral, determinado por el acceso a los servicios de salud con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, para posteriormente presentar los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes (en adelante SSAAJ), y determinar si garantiza el goce del derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual en términos normativos.

3.1. EL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA Y EL ACCESO A DICHO SERVICIO

La Constitución de 1991 le otorgó rango constitucional a la seguridad social, dándole la facultad al legislador de indicar como quedaría establecida.

El artículo 48 de la Constitución define a la seguridad social como un “servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley” (Const., 1991, art. 48).

Fue entonces responsabilidad del legislador la creación de la ley que regule la seguridad social, lo cual se hizo efectivo con la promulgación de la ley 100 de 1993 en la cual Vélez (2014) citado por Hernández (2016) indica que “se redefinió como sistema de seguridad social integral, orientado a conseguir la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado que propicie la libre competencia y la libre elección en la prestación del servicio de salud en el país” (pg.4).

El preámbulo de la ley 100 de 1993 indica:

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (ley 100, 1993)

La seguridad social se rige por 6 principios los cuales son:

- a. Eficiencia: se refiere a la mejor utilización de los recursos disponibles para garantizar la prestación adecuada del servicio.
- b. Universalidad: habla de la garantía de protección de las personas sin ninguna clase de discriminación.
- c. Solidaridad: es uno de los pilares de la seguridad social el cual deviene de la capacidad de pago y aporte de cada individuo.
- d. Integralidad: se habla de seguridad social integral debido a que debe cubrir todas las contingencias que afecten la salud.
- e. Unidad: se refiere a la integralidad interinstitucional en pro de garantizar los fines de la seguridad social.
- f. Participación: es derecho y deber de toda la población hacer parte de la implementación y creación de las políticas que los afecten.

Este sistema, está dividido a su vez en cuatro subsistemas (Arenas, 2007, P.168), siendo pertinente abordar el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene en la ley 100 dos objetivos fundamentales: de una parte, regular el servicio público esencial de salud y, simultáneamente, crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención (Arenas, 2007, Pgs. 170-171).

Seguidamente, Arenas señala que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está compuesto por las Entidades Administradoras (Entidad Promotora de Salud -EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Sociales del Estado y los usuarios, así como las Entidades Gubernamentales encargadas de emitir la regulación del sector y las encargadas de la inspección, vigilancia y control del sector Salud (Arenas, 2007, Pgs. 170-172).

Para facilitar la prestación y el acceso a los servicios de salud se acude al concepto de Redes de Prestación de Salud, el cual se entiende como un instrumento de organización y gestión de la provisión de los servicios de salud; dicho concepto se materializa con las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud que se define como “el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados (...)” (MinSalud, 2016. Pg. 8).

Debe mencionarse que la ley 100 de 1993 marca el punto de partida para la prestación del servicio de salud, es decir, contiene el marco general pero la materialización de dicho marco se logra mediante las políticas públicas y estrategias de acción para la prestación del servicio.

Debido a ello, resulta necesario presentar el estándar constitucional sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que se realiza a través la siguiente línea jurisprudencial.

La sentencia arquimédica que se tomará para esta línea jurisprudencial es la C-754 de 2015 la cual señala el acceso a los servicios de salud:

El artículo 49 de la Constitución establece la garantía para todas las personas del “acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. Esta Corporación ha definido la salud como ‘un estado completo de bienestar físico, y mental’ dentro del nivel posible de salud para una persona”. A su vez, la jurisprudencia Constitucional ha determinado la salud como un servicio público esencial de carácter obligatorio que se rige principalmente por los principios de solidaridad, universalidad e integralidad (Corte Constitucional, C-754, 2015).

En esta sentencia, la Corte Constitucional hace énfasis en el acceso a los servicios de salud sexual de las mujeres víctimas de violencia sexual:

En este sentido, la Corte Constitucional reconoció explícitamente que la atención integral de la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual incluye la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva (Corte Constitucional, C-754, 2015).

En conclusión, el derecho a la salud de las víctimas de violencia sexual, particularmente de las mujeres como sujetos de especial protección constitucional, debe ser garantizado como un mínimo constitucional. Este derecho comprende el acceso a la atención de forma inmediata, integral, especializada, con enfoque diferencial, de forma gratuita y durante el tiempo necesario para superar las afectaciones físicas y psicológicas derivadas de las agresiones, que incluye valoración médica, tratamientos, procedimientos quirúrgicos o medicación que garanticen los derechos sexuales y reproductivos, tales como el acceso a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo, la atención psicosocial en condiciones de dignidad y respeto (Corte Constitucional, C-754, 2015).

Si bien la sentencia hace especial referencia a la mujer víctima de violencia sexual, la misma también habla sobre el acceso a los servicios de salud sexual, y es la más reciente en su ámbito, por lo cual se toma como sentencia arquimédica.

Seguidamente, se hace necesario establecer la ingeniería en reversa

T 622 de 2012: Respecto al acceso de servicios de salud sexual, la Corte Constitucional, de acuerdo con su jurisprudencia, apoyada en la Constitución Política y en los tratados internacionales de derechos humanos, ha reconocido que este tipo de prestaciones son exigibles por vía de tutela por estar amparadas en los derechos fundamentales a la vida digna, salud y libre desarrollo de la personalidad.

Posteriormente la sentencia T-732 de 2009 la cual ha sido escogida como hito debido a que ha representado un punto de partida claro en cuanto a los Derechos sexuales y reproductivos en cuanto a su distinción, reconocimiento y acceso

Uno de los primeros puntos que señala la Corte Constitucional es la importancia de diferenciar los derechos sexuales a los derechos reproductivos:

Sexualidad y reproducción son dos ámbitos diferentes en la vida del ser humano ya que la primera no debe ser entendida solamente como un medio para lograr la segunda. Esta separación ha resultado ser una demanda especialmente importante para las mujeres pues el hecho de haber sido identificadas fundamentalmente como madres ha reducido la protección de su sexualidad a la de la maternidad o al menos ha priorizado ésta última sobre la primera. A pesar de lo anterior, no se puede negar que los derechos sexuales y reproductivos están indudablemente relacionados pues la autonomía en las decisiones reproductivas contribuye a llevar una vida sexual sin riesgos de embarazos no deseados, lo

que quiere decir que cada una de estas categorías posee una definición y un contenido propio, pero parten de una base común.

Posteriormente la Corte Constitucional pasa a reconocer la posición del Estado en esta ecuación como garante de los lineamientos y prestación efectiva de dichos derechos mediante el acceso a la salud:

Esta primera aproximación nos indica que abarcan pretensiones de libertad, que exigen del Estado abstenciones, pero también contienen reivindicaciones de tipo prestacional, que requieren del mismo una actividad concreta, las cuales deberán ser desarrolladas por el legislador y la administración para determinar específicamente las prestaciones exigibles y las condiciones para acceder a las mismas, las instituciones obligadas a brindarlas y su forma de financiación, teniendo en cuenta que se debe atender, de modo prioritario, a quienes más lo necesitan, tal y como sucede con todos los derechos según la jurisprudencia constitucional. En esta tarea, tanto el legislador como la administración deberán respetar los mandatos constitucionales y los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia que hacen parte del bloque de constitucionalidad (artículo 93 de la Constitución), para lo cual deben tener en cuenta las interpretaciones que los órganos autorizados han hecho sobre el alcance de los derechos que reconocen estas normas.

La Corte Constitucional hace un repaso de la importancia de garantizar el acceso libre y no discriminado a los derechos sexuales y reproductivos y reconoce especialmente en los derechos reproductivos el acceso a los servicios de salud así:

Así mismo, los derechos reproductivos reconocen, respetan y garantizan la facultad de las personas, en especial a las mujeres, de acceder a servicios de salud reproductiva. Estos incluyen, entre otros,

(i) Educación e información sobre toda gama de métodos anticonceptivos, acceso a los mismos y posibilidad de elegir aquél de su preferencia, prestación que está reconocida en los artículos 10 y 12 de la CEDAW y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña.

(ii) Interrupción voluntaria del embarazo de forma segura en aquellos casos en que es legal, sin la exigencia de requisitos inexistentes.

(iii) Medidas que garanticen una maternidad libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y que brinden las máximas posibilidades de tener hijos sanos. Al respecto, el artículo 43 de la Constitución prescribe que “durante el embarazo y después del parto [la mujer] gozará de especial asistencia y protección del Estado”. Por su parte, el artículo 12 de la CEDAW impone a los Estados la obligación de asegurar “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”. Así mismo, el artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño los obliga a proporcionar “atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”.

(iv) Por último, la prevención y tratamiento las enfermedades del aparato reproductor femenino y masculino. Al respecto, en la sentencia T-605 de 2007, esta Corte protegió el derecho a la salud de una mujer y ordenó a una EPS practicarle una “cirugía desobstructiva

de las Trompas de Falopio y retiro de adherencias del óvulo izquierdo”, excluida del Plan Obligatorio de Salud, para poner fin a una enfermedad que le impedía procrear. Así mismo, en la sentencia T-636 de 2007, con el mismo argumento, se ordenó a una EPS practicar a una mujer un examen de diagnóstico denominado “cariotipo materno” con el objetivo de determinar la causa de sus constantes abortos espontáneos.

Ahora bien, la Corte Constitucional también menciona los derechos sexuales así,

Con el mismo fundamento normativo, es posible sostener que los derechos sexuales reconocen, respetan y protegen (i) la libertad sexual y (ii) el acceso a los servicios de salud sexual.

En virtud del derecho a la libertad sexual las personas tienen derecho a decidir autónomamente tener o no relaciones sexuales y con quién (artículo 16 de la Constitución). En otras palabras, el ámbito de la sexualidad debe estar libre de todo tipo de discriminación, violencia física o psíquica, abuso, agresión o coerción, de esta forma se proscriben, por ejemplo, la violencia sexual, la esclavitud sexual, la prostitución forzada.

De igual forma, los derechos sexuales reconocen, respetan y garantizan la facultad de las personas de acceder a servicios de salud sexual, los cuales deben incluir, básicamente:

- (i) Información y educación oportuna, veraz, completa y libre de prejuicios sobre todos los aspectos de la sexualidad,
- (ii) El acceso a servicios de salud sexual de calidad que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio de la sexualidad, y

(iii) Educación e información sobre toda gama de métodos anticonceptivos y acceso a los mismos en condiciones de calidad y la posibilidad de elegir aquél de su preferencia, lo cual es un punto de contacto evidente entre los derechos sexuales y reproductivos.

Seguidamente, la Sentencia T-760 de 2008 trae unos lineamientos específicos que deben cumplirse en la prestación y acceso al servicio de salud:

(i) Cada estado debe tener disponibles `un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas´.

(ii) Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, en cuatro dimensiones superpuestas: (a) ‘no discriminación’, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna; (b) ‘accesibilidad física’, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados; (c) ‘accesibilidad económica’ (asequibilidad), los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, en especial, la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos; y (d) ‘acceso a la información’, el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, sin perjuicio de la debida confidencialidad. (iii) Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser (aceptables) respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y

mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.” (iv) Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también de buena calidad, apropiados desde el punto de vista científico y médico.

Consecuentemente con el análisis que nos compete, en la sentencia T 143 de 2005 se aborda el acceso a los servicios de salud sexuales al señalar su desarrollo como garantía de una serie de derechos los cuales deben ser garantizados y protegidos:

En consecuencia, la atención en salud del paciente que se ve aquejado por disfunciones en su actividad sexual, se somete a los mismos criterios de la continuidad en la prestación de los servicios médicos frente a otras dolencias, en tanto se cumpla con los requisitos que jurisprudencialmente se han determinado. De esta manera, cuando el particular que viene siendo atendido por la entidad prestadora de sus servicios de salud, en razón a una reclamación suya para solucionar un problema en su salud sexual, podrá, si en algún momento le es negado algún procedimiento o medicamento que le ha sido diagnosticado por su médico tratante para solucionar su problema de salud, alegar la aplicación del criterio de continuidad en la prestación del servicio de salud. Así, en estos casos, aun cuando el derecho a la salud respecto del cual se reclama su protección no tiene conexidad con derechos fundamentales como la vida e integridad física, si presenta una conexidad directa con otros derechos fundamentales, como la dignidad, la intimidad, y el derecho a la familia.

Establecido entonces el marco de la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva es necesario abordar a los SSAAJ como estrategia para el goce del derecho a la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados.

3.2. LOS SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES Y EL GOCE DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL O EMBARAZOS NO DESEADOS

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 define el componente de Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva como:

Acciones coordinadas sectoriales, transectoriales 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 los enfoques de derechos, de género y diferencial. (MinSalud, 2013, pg. 171).

En aras de cumplir con dicho objetivo, El Ministerio de Salud y Protección Social, señala las siguientes estrategias:

- a) Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de adolescentes y jóvenes.
- b) Fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, género y diferencial e inducción de la demanda temprana hacia los servicios de SSR.
- c) Desarrollo sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.
- d) Desarrollo de estrategias 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 de las víctimas de estos delitos.

e) Ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes con enfoque de derechos, género y diferencial.

f) Diseñar, desarrollar y fortalecer 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 (MinSalud, 2013, pg. 176).

Asimismo, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva establece como propósito “orientar el desarrollo de las acciones sectoriales, e intersectoriales, en materia de sexualidad y garantía del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco de la Atención Primaria en Salud” (MinSalud, 2014, pg. 56).

Esta política señala dos acciones para cumplir con el objetivo mencionado, la primera acción consiste en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, la cual tiene como objetivo garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la reproducción libre de violencia en el marco de igualdad, libertad, autonomía y no discriminación por motivos de sexo, edad, étnica, orientación sexual o identidad de género, discapacidad, religión o ser víctima de conflicto armado.

La segunda acción es la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos, la cual busca la garantía de la salud sexual y la salud reproductiva, con atención integrada, humanizada y de calidad, la atención oportuna y de calidad a la mujer gestante y lactante y la prevención del aborto inseguro; el empoderamiento del acceso a los servicios integrales y de los sistemas de seguimiento y evaluación, priorizando la población de 10 a 19 años; la atención a las víctimas de violencia de género y sexual; la intervención en Infecciones de

Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones vulnerables. Todo en el marco de los enfoques de derecho, género y diferencial (MinSalud, 2014, pg. 61).

Lo que traduce en que, la Política de Salud Sexual y Reproductiva busca el completo goce de los derechos sexuales y reproductivos sin que se vean mermados por condiciones de raza, sexo, edad, condición económica etc. Este objetivo debe ser logrado a través de la integración interinstitucional en la prestación de los servicios de salud.

De ahí que el Modelo de los SSAAJ busca que las instituciones prestadoras de servicios de salud diseñen espacios y formas de atención integral con enfoque diferencial dirigido a la población entre 10 y 29 años, propendiendo garantizar el goce de los Derechos Sexuales y Reproductivos de esta población.

Debe mencionarse que el modelo de SSAAJ fue publicado en el 2008, como un esfuerzo conjunto entre MinSalud y UNFPA para realizar fortalecer y dar acceso efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

El carácter amigable de estos servicios está dado por sus condiciones de accesibilidad y oportunidad, siendo una característica fundamental que brinden atención diferenciada, especialmente de salud sexual y reproductiva, para adolescentes y jóvenes, para lo cual pueden incluir acciones extramurales, adecuación de horarios de atención, espacios locativos diferenciados, simplificación de trámites administrativos para el acceso, entre otros. (Minsalud, UNFPA: 2010. Pg. 17)

En el mencionado modelo se hace una definición de la Adolescencia y Juventud, para poder determinar cuál es la población y sus particularidades³, resaltándose que para efectos de la

³ No se ahondará en lo que significa ser un adolescente o un joven, cambios hormonales, comportamientos, etc.

implementación del modelo de SSAAJ se considera como sujetos relevantes a las personas de entre 10 a 29 años.

El modelo hace énfasis en los determinantes sociales a los cuales son sometidos los jóvenes y adolescentes, al respecto señala:

Las decisiones que cada persona adolescente o joven tome con respecto a su propia sexualidad y los resultados de diversas condiciones en salud sexual y reproductiva no son estrictamente determinados por factores individuales; a momento de decidir o de tener alguna condición, entran en juego toda una variedad de factores, muchos de ellos sociales, que le harán optar por una u otra conducta o que contribuirán a tener uno u otro resultado (favorable o no); por ejemplo, su nivel de educación, su trabajo o labor, la situación económica de sus padres, el vivir en una zona urbana o rural, el ser hombre o mujer, el acceso a atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos, las oportunidades o dificultades que le ofrece el medio, el acceso a sistemas de atención en salud, etc.

Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y se refieren a las condiciones de vida que impactan la salud de las personas (MinSalud, 2008, pg. 36).

En efecto, los determinantes sociales son puntos de partida para analizar la conveniencia de la implementación de políticas de un grupo poblacional a otro con condiciones diferentes; independientemente de que sigan siendo adolescentes y jóvenes, no será lo mismo el comportamiento, por poner un ejemplo, de un grupo de jóvenes pertenecientes a una comunidad rural a jóvenes pertenecientes a una comunidad urbana.

Debido a lo anterior nace la necesidad de ampliar el enfoque diferencial, no solo sobre el grupo poblacional, sino también sobre las condiciones sociales.

Los determinantes señalados en el modelo de SSAAJ son:

- a. La familia, el grupo de padres y las redes de apoyo social: se refiere a las personas con las cuales se relaciona el adolescente o joven que influyen en su desarrollo.
- b. La pobreza, las políticas y la legislación: señala las condiciones socioeconómicas y el apoyo legislativo que priorizan el acceso a los derechos de las poblaciones vulnerables.
- c. Los medios de divulgación masiva: medios de comunicación como la radio, prensa, televisión y redes sociales influyen directamente en el pensamiento de los adolescentes y jóvenes.
- d. Sociedad y cultura: en este caso, sirven de molde para la concepción de la sexualidad a una temprana edad, influyendo en los roles de género, actitudes, creencias y valores.

Cabe resaltar que es una mención general de los determinantes en la sexualidad de este grupo poblacional, ya que existen muchos derivados y cada caso es diferente (MinSalud, 2008).

Para entrar a determinar las manifestaciones de la salud sexual en adolescentes y jóvenes es importante revisar algunos comportamientos que el modelo de SSAAJ considera pertinentes, estos son:

- a. Edad de la primera relación sexual de las mujeres en Colombia: esta es una muestra latente de los determinantes de los que se hablaba anteriormente, ya que según la ENDS (2005)⁴ las mujeres que vivían en zona urbana iniciaron su vida sexual a los 18.5 años, mientras que las mujeres que vivían en la ruralidad iniciaron a los 17.5 años.

También cabe resaltar que el acceso a la educación marcó un gran determinante, debido a que las mujeres que no habían tenido acceso a una educación formal iniciaron su vida

⁴ Se toman estos datos del año 2005 toda vez que para el año 2015 si bien se hizo un estudio mas actualizado, este no fue el tenido en cuenta para el lanzamiento del modelo de SSAAJ.

sexual a los 15.8 años y mientras que para aquellas que tuvieron acceso a la educación superior la media fue de 20 años.

- b. Uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 19 años⁵: en el momento de la encuesta el 80% de las mujeres entrevistadas en el rango de edad establecido informaron no utilizar ningún tipo de anticonceptivo.
- c. Fecundidad en adolescentes: el modelo manifiesta la preocupación de la creciente cifra de nacimientos con padres entre los 15 y 19 años, agravando esta situación con condiciones como el desplazamiento y el inicio temprano de las relaciones sexuales.
- d. Embarazo en adolescentes entre los 15 y 19 años: De acuerdo con cifras de la ENDS (2005) el 20.5% de las mujeres habían estado embarazadas siquiera una vez.

En este punto hay matices importantes a identificar, como lo es la relación entre los embarazos en área rural (27%) en comparación al área urbana (18.5%); el acceso a la educación superior (quienes tuvieron acceso a educación superior presentaron una cifra del 9% en comparación a las mujeres sin educación que fue de un 52.6%) y también en el nivel socio económico, las mujeres con más riqueza presentaron una tasa de embarazo del 10.7% mientras que en las mujeres en situación de pobreza fue de 31.5%.

- e. Conocimiento frente a ITS y VIH en mujeres de 15 a 19 años: El nivel de conocimiento sobre el tema de ITS-VIH es menor en adolescentes, especialmente entre las que viven en mayor nivel de pobreza, sin educación, en áreas rurales y zonas de conflicto, lo cual es preocupante si se considera que, en el grupo de 15 a 24 años, el número es de 5.315 casos acumulados de VIH, equivalentes al 11.6% de los reportados (pg. 42)

⁵ Es importante resaltar que el modelo de SSAJ trabajó con las cifras de la ENDS de 2005

- f. Violencia sexual: como lo menciona el modelo de SSAAJ, la violencia sexual es uno de los grandes componentes que afecta la salud sexual de los jóvenes y adolescentes.
- g. Mortalidad: Adolescentes y jóvenes son el tercer grupo de la población más afectado por la violencia interpersonal, reportando alrededor de 11.000 casos al año por esta causa. Este grupo es afectado también por agresiones sexuales, principalmente las mujeres. Las viviendas son el escenario más común de ocurrencia. La mayor proporción de víctimas tienen educación primaria incompleta. La tasa de suicidio para 2005 estuvo alrededor del 2.4 por cada 100.000 (pg. 44).

Ahora bien, el modelo de SSAAJ explica que:

El propósito fundamental de los servicios amigables es el cuidado y mantenimiento de la salud de adolescentes y jóvenes, el cual, en el marco de la protección social, tiene varios componentes que están normatizados en las Resoluciones 412 y 3384 de 2000. Sin embargo, aplicar el concepto de servicios amigables desarrollado en el capítulo anterior requiere que también lo enmarquemos en la atención y prestación de servicios con calidad (MinSalud, UNFPA. 2008, pg. 64).

También señala que el servicio que se preste debe estar enmarcado dentro de los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, el cual se encuentra enmarcado en el decreto 1011 de 2006, el cual define la calidad en la atención en salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos, de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción” (MinSalud, UNFPA. 2008, pg.66).

El modelo de SSAAJ plantea la propuesta para su funcionamiento en los siguientes términos:

Un servicio de salud amigable constituye una forma de concebir la actividad diaria dentro de las unidades de atención en salud. Esta forma orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población (entre los 10 y 29 años, en el caso de servicios para adolescentes y jóvenes) y promueven su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva.

Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos.

Así mismo, busca orientar a prestadores, aseguradores y tomadores de decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación, para facilitar que los profesionales puedan cumplir con su corresponsabilidad en la integralidad de la atención, de acuerdo con las competencias y obligaciones establecidas en la Ley. (MinSalud, UNFPA. 2008, pg. 88)

De este planteamiento, puede evidenciarse que la propuesta incluye tanto al adolescente como a las instituciones prestadoras del servicio de salud y sus profesionales, ya que en última instancia son los proveedores de este modelo.

La característica central de los Servicios Amigables es que parten de las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes y apuntan a satisfacerlas. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propone tres modalidades de organización de servicios, para que sean adaptados de acuerdo con las condiciones diferenciales de los territorios y las instituciones que conforman el SGSSS:

- Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes: Propuesta para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con infraestructura básica, en la que lo esencial es que exista al menos un profesional formado en capacidades de atención integral para adolescentes y jóvenes dentro de su consulta diaria. Es necesario contar con una red de servicios bien definida para todos los niveles de complejidad.
- Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Se caracteriza por la existencia de ambientes o lugares exclusivos para la atención de adolescentes y jóvenes, con horarios diferenciados y adaptados a sus necesidades. Generalmente coexisten con otros servicios de salud, pero están debidamente señalizadas y cuentan con personal capacitado para la atención.
- Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes: Se trata de una IPS especializada en adolescentes y jóvenes. Generalmente independiente de otros servicios y que cuenta con especialistas asignados y con horarios de atención continuos y adaptados a las necesidades de la población que atiende. También cuenta con espacios de participación juvenil distintos a la prestación de servicios –espacios recreativos, culturales, artísticos- que permiten el desarrollo de la acción social de adolescentes y jóvenes en distintos aspectos de su vida y su entorno (MinSalud, 2020).

Se evidencia entonces que la creación de este modelo facilita el acceso del adolescente a la prestación del servicio de salud que propenda por la salvaguarda y goce de sus derechos sexuales y reproductivos, así como también un espacio en el que puedan hablar, sentirse escuchados por profesionales calificados y de manera confidencial. (Minsalud, UNFPA: 2010)

La prestación de este servicio tiene unos componentes necesarios que garantizan su goce efectivo:

1. Acceso a los servicios y oportunidad en la prestación: este a su vez se divide en cuatro, (i) la posibilidad de recibir servicios sin ningún tipo de discriminación; (ii) la necesidad de garantizar la accesibilidad física; (iii) la disponibilidad y (iv) el ejercicio del derecho a la información.
2. Profesionales y personal de salud: deben ser idóneos para prestar la labor en cualquiera de sus tres presentaciones. Será responsabilidad de la institución definir los requisitos y lineamientos que debe cumplir los profesionales y el personal de salud.
3. Procedimientos administrativos y de gestión: deben diseñarse con estándares de calidad acordes a las exigencias normativas y necesidades de los usuarios, en este caso de los adolescentes y jóvenes que se traducen en servicios integrales, eficaces y oportunos.
4. Disponibilidad de una amplia gama de servicios: están contenidas en la Resolución 412 de 2000. Estos servicios comprenden acciones en promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, incluyendo orientación y educación desde la primera consulta, servicios extramurales, identificación de población con mayor riesgo y prestación de servicios integrales que garanticen la continuidad en el servicio y la adherencia de la población a los mismos.
5. Participación juvenil, social y comunitaria (MinSalud, UNFPA: 2008).

Para poder que estos servicios sean materializados lo primero que debe existir es un compromiso por parte de la IPS, el cual se traduce en un acto administrativo, la definición del portafolio de servicio y de una ruta de acceso pensada en adolescentes y jóvenes.

Teniendo en cuenta lo anterior, el MinSalud contrató una consultoría para efectos de evaluar los resultados de la aplicación del modelo de SSAAJ. Dicha consultoría es relevante para efectos de

evidenciar el goce del derecho a la protección y prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados por parte de la población objetivo.

En el año 2014, Econometría Consultores S.A. estableció que

“en cuanto a las características sociodemográficas de la población que hace uso de los SSAAJ, los resultados indican que en su mayoría son estudiantes (79%) la sexta parte está trabajando (17%), y casi la mitad están afiliados al régimen contributivo; adicionalmente, dos terceras partes son habitantes de zonas urbanas. Más de una cuarta parte se considera pobre, y cerca del 88% vive en los estratos bajos (0, 1 y 2). Además, provienen de hogares que en promedio tienen más de tres hijos y más de un tercio se declaró hijo de una madre adolescente”. (Econometría consultores, 2014, pg 7)

Asimismo, Econometría Consultores S.A. señala que “en total más de un tercio de los encuestados (34%) ha tenido un embarazo alguna vez (...). La evidencia permite señalar que, en la mayoría de los casos, el primer embarazo se dio antes de empezar a usar los servicios amigables”. Se evidenció también que los jóvenes buscan información en internet sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, pero solo un tercio de ellos busca información sobre las instituciones que proveen los métodos y los asesoran sobre las decisiones al respecto. (Econometría consultores, 2014, pg 7)

Econometría Consultores S.A. concluye que en la mayoría de los casos los jóvenes y adolescentes acuden a los Servicios Amigables no de manera preventiva sino en aras de atender una situación ya existente:

“En efecto, el resultado es de 26.3 puntos sobre 100, lo cual está revelando que los usuarios no están haciendo un uso intensivo de los SSAAJ y no están aprovechando el potencial que

tienen y tienden a usarlos más como respuesta a una necesidad específica de protección de riesgo y no como un acompañamiento permanente para promover o mantener la salud”. (Econometría consultores, 2014, pg. 11).

Así mismo este autor, creó un índice denominado pertinencia, que mide la congruencia del modelo con las necesidades de los jóvenes y adolescentes, en este punto los encuestados calificaron con 64.1 sobre 100 puntos.

“Se encuentra que los SSAAJ son pertinentes para aquellas personas que hacen uso de métodos anticonceptivos al tener actividad sexual en el último mes, para aquellas personas que tienen pareja y presentan actitudes positivas ante el uso de métodos anticonceptivos. Por su parte, los factores que afectan negativamente el índice, es decir que disminuyen la potencia de la pertinencia son: grado de conocimiento (bajo conocimiento) y actitudes hacia asuntos de la sexualidad (desfavorables) (...)”. (Econometría consultores 2014, pg. 11).

De igual manera, Econometría Consultores informa que el problema más marcado frente al acceso a los SSAAJ fue en la categoría de Redes y Participación.

“El componente que arrastra hacia arriba el valor del índice es el relacionado con articulación interinstitucional: un 85% de las entidades que respondieron realiza acciones conjuntas con otros actores. La participación de los jóvenes, por otro lado, es la subcategoría que hace perder puntos a las instituciones prestadoras de servicio en esta dimensión y en particular, la participación en los procesos de veeduría y control ciudadano, así como en la toma de decisiones sobre agendas y funcionamiento de los SSAAJ. Esto es coherente con lo encontrado en las encuestas aplicadas a los jóvenes: el porcentaje total de

participación es inferior al 10% y es en las actividades de control social en donde se presenta la menor intervención de los adolescentes (6.41%). Esto se puede deber a que no hay una divulgación adecuada de los beneficios del modelo y de la misma posibilidad de participación por parte de la población.” (pg. 15).

Por último, este autor señala como aspectos adicionales a mejorar:

“(…) dificultad con los horarios de atención, poco tiempo asignado para cada consulta, infraestructura insuficiente para atender a grupos de jóvenes, dificultad de acceso geográfico, tipo de contratación del personal, escasez de recurso humano capacitado, tipo de (o falta de) afiliación de los jóvenes, escasez de recursos económicos para el programa, falta de sensibilización del personal administrativo, se prioriza el cobro sobre la atención de los jóvenes (los servicios de atención individual únicamente se brindan a usuarios con los cuales la IPS tiene contrato de prestación de servicios de salud), falta de actualización de documento de identidad de los jóvenes, escasez en dotación de medicamentos y métodos de anticoncepción, débil participación de las familias, falta de apropiación y motivación por parte de los jóvenes, miedo a participar por parte de los jóvenes por lo que puedan decir sus padres o la comunidad, falta de continuidad del programa por factores políticos o por cambio de administración en las IPS, falta de apoyo de las administraciones departamentales y municipales, escasez en material didáctico y educativo para la atención a jóvenes y falta de conocimiento de los servicios por parte de los jóvenes.” (pg. 16)

De acuerdo con esa información se puede dilucidar que, aunque en el modelo de SSAAJ se encuentran definidas las modalidades de prestación y los lineamientos, los mismos no han sido suficientes para garantizar un efectivo goce del derecho a la protección y prevención de infecciones

de transmisión sexual o embarazos no deseados por cuanto la prestación del servicio se hace para solucionar y no para prevenir.

CONCLUSIONES

Mediante este trabajo de grado se pretendió evidenciar si el modelo de Servicios de Salud Amigable para Jóvenes y Adolescentes garantiza el derecho a la Protección y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual o Embarazos no deseados en términos normativos. Por lo anterior, el trabajo de grado abordó la investigación de los tratados de Derecho Internacional, la Normativa Nacional y la Jurisprudencia de la Corte Constitucional para dar un punto de partida con la definición del Derecho a la Salud.

La Salud es el bienestar total del ser humano, tanto físico, como mental, emocional y social. Dicho bienestar debe garantizarse mediante el acceso a los servicios y beneficios posibles para su sano desarrollo.

Uno de los componentes primordiales en el desarrollo del ser humano y garantía de su bienestar es el componente de la Salud Sexual y Reproductiva, la cual se materializa mediante el acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos.

En este caso se analizó un solo Derecho Sexual y Reproductivo “Protección y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual o Embarazos no deseados en Adolescentes y Jóvenes”, de dicho análisis se concluye que,

El tema de la prevención y protección de ITS y ETS⁶ se encuentra con poco protagonismo y casi siempre se generalizan las ITS, relacionándolas únicamente con el VIH, lo cual, crea desinformación en cuanto a las medidas de protección y prevención.

⁶ Es necesario recalcar la diferencia entre ITS y ETS para facilitar el hilo del lector. Se entiende como ITS a las infecciones de transmisión sexual, mientras que las ETS son enfermedades de transmisión sexual. La mayor diferencia entre ellas es que no todas las infecciones de transmisión sexual van a dar como resultado una enfermedad de

Otro de los puntos que pude evidenciar en la investigación fue que, si bien había información del VIH, la misma no hacía referencia a la prevención y protección (salvo el CONPES 095 de 2005) sino únicamente a la mitigación del problema y a la inclusión de las personas que padecen VIH⁷, por lo cual se desvirtúa el alcance de derecho sexual y reproductivo de la prevención y protección de enfermedades de transmisión sexual.

Por otro lado, el componente de la Prevención de Embarazos no Deseados se encuentra más desarrollado en la legislación colombiana, con documentos como el CONPES 147 de 2012, que hace énfasis no solo en la importancia del sano desarrollo de los adolescentes y jóvenes y lo de que un embarazo a temprana edad significa, sino también de los componentes necesarios para garantizar su prevención.

Uno de estos componentes es el derecho a la información como pilar de una educación sexual oportuna e idónea, así como también el acompañamiento de la familia, la sociedad y el Estado son necesarios para el efectivo goce de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los Adolescentes y Jóvenes.

Ahora bien, la responsabilidad de garantizar la Salud Sexual y Reproductiva recae en manos del Estado, el cual materializa esta obligación con la creación de Políticas Públicas y en concreto con la creación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, el cual plantea una atención con enfoque diferencial adaptado a las necesidades de los Adolescentes y Jóvenes.

transmisión sexual; el ejemplo más común es el contagio de VPH, en el entendido en que no toda mujer que contraiga el virus del papiloma humano va a sufrir de cáncer cervical.

⁷ Véase Decreto 1546 de 1997, Ley 972 de 2005, circular 63 de 2006, Resolución 2338 de 2013, Resolución 5592 de 2015 entre otras.

Cuando el modelo de SSAAJ tiene una adecuada implementación (como fue el caso de las experiencias de las ESE de Campoalegre, La plata y Neiva en el departamento del Huila) el impacto generado en el adolescente y joven es del todo satisfactorio, ya que encuentran un lugar en el que puedan ser escuchados por profesionales calificados de manera confidencial y en el proceso de implementación aprenden sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Pero este no es el caso para todos los departamentos, se pudo evidenciar que, aunque en teoría el Modelo funciona, al traducirlo a la práctica genera muchas falencias, la más marcada es la desinformación de dicho modelo, por lo cual los beneficios no llegan a sus destinatarios por falta de difusión y garantía del derecho a la información.

Sin el adecuado conocimiento del modelo por parte del destinatario final, se pierde el propósito de tener un modelo de SSAAJ, la recomendación principal sería que los departamentos destinaran el presupuesto necesario para hacer una implementación y posteriormente un seguimiento anual con personal calificado.

Debido a lo anterior se concluye que el Modelo de Servicios de Salud Amigable para Jóvenes y Adolescentes no garantiza el derecho a la Protección y Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual o Embarazos no deseados en términos normativos.

REFERENCIAS

Arenas Monsalve, Gerardo. (2007). El Derecho Colombiano de la Seguridad Social. Colombia: Legis.

Cañón Ortigón, Leonardo. La Seguridad Social en la Constitución Colombiana. 2017. Bogotá Colombia: Universidad Externado.

Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. 2012. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/147.pdf>

Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES. metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio. 2005. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/91.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 2014. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/DerechoInternacional/Observaci%C3%B3n%20General%20n%C3%BAm.%2014.pdf>

Congreso de la República de Colombia. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Ley 100 de 1993. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República de Colombia. Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html

Congreso de la República de Colombia. Ley 1029 de 2006. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1029_2006.html

Congreso de la República de Colombia. 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.

Ley 1146 de 2007. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1146_2007.html

Congreso de la República de Colombia. Por medio de la cual se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, y se dictan otras disposiciones. Ley 1385 de 2010. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1385_2010.html#:~:text=Leyes%20desde%201992%20%2D%20Vigencia%20expresa%20y%20control%20de%20constitucionalidad%20%5BLEY_1385_2010%5D&text=Por%20medio%20de%20la%20cual,ART%C3%8DCULO%2010.

Congreso de la República de Colombia. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438 de 2011. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Congreso de la República de Colombia. Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Ley 1620 de 2013. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1620_2013.html

Congreso de la República de Colombia. Por medio de la cual se expide el estatuto de ciudadanía juvenil y se dictan otras disposiciones. Ley 1622 de 2013. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1622_2013.html

Congreso de la República de Colombia. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1751 de 2015. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Corte Constitucional. Sentencia T-406 de 1992. MP. ciro Angarita Baron. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-406-92.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-440 de 1992. MP. Eduardo Cifuentes Muñoz. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-440-92.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-293 1998. MP. Carmenza Isaza de Gómez. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-293-98.htm#:~:text=T%2D293%2D98%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=Es%20precedente%20examinar%20la%20tutela,por%20tener%20ella%20tal%20condici%C3%B3n.>

Corte Constitucional. Sentencia T-1319 de 2001. MP. Rodrigo Uprimny Yepes. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/t-1319-01.htm>

Corte Constitucional. Sentencia C-615 de 2002. MP. Marco Gerardo Monroy Cabra. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/C-615-02.htm#:~:text=Asegurar%20el%20car%C3%A1cter%20obligatorio%20de,%E2%80%9C.&text=Evitar%20que%20los%20recursos%20destinados,se%20destinen%20a%20fines%20diferentes.>

Corte Constitucional. Sentencia T-277 de 2003. MP. Marco Gerardo Monroy Cabra. Recuperado de [https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-277-03.htm#:~:text=Sentencia%20T%2D277%2F03&text=Bogot%C3%A1%20D.C.%2C%20dos%20\(2\),dos%20mil%20tres%20\(2003\).&text=Dentro%20del%20proceso%20de%20revisi%C3%B3n,contra%20SUSALUD%20E.P.S.%20de%20Medell%C3%ADn.](https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-277-03.htm#:~:text=Sentencia%20T%2D277%2F03&text=Bogot%C3%A1%20D.C.%2C%20dos%20(2),dos%20mil%20tres%20(2003).&text=Dentro%20del%20proceso%20de%20revisi%C3%B3n,contra%20SUSALUD%20E.P.S.%20de%20Medell%C3%ADn.)

Corte Constitucional. Sentencia T-368 de 2003. MP. Álvaro Tafur Galvis. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-368-03.htm#:~:text=Sentencia%20T%2D368%2F03&text=La%20educaci%C3%B3n%20sexual%20es%20un,el%20que%20%C3%A9stos%20se%20desarrollen.>

Corte Constitucional. Sentencia T-220 de 2004. MP. Eduardo Montealegre Lynett. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-220-04.htm>

Corte Constitucional. Sentencia C-401 de 2005. MP. Manuel José Cepeda Espinosa. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2005/C-401-05.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-143 de 2005. MP. Jaime Córdoba Triviño. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2005/T-143-05.htm>

Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. MP. Clara Inés Vargas Hernández. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Corte Constitucional. Sentencia C-355 de 2006. MP. Clara Inés Vargas Hernández. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-016 de 2007. MP. Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-016-07.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-636 de 2007. MP. Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-636-07.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. MP. Manuel José Cepeda Espinosa. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-732 de 2009. MP. Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-732-09.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-274 de 2011. MP. María Victoria Calle Correa. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2011/C-274-11.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-627 de 2012. MP. Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-627-12.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-622 de 2012. MP. Humberto Antonio Sierra Porto. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-622-12.htm>

Corte Constitucional. Sentencia C-131 de 2014. MP. Mauricio González Cuervo. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/C-131-14.htm>

Corte Constitucional. Sentencia C-754 de 2015. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-754-15.htm>

Corte Constitucional. Sentencia C-085 de 2016. MP. José Ignacio Pretelt Chaljub. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-085-16.htm#:~:text=%E2%80%9CEn%20todos%20los%20establecimientos%20oficiales,los%20educandos%20seg%C3%BAAn%20su%20edad.%E2%80%9D>

Corte Constitucional. Sentencia T-062 de 2017. MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-062-17.htm>

Corte Constitucional. Sentencia T-171 de 2018. MP. Cristina Pardo Schlesinger. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-171-18.htm>

Corte Constitucional. Sentencia SU-096 de 2018. MP. José Fernando Reyes Cuartas. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>

Corte Constitucional. Sentencia C-093 de 2018. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado y José Fernando Reyes Cuartas. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/C-093-18.htm#:~:text=Objeto,los%20par%C3%A1metros%20de%20salud%20reproductiva>.

DANE. Cuadro nacimientos y defunciones. 2019. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2019>

Econometría Consultores. Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. 2014. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes-SSAAJ.aspx>

Ferrajoli, Luigi. “Constitucionalismo principalista y constitucionalismo garantista”. Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho. N. 34 (2011). ISSN 0214-8676, pp. 15-53. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/32761/1/Doxa_34_02.pdf

El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Observaciones generales de del comité de los derechos del niño. 2003. Recuperado de <https://www.unicef.org/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

Gañan Echavarría, Jaime León. LOS MUERTOS DE LA LEY 100, prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficiencia. 2013. Recuperado de <http://hrlibrary.umn.edu/research/colombia/Los%20muertos%20de%20la%20Ley%20100-Libro.pdf>

Gómez, C., Builes, A. (2018). El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, 48 (128), pp. 135-167. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfdcp/v48n128/0120-3886-rfdcp-48-128-135.pdf>.

Guezmes García, A. (2004). Reforma del sector Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Washington, D.C, OPS, Estados Unidos: Paltex.

Hernández, Angela. El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993): entre modelo de sostenimiento económico y la defensa constitucional del derecho fundamental a la salud. 2016. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/13734/4/Art%C3%ADculo.%20El%20Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud%20en%20Colombia.%20entre%20un%20modelo%20de%20sosteni.pdf>

Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico. 2019. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Vista-Boletin-Epidemilogico.aspx>

Jaramillo, Isabel Cristina. Embarazo Adolescente: entre la Política y los Derechos. Artículo: Estrategias frente al embarazo adolescente en el Reino Unido y Estados Unidos: experiencias para Colombia de Valentina Montoya Robledo. 2013. Colombia: Kimpres Ltda

López Medina, Diego Eduardo. El Derecho de los Jueces, Obligatoriedad del precedente constitucional, análisis de sentencias y líneas jurisprudenciales y teoría del derecho judicial. 2006. Colombia: Legis.

Londoño, María Ladi. Derechos Sexuales y Reproductivos, Los mas humanos de todos los derechos. 1996. Cali, Colombia: Feriva SA. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/52726/9589599508.pdf?sequence=1>

Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Salud Sexual y Reproductiva. 2003. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 769 de 2008. Recuperado de https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/11/salud/r769_08.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. 2008. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública. 2012-2021. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia. 2014. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Redes Integrales de Servicios y Atención Primaria. 2019. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ de la anticoncepción. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-anticoncepcion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Redes Integrales de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Prevención del Embarazo adolescente, una prioridad nacional. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Prevencion-del-embarazo-adolescente-una-prioridad-nacional.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social & UNFPA. (2010). Implementación de Servicios de salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en el departamento del Huila. Ministerio de Salud y

Protección Social, 61. Recuperado de <http://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Sistematizacion-huila.pdf>

OEA. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. 1948. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

ONU. Declaración universal de los derechos humanos. 1948. Recuperado de https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

ONU. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. 1966. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf

ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf

ONU. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. 1969. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cerd_SP.pdf

ONU. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1981. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf

ONU. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador". 1988. Recuperado de https://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/protocolo_san_salvador.html

ONU. Convención sobre los Derechos del Niño. 1990. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/crc_SP.pdf

Presidencia de la República de Colombia. Colombia Joven. Política nacional de juventud. 2005-2015 https://dds.cepal.org/redesoc/archivos_recursos/228/politica_nacional_juventud_2004.pdf

Procuraduría General de la Nación. El Derecho a la Salud en perspectiva de Derechos Humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud. 2008. Recuperado de <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2008/07/El-derecho-a-la-salud.pdf>

Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Tomo II. 2015. Recuperado de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-II.pdf>

Saco Chung, V. (2010). El Derecho a la Salud en el Derecho Internacional: Un Mínimo Común Denominador Universal y las Obligaciones que de este Emanan. Derecho & Sociedad, (35), 305-312. Recuperado a partir de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/13309>

UNICEF. Observación General No. 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. 2003. Recuperado de <https://www.unicef.org/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

UNFPA (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional. Recuperado de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf

Villanueva Flores, R. (2009). Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo. Lima, Perú: Palestra Editores.