

# 3.5. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



En el marco del capítulo D del CMPD. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Este capítulo da cuenta de los cambios en los indicadores más relevantes en materia de sexualidad, salud sexual y salud reproductiva durante los últimos diez años, y desarrolla análisis poblacional de estos indicadores, con el fin de establecer brechas y desigualdades, avances y retos en materia de:

Fecundidad en niñas y adolescentes



Uso de métodos anticonceptivos



VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS)



Salud materna

## Preguntas introductorias frente a la temática:



¿Sabe usted cuántos hijos/as de niñas de 10 a 14 años nacieron en 2021 en Colombia?

- 365
- 4.895
- 626



¿Sabe usted cuántos hijos/as de adolescentes de 15 a 19 años nacieron en 2021 en Colombia?

- 84.002
- 128.003
- 336.004



¿Sabe usted qué porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos tenían las mujeres de 15 a 49 años en 2015, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)?

- 97,6%
- 81,8%
- 64,9%



¿Sabe usted cuántas personas vivían con VIH en 2022 en Colombia?

- 127.747
- 58.341
- 3.689



¿Sabe usted cuántas veces fue mayor la Razón de Mortalidad Materna indígena comparada con la mortalidad materna a nivel nacional en 2021?

- Igual
- 2 veces mayor
- 4 veces mayor



### Fecundidad en niñas



**5.2.** Poner fin a toda violencia contra las mujeres y las niñas, incluidas la trata y la explotación.



**5.3.** Eliminar los matrimonios forzados y la mutilación genital.

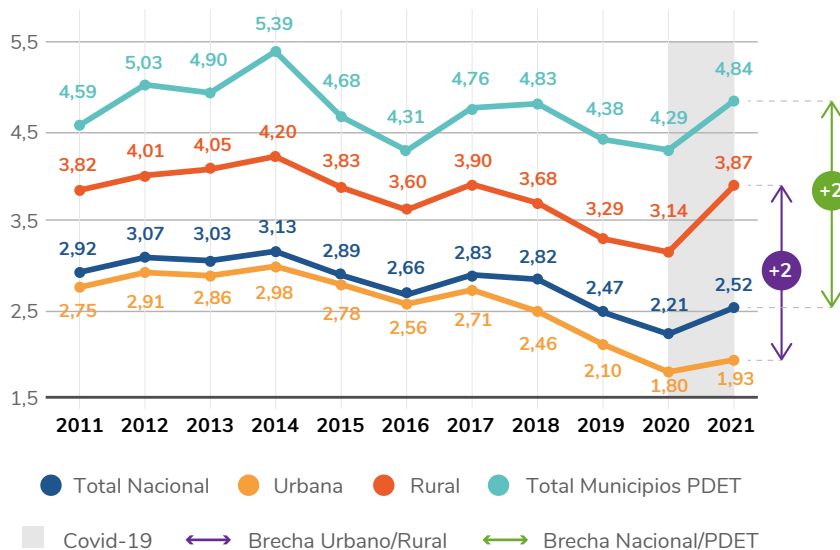


**3.7./5.6.** Acceso universal a la atención sexual y reproductiva, planificación familiar y educación

**Nota:** No se cuenta con un indicador ODS específico para la reducción de la fecundidad en niñas. El mayor desafío que tiene el país es lograr CERO embarazos en niñas de 10 a 14 años en los próximos años.

► **Figura 3.5.1**

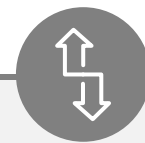
Tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años de edad a nivel nacional, por zona y para territorios PDET, 2011-2021.



Fuente: Estadísticas vitales, DANE<sup>1</sup>

#### Hallazgos:

- Persisten los nacimientos de niñas de 10 a 14 años. En 2021 hubo 4.895 nacimientos en este grupo de edad, los cuales son consecuencia de embarazos y maternidades forzados, producto de **abuso y violencia sexual**, según lo establece el Código Penal colombiano (Ley 1098 del 2006). Entre 2020 y 2021 se presentó un aumento del 14%, lo cual se relaciona con los impactos sociales de la pandemia por COVID-19, en particular, con el confinamiento y el aumento de la violencia doméstica.
- Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, 1 de cada 3 niñas de 14 años que había tenido un hijo/a ya tenía 2 o más hijos/as.



La brecha de desigualdad urbano-rural de la fecundidad en niñas de 10 a 14 años entre 2011 y 2019 se mantuvo en promedio 1,4 veces mayor en la zona rural que en la zona urbana. Sin embargo, en 2020 se amplió a 1,7 veces mayor y en 2021 **fue 2 veces mayor en zona rural (1,9 p.p. de diferencia).**

Para el caso de los territorios PDET, la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años en 2021 **es casi el doble que en el total nacional (2,3 p.p. de diferencia).**

<sup>1</sup>Toda la información de Estadísticas Vitales empleada en el documento está sin corregir, por falta de cobertura.



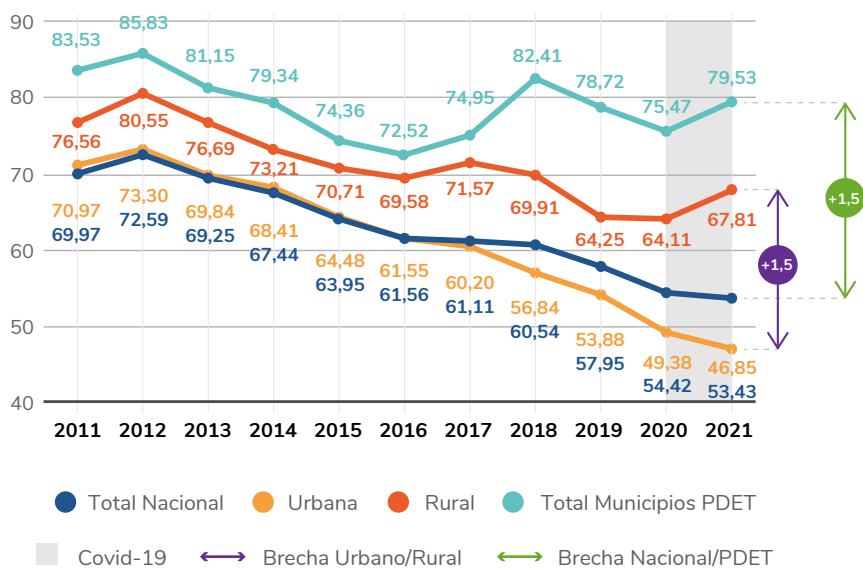
### Fecundidad en adolescentes



3.7. Acceso universal a la atención sexual y reproductiva, planificación familiar y educación.

► **Figura 3.5.2**

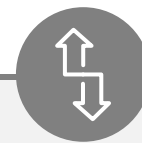
Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad a nivel nacional, por zona y para territorios PDET, 2011-2021



Fuente: Estadísticas vitales, DANE<sup>1</sup>

**Hallazgos:**

- En 2021 hubo 107.741 nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años. Si bien se redujo en 3% la fecundidad adolescente, la brecha urbano-rural se amplió en 19% en comparación con 2020. El aumento de la fecundidad en adolescentes rurales de 15 a 19 años refleja mayores impactos sociales de la pandemia por COVID-19, incluyendo la agudización de las barreras de acceso ya existentes a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, 1 de cada 5 adolescentes que ya son madres vuelven a quedar en embarazo siendo adolescentes.



La brecha de desigualdad urbano-rural de la fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años entre 2011 y 2020 se mantuvo en promedio 1,1 veces mayor en la zona rural que en la zona urbana. Sin embargo, en 2021 **fue 1,5 veces mayor en zona rural (20,1 p.p. de diferencia)**, lo cual se asocia con los impactos sociales de la pandemia por COVID-19, incluyendo la agudización de barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que afectan principalmente a las poblaciones más vulnerables.

...

Para el caso de los territorios PDET, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años en 2021 **es 1,5 veces mayor que en el total nacional (26,1 p.p. de diferencia)**.



## Uso de métodos anticonceptivos



3.7. Acceso universal a la atención sexual y reproductiva, planificación familiar y educación.

El análisis del uso de métodos anticonceptivos se realiza típicamente a partir de la información obtenida por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), cuyo propósito es observar los cambios demográficos y en Derechos Sexuales y Reproductivos de la población y obtener información actualizada sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas en edad fértil. Si bien el país tenía programado realizar la ENDS 2020, la pandemia detuvo el proceso y a la fecha no se cuenta con una actualización del instrumento; por ende, no se cuenta con información reciente de la situación sobre necesidades insatisfechas en anticoncepción y acceso a métodos anticonceptivos.

### ► Figura 3.5.3

Uso actual de métodos anticonceptivos por sexo, 2010 y 2015.

Indicador	Mujeres 15 a 49 años*		Hombres 13 a 59 años	
	2010	2015	2010	2015
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos	61,2%	64,9%	Sin dato	70,1%
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos modernos	56,9%	61,4%	Sin dato	66,3%
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos tradicionales y folclóricos	4,3%	3,5%	Sin dato	3,8%

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 y 2015.

### Hallazgos:

- En 2015 el 64,9% de las mujeres de 15 a 49 años reportaron el uso actual de métodos anticonceptivos, 3.7 p.p. más que en 2010. En comparación con los hombres de 13 a 59 años, en 2015 los hombres reportaron un uso actual de métodos anticonceptivos 5.2 p.p. por encima de las mujeres.
- En cuanto a los métodos anticonceptivos modernos, en 2015 las mujeres de 15 a 49 años reportaron un uso actual de este tipo de métodos anticonceptivos de 4.5 p.p. más que en 2010. En comparación con los hombres de 13 a 59 años, en 2015 los hombres reportaron un uso actual de métodos anticonceptivos de 4.9 p.p. por encima de las mujeres.
- Con respecto a los métodos anticonceptivos tradicionales y folclóricos, en 2015 las mujeres de 15 a 49 años reportaron un uso actual de este tipo de métodos anticonceptivos de 0.8 p.p. menos que en 2010. En comparación con los hombres de 13 a 59 años, en 2015 los hombres reportaron un uso actual de métodos anticonceptivos de 0.3 p.p. por encima de las mujeres.

► **Figura 3.5.4**

Uso actual de métodos anticonceptivos por área y sexo en edad de 13 a 49 años, 2015.

Indicador	Mujeres		Hombres	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos	81,5%	79,1%	83,0%	81,9%
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos modernos	76,7%	73,6%	76,8%	76,4%
Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos tradicionales y folclóricos	4,8%	5,5%	6,2%	5,5%

**Fuente:** Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.

**Hallazgos:**

- En 2015, la brecha de desigualdad territorial en el uso actual de métodos anticonceptivos refleja un mayor uso en las zonas urbanas, con 2.4 p.p de diferencia en el caso de las mujeres, y 1.1 p.p de diferencia en el caso de los hombres.
- En cuanto a los métodos anticonceptivos modernos, en 2015 la brecha de desigualdad territorial en el uso actual de métodos anticonceptivos reflejó un mayor uso de este tipo de método en las zonas urbanas, con 3.1 p.p. de diferencia en el caso de las mujeres, y 0.8 p.p. de diferencia en el caso de los hombres.
- Con respecto a los métodos anticonceptivos tradicionales y folclóricos, en 2015 la brecha de desigualdad territorial en el uso actual de métodos anticonceptivos refleja un mayor uso de este tipo de métodos en las zonas rurales, con 0.7 p.p. de diferencia en el caso de las mujeres y de los hombres.



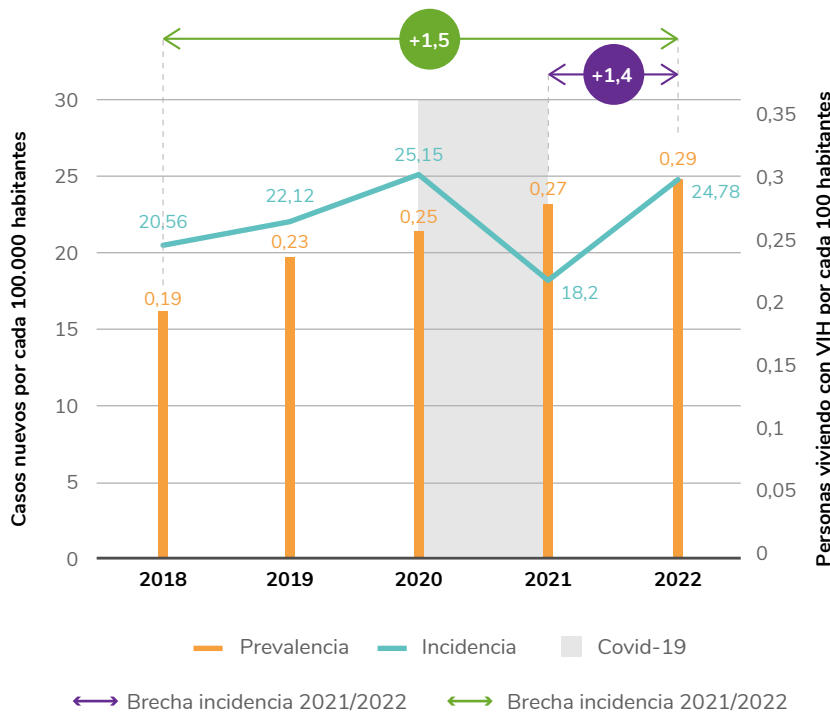
### VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS)



3.3. Combatir enfermedades contagiosas.

► **Figura 3.5.5**

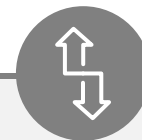
Incidencia y prevalencia estandarizada del VIH según la edad, Colombia, 2022.



Fuente: Cuenta de Alto Costo, MSPS.

**Hallazgos:**

- Según la Cuenta de Alto Costo, la incidencia del VIH estandarizada por edad (casos nuevos diagnosticados entre el 1 de febrero de 2021 y el 31 de enero de 2022) es de 24,78 por cada 100.000 habitantes, lo que corresponde a 12.919 casos nuevos.
- La prevalencia del VIH estandarizada por la edad (acumulado de personas viviendo con el VIH reportadas entre el 1 de febrero de 2021 y el 31 de enero de 2022) es de 0,29 por cada 100 habitantes, lo que corresponde a 150.839 casos en total.



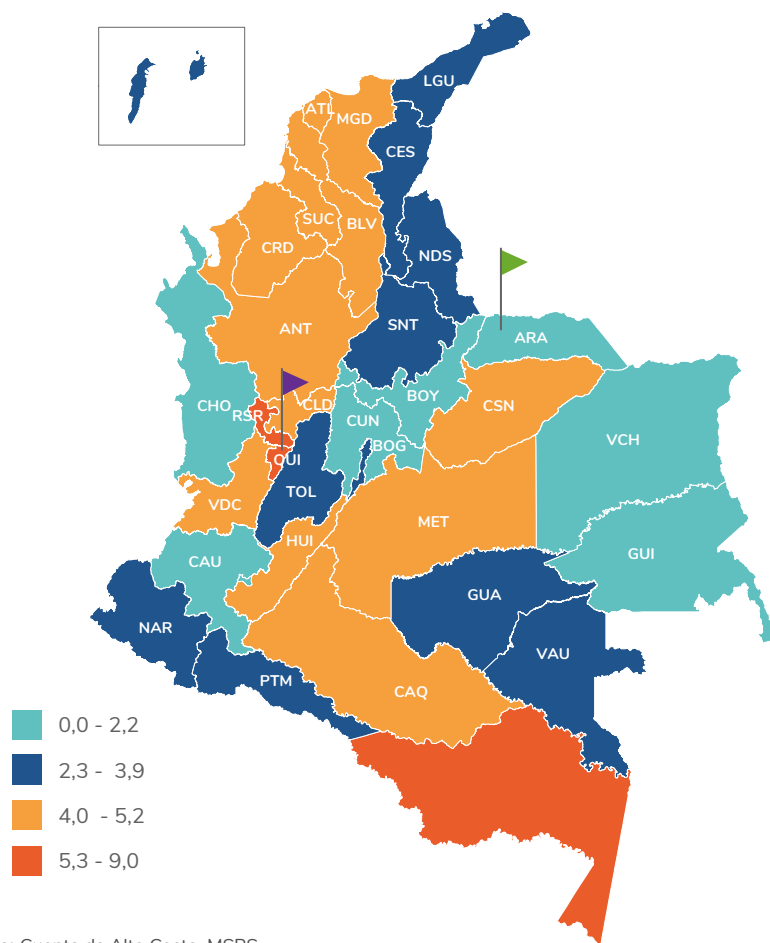
Los cambios en la incidencia del VIH a nivel nacional muestran un aumento en el periodo 2018-2020 de 20,5 a 25,1 por cada 100.000 habitantes. En 2021 se observó una disminución a 18,2, lo cual se relaciona con efectos de la pandemia en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el diagnóstico para VIH. En 2022 se presentó una recuperación, retornando a 24,8 por cada 100.000 habitantes, un porcentaje **1,4 veces mayor que en 2021 (6,6 p.p. de diferencia).**

Los cambios en la prevalencia del VIH a nivel nacional muestran un aumento constante, pasando de 0,19 en 2018 a 0,29 en 2022, **1,5 veces mayor que en 2018 (0,1 p.p. de diferencia).** Esto se explica tanto por el aumento en la incidencia en varios de los años, como por una mayor supervivencia entre las personas que viven con VIH, dadas las mayores posibilidades de reducir la carga viral con una adherencia adecuada al tratamiento.

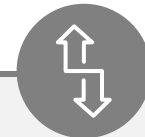
- El estudio *Encuesta bioconductual sobre el VIH, la sífilis y el estado de salud de los venezolanos que viven en Colombia* estimó la prevalencia de VIH en las ciudades de Bogotá-Soacha y Barranquilla-Soledad en la población migrante regular e irregular, encontrando una prevalencia en población general del 0,9%. Esta prevalencia es casi el doble de la prevalencia en población general estimada para Colombia (0.5%). En el mismo estudio la prevalencia del VIH se estimó en un 6% entre los grupos de población clave, incluidas las personas que declararon haber mantenido relaciones sexuales transaccionales a lo largo de su vida, el uso de drogas inyectables, las personas transgénero y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres<sup>2</sup>.

► **Figura 3.5.6**

Mortalidad por VIH por 100.000 habitantes, Colombia, 2022.



Fuente: Cuenta de Alto Costo, MSPS.



Los departamentos con la mayor mortalidad por VIH son Quindío, Risaralda, Amazonas, Valle del Cauca y Atlántico. En 2022, la mortalidad por VIH en Quindío fue 2 veces mayor que en el total nacional (4,9 p.p. de diferencia).

Los departamentos con la menor mortalidad por VIH son Boyacá, Cauca, Chocó, Vichada y Arauca. Guainía tuvo una mortalidad de cero. En 2022, la mortalidad a nivel nacional fue 5 veces mayor que en Arauca (3,3 p.p. de diferencia).

Cabe resaltar que la mayor distribución de casos de mortalidad por VIH se encuentra en las ciudades capitales; lo que no se logra observar con la desagregación de información disponible.

**Hallazgos:**

- La mortalidad según el reporte de la novedad administrativa informada por las entidades entre el 1 de febrero de 2021 y el 31 de enero de 2022 es de 4,1 por cada 100.000 habitantes, lo que corresponde a 2.098 muertes reportadas por VIH.

<sup>2</sup>Fuente: Red Somos, Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Johns Hopkins. Encuesta bioconductual sobre el VIH, la sífilis y el estado de salud de los venezolanos que viven en Colombia. Informe final. Bogotá y Baltimore. Octubre de 2022) disponible en: <https://www.redsomos.org/single-post/Informe-final-encuesta-bioconductual-sobre-el-vih-5%C3%ADfilitis-y-el-estado-de-salud-de-los-venezolanos>



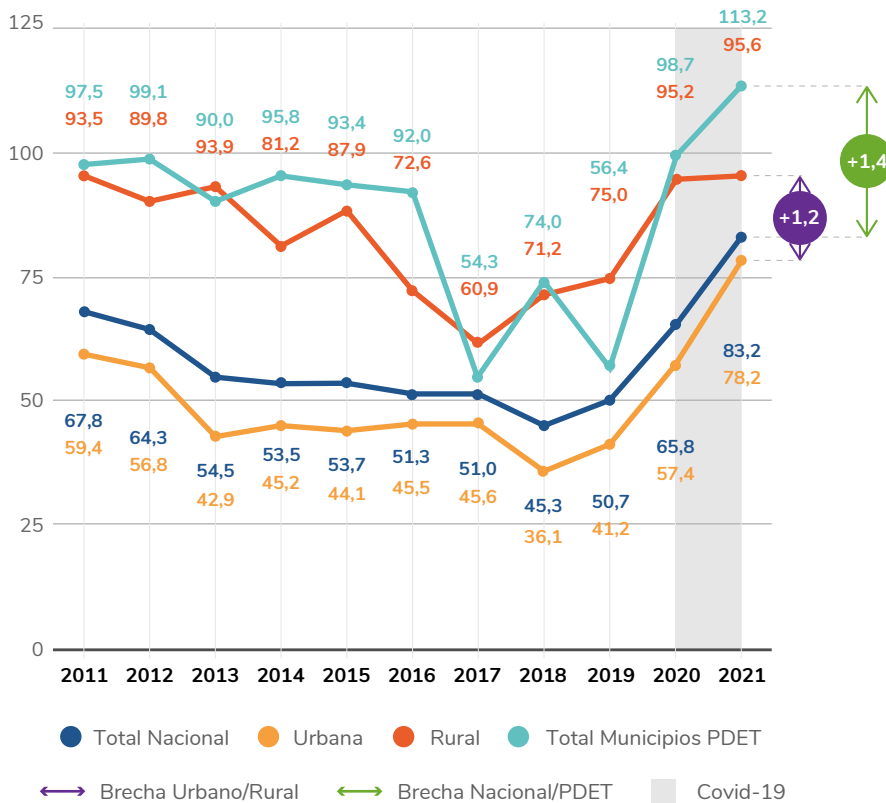
### Salud materna



3.1. Reducir la mortalidad materna.

► **Figura 3.5.7**

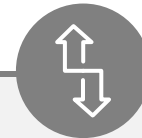
Razón de mortalidad materna a nivel nacional por zona y en territorios PDET, 2011-2021.



Fuente: Estadísticas Vitales, DANE.

**Hallazgos:**

- La Razón de Mortalidad Materna (RMM) a nivel nacional disminuyó progresivamente entre 2011 y 2018. En 2019 se quebró esta tendencia y con la pandemia por COVID-19 alcanzó en 2021 83,16 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. El incremento en 2020 y 2021 se relaciona con los efectos directos e indirectos de la pandemia por COVID-19, por las mayores afectaciones de la enfermedad en la salud de las gestantes, pero también por la agudización de barreras de acceso a la atención prenatal, del parto y del puerperio relacionadas con el confinamiento y las restricciones de movilidad, la derivación de los servicios de salud sexual y reproductiva hacia la respuesta al COVID-19, el temor de la población a acudir a los servicios y los impactos sociales y económicos derivados de la pandemia.



La brecha de desigualdad urbano-rural en mortalidad materna ha oscilado en la última década. En 2013 y 2015 se abrió la mayor brecha de la Razón de Mortalidad Materna (RMM), 2 veces mayor en la zona rural que en la urbana. En 2017 se alcanzó la menor diferencia, pero se amplió nuevamente en los años siguientes.

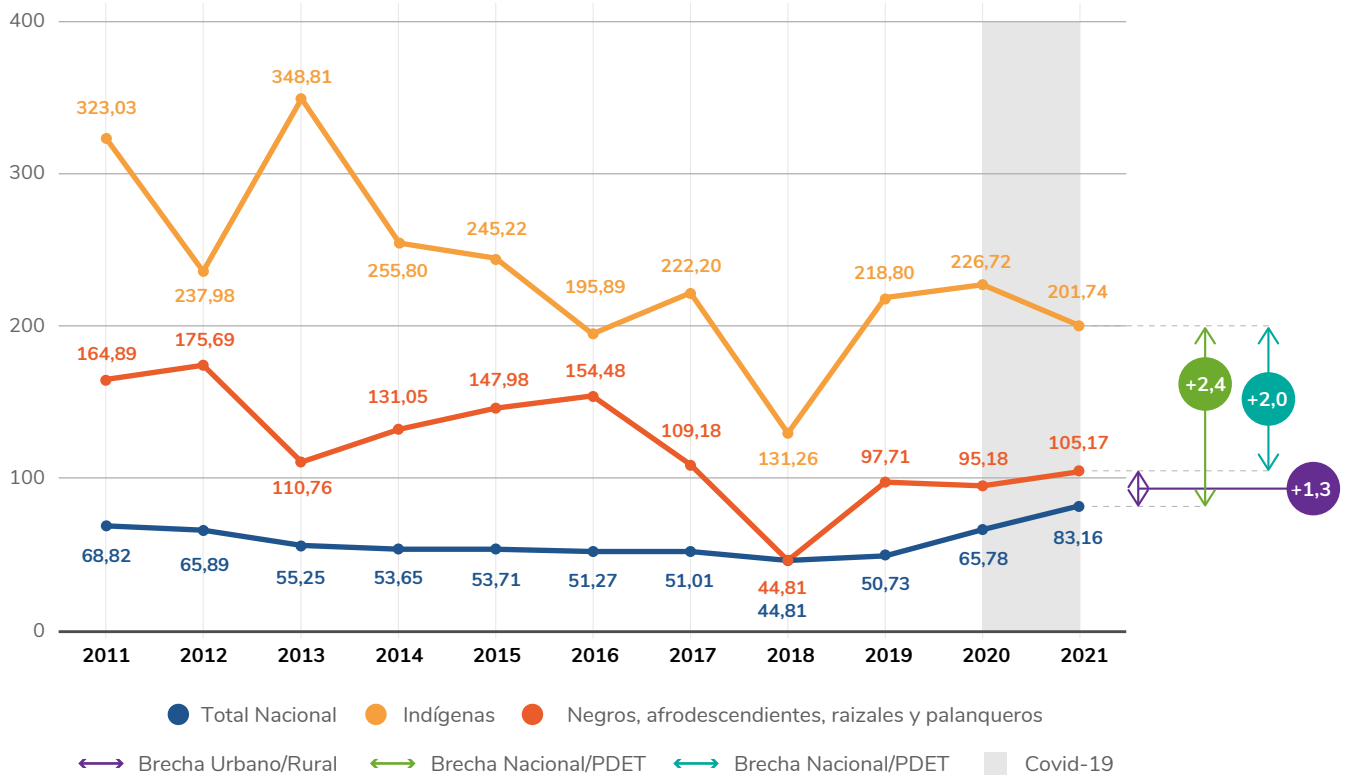
En 2020, los impactos sociales y en la salud relacionados con la pandemia por COVID-19 continúan la tendencia de aumento de la mortalidad materna tanto urbana como rural, iniciada en 2019. **En 2021, la RMM urbana alcanzó su mayor punto en toda la serie de tiempo, siendo 1,2 veces mayor que en la zona rural (17,4 p.p. de diferencia).**

Para el caso de los territorios PDET, la mortalidad materna también ha tenido variaciones. Tuvo 2 momentos de cierre de brechas: en 2017 y en 2019 la RMM fue 1,1 veces mayor en los territorios PDET frente al total nacional. En 2021, la mortalidad materna en los territorios PDET **fue 1,4 veces mayor que en el total nacional (30 p.p. de diferencia).**



► **Figura 3.5.8**

Razón de mortalidad materna a nivel nacional y por grupos étnicos, 2011-2021.



Fuente: Estadísticas Vitales, DANE.

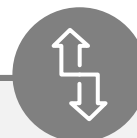
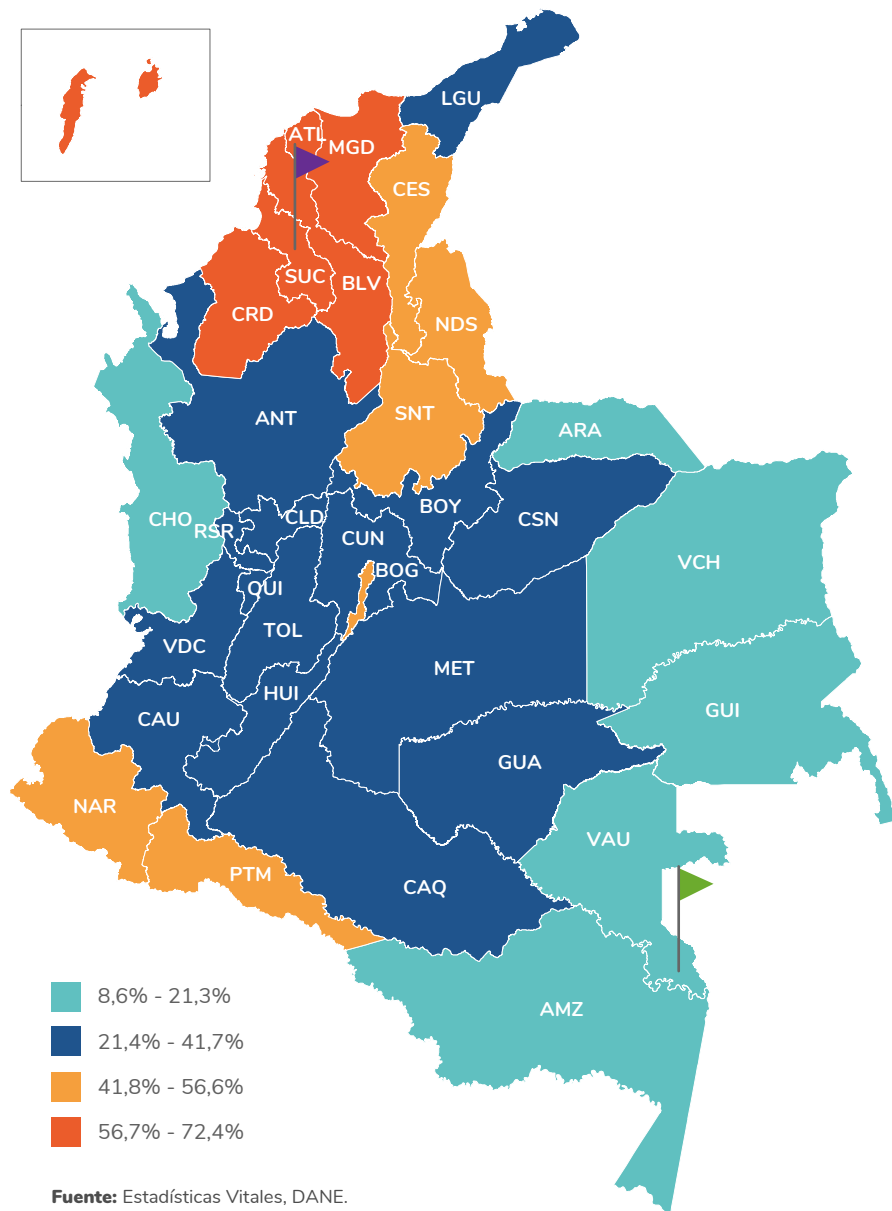
Las brechas de desigualdad por pertenencia étnica han tenido grandes variaciones en la última década. Los años con menor brecha entre la población negra, afrodescendiente, raizal y palenquera frente al total nacional fueron 2013 y 2017, con una RMM 2 veces mayor. En el periodo de pandemia por COVID-19, la RMM en esta población fue 1,4 veces mayor en 2020 y **1,3 veces mayor en 2021 que el total nacional (22 p.p. de diferencia).**

Las mayores brechas de mortalidad materna se han observado entre las poblaciones indígenas frente a los demás grupos poblacionales. En 2013 se presentó la mayor diferencia, 3,8 veces mayor que el total nacional. Los años siguientes mostraron un descenso hasta 2018, 2,9 veces mayor. Tras el aumento en la mortalidad materna a partir del 2019, y dados los impactos sociales y en la salud por la pandemia por COVID-19, la RMM indígena en 2020 llegó a ser 3,4 veces mayor que la nacional y **2,4 veces mayor en 2021 que el total nacional (118,5 p.p. de diferencia).**

Para el caso de la brecha de desigualdad entre los grupos étnicos, en 2021 la RMM en los indígenas **fue 2 veces mayor que en la población negra, afrodescendiente, raizal y palenquera (96,5 p.p. de diferencia).**

► **Figura 3.5.9**

Proporción de cesárea a nivel departamental, 2021.



En 2021, el porcentaje de partos por cesárea fue superior al 60% en los departamentos de Sucre, Córdoba, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Atlántico, Magdalena y Bolívar. **El porcentaje de partos en Sucre (72,5%) fue 1,6 veces mayor que en el total nacional (45,8%).**

...

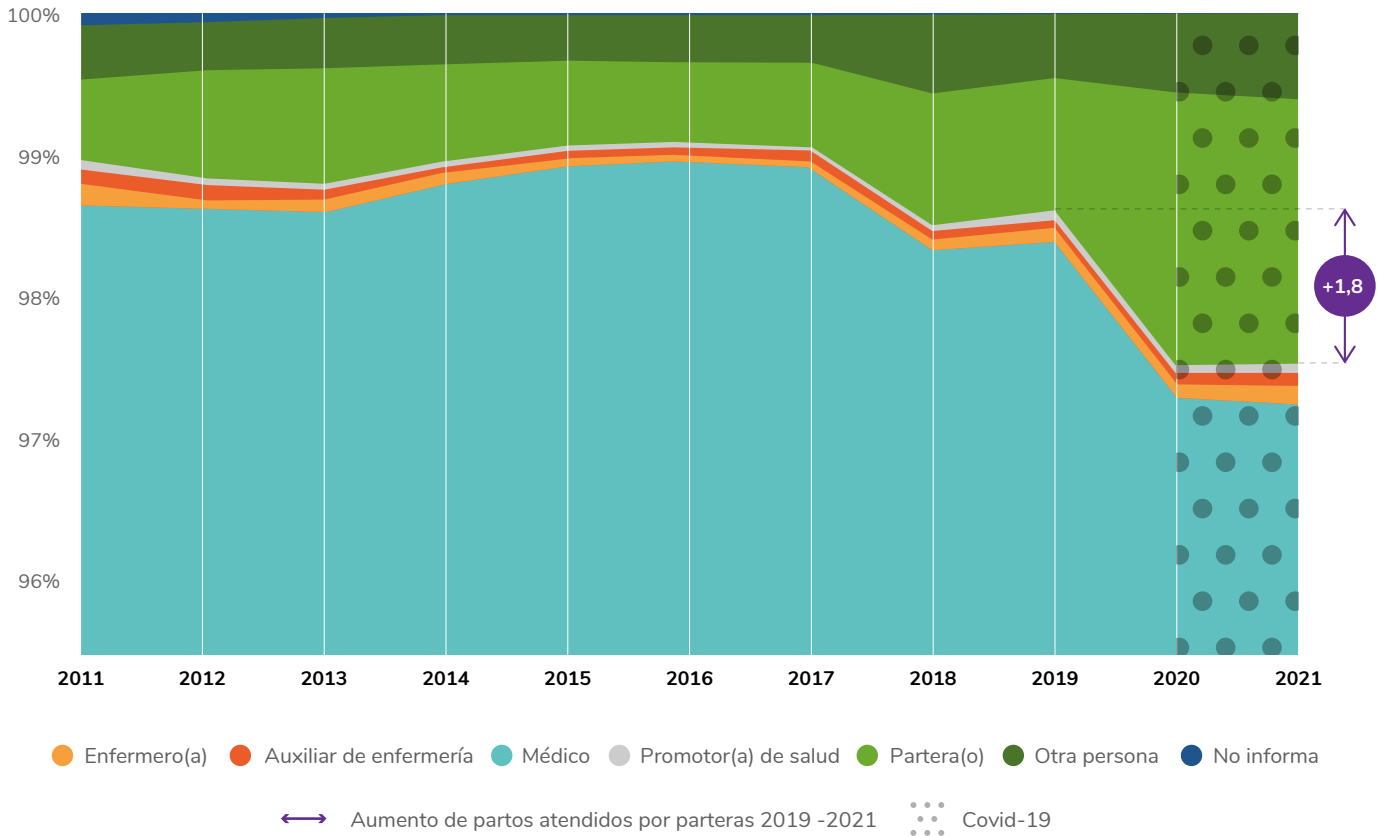
El porcentaje de partos por cesárea fue menor al 20% en los departamentos de Amazonas, Guainía, Vichada y Vaupés. **En 2021, el porcentaje de partos a nivel nacional (45,8%) fue 5 veces mayor que en Vaupés (8,6%).**

**Hallazgos:**

- En 2021 hubo 282.574 partos atendidos por cesárea, lo que corresponde al 45,8% de partos a nivel nacional. La información disponible permite observar un incremento progresivo en los nacimientos por cesárea; en 2008, correspondía al 37,2%, en 2015 llegó al 46,4%, en 2020 disminuyó a 44,6% y en 2021 aumentó nuevamente. La OMS señala que entre el 10% y el 15% de los embarazos tienen una indicación adecuada para su terminación en cesárea. Cabe señalar que las cesáreas no justificadas pueden provocar complicaciones en la salud de la mujer y su hijo/a.

► **Figura 3.5.10**

Proporción de partos según la persona que atendió el parto, 2021.



Fuente: Estadísticas Vitales, DANE.

De acuerdo con la persona que atendió el parto, la mayor proporción reportada es por personal médico (entre 97% y 99%); sin embargo, el reporte de atención por parte de parteras tradicionales<sup>3</sup> refleja un incremento, pasando de 0,94% en 2011 a 1,37% en 2019 y a 2,47% en 2020. **En 2021 tuvo una proporción de 2,45%, 1,8 veces mayor que en 2019 (1,1 p.p. de diferencia).** El incremento de las atenciones registradas por parteras tradicionales durante la pandemia por COVID-19 refleja la agudización en las barreras de acceso a atenciones por personal de salud que afectaron a las poblaciones más vulnerables, así como el rol preponderante de la partería tradicional en dichas poblaciones durante este periodo.

<sup>3</sup>En el gráfico: Partera/o y Otra persona

## MARCO NORMATIVO EN POLÍTICA PÚBLICA

**Ley 599 (Código Penal).** Establece el delito de acceso carnal abusivo con menor de 14 años.

2000

2005

**Ley 972, por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/sida.** Declara de interés y prioridad nacional la atención integral estatal a la lucha contra el VIH y el sida.

**Ley 1098 Código de la Infancia y la Adolescencia.** Establece garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva.

**Ley 1029 por la cual se modifica el artículo 14 de la Ley 115 de 1994.** Establece la inclusión de la educación sexual en los niveles de educación preescolar, básica y primaria en todos los establecimientos educativos oficiales o privados.

**Sentencia C-355 de la Corte Constitucional.** Define tres causales legales para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

2006

2010

**Decreto 2968 por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.**

**Resolución 459 por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.** Se deja explícitamente claro, que su cumplimiento es obligatorio para Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

2012

2013

**Ley 1620 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.**

**Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) 2014-2021.** Ofrece un marco comprensivo de política pública, con enfoques de derechos, género, diferencial y de ciclo vital; alineado, en sus componentes y plan operativo, con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Requiere ser actualizada.

2014

2015

**Ley Estatutaria 1751 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.** Tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, incluyendo los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

**Estrategia de atención integral para niñas, niños y adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo Adolescente 2015-2025.** Plantea lineamientos estratégicos intersectoriales para la prevención del embarazo de niñas y adolescentes.

**Ley 1885 por la cual se modifica la ley estatutaria 1622 de 2013.** Por medio de la cual se expide el Estatuto de Ciudadanía Juvenil, reglamentando lo concerniente al Sistema Nacional de Juventudes.

2018

**Resolución 3280** por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAPMS) y la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal (RIAMP).

2021

**Estrategia Mundial contra el Sida (2021-2026).** Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), que busca reducir las desigualdades que impulsan la pandemia de VIH y poner fin al sida como una amenaza para la salud pública.

**Sentencia C-055 de la Corte Constitucional.** Permite la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) sin condiciones, durante las primeras 24 semanas de gestación. Después de la semana 24, aplican las tres causales legales para IVE de la Sentencia C-355 de 2006.

**Sentencia T-128 de la Corte Constitucional.** En la cual se reconoce la partería tradicional y exhorta al Ministerio de Salud a integrar a las parteras al SGSSS.

2022

**Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.** Políticas y acciones para la promoción, prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

## DESAFÍOS PARA EL PAÍS

### Disponibilidad de información:

- Uno de los grandes desafíos es la actualización de las fuentes de información sobre derechos sexuales y reproductivos y sobre salud sexual y reproductiva. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) es la fuente más importante para este propósito; sin embargo, se encuentra pendiente de aplicar desde 2020. Los cambios en las dinámicas poblacionales de los últimos años hacen que la información de la ENDS 2015 sea obsoleta y no permita informar para la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva.
- Asimismo, es importante fortalecer el sistema de registro y disponibilidad de las Estadísticas Vitales para conocer y analizar la estructura de la fecundidad y la mortalidad en el país, así como la composición y evolución de la población a nivel territorial.

#### Reducción de brechas y acciones claves



#### Eliminar el embarazo en niñas de 10 a 14 años

#### Acciones estratégicas:

Prevención y detección temprana del abuso y la violencia sexual, incluyendo Educación Integral en Sexualidad (EIS) para niñas, niños, adolescentes, jóvenes y familias.

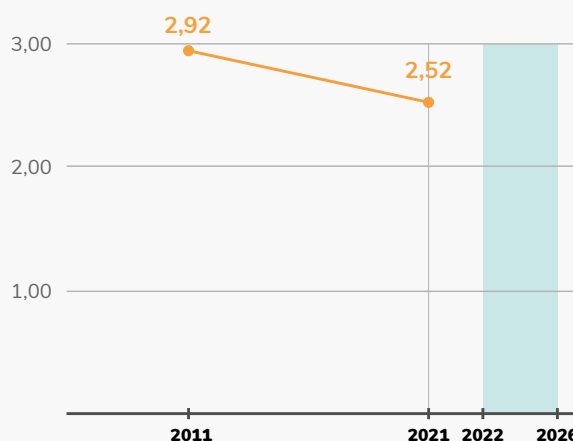


Atención integral de víctimas en salud (incluyendo salud sexual y reproductiva), protección y justicia.

#### Aceleración

Línea de base - Dato más reciente - Meta 2030

#### Tasa Específica de Fecundidad en niñas de 10 a 14 años\*



Fuente: Estadísticas vitales, DANE

\*Nacimientos de niñas de 10 a 14 años por cada 1.000 niñas en el mismo rango de edad.

Este indicador no tiene una meta nacional (CONPES) para 2030. Sin embargo, el mayor desafío que tiene el país es lograr **CERO** embarazos en niñas de 10 a 14 años en los **próximos años**.



5.2.1 P. Porcentaje de mujeres que han sido forzadas físicamente por el esposo o compañero a tener relaciones o actos sexuales.

5.2.2 P. Porcentaje de mujeres que han sido forzadas físicamente por otra persona diferente a su esposo o compañero a tener relaciones o actos sexuales.

**Reducción de brechas y acciones claves**



**Reducir el embarazo no planeado en adolescentes (15 a 19 años)**

**Acciones estratégicas:**

Educación Integral en Sexualidad (EIS) dentro y fuera de la escuela.



Servicios de salud sexual y reproductiva, información y acceso a anticonceptivos.

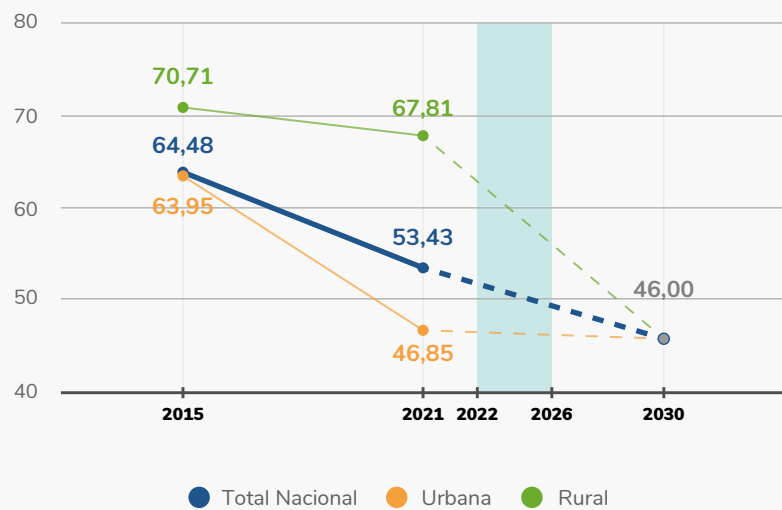


Cierre de brechas urbano-rural.

**Aceleración**

Línea de base - Dato más reciente - Meta 2030

**Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años\***



Fuente: Estadísticas vitales, DANE y CONPES 3918, DNP

\*Nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años por cada 1.000 adolescentes en el mismo rango de edad.



3.7.1 P. Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

**Reducción de brechas y acciones claves**



**Avanzar hacia la universalización de servicios integrales y de calidad en salud sexual y reproductiva.**

**Acciones estratégicas:**

Educación Integral para la Sexualidad (EIS) dentro y fuera de la escuela.



Reducción de las barreras de acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, con énfasis en adolescentes y jóvenes, y en la anticoncepción posevento obstétrico y de emergencia.



Acceso pleno, oportuno y sin barreras o demoras a atenciones y procedimientos para el ejercicio del derecho fundamental a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)<sup>4</sup>.

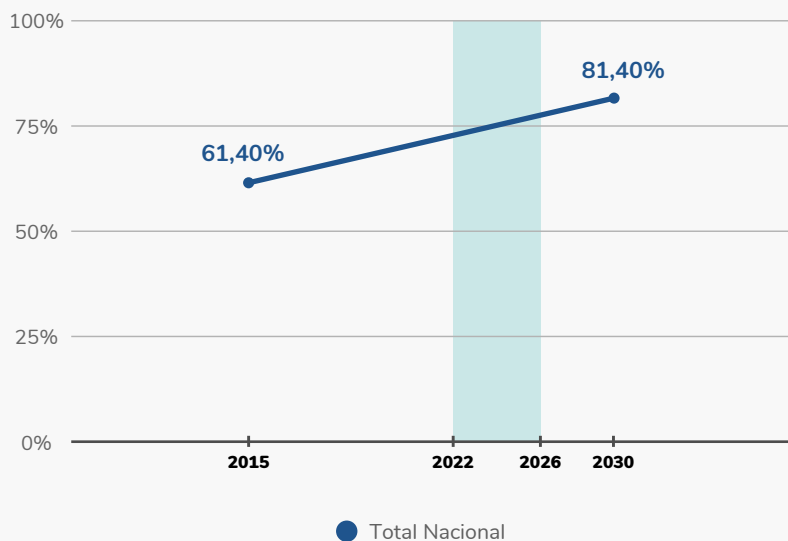


Cierre de brechas a nivel departamental.

**Aceleración**

Línea de base - Dato más reciente - Meta 2030

**Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años (unidas y no unidas) con actividad sexual reciente que usan métodos anticonceptivos modernos**



**Fuente:** Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Profamilia y CONPES 3918, DNP



**3.7.3 P.** Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años (unidas y no unidas) con actividad sexual reciente que usan métodos anticonceptivos modernos.

<sup>4</sup>Cumplimiento/implementación de las Sentencias C-055 de 2022 y C-355 de 2006.



**Reducción de brechas y acciones claves**



**Acelerar la reducción de las epidemias del VIH/sida**

**Acciones estratégicas:**

Información sobre el VIH/sida para reducir el estigma y la discriminación de las personas que viven con este diagnóstico.



Promoción de la prueba y diagnóstico del VIH.



Socialización y difusión de la Sentencia C-248 de 2019, que declara inexecutable el artículo 370 de la Ley 599 del 2000, que penalizaba la transmisión del VIH; difusión y socialización del Decreto 762 de 2018, que oficializa la política pública nacional LGBT y da vía libre a su implementación en el territorio nacional; y difusión y aplicación de la Resolución 089 de 2019, que define la política integral para la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas.



Acceso a tratamiento por parte de las personas que conocen su diagnóstico, de acuerdo con la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/sida en personas adultas, gestantes y adolescentes, así como en la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/sida en niñas, niños y adolescentes.



Cobertura de prevención de la transmisión materno-infantil de acuerdo con el marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas (ETMI Plus).

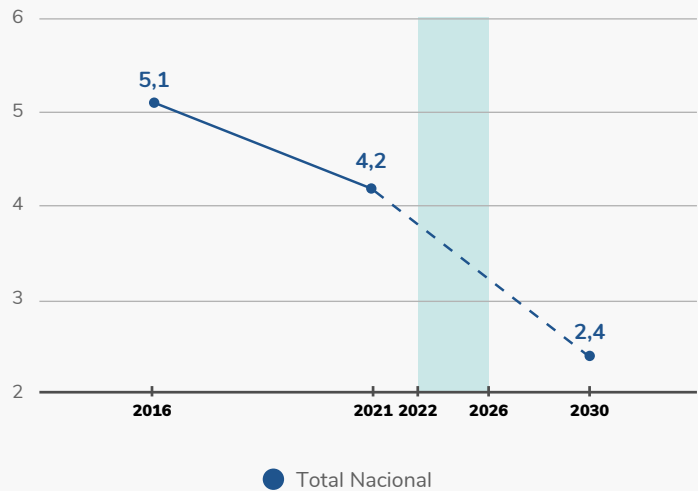


Promoción de servicios integrales de prevención basados en prevención combinada.

**Aceleración**

Línea de base - Dato más reciente - Meta 2030

**Tasa de mortalidad por VIH/SIDA\***



**Fuente:** Cuenta de Alto Costo, MSPS y CONPES 3918, DNP

\*Mortalidad por VIH por cada 100.000 habitantes



3.3.8 C. Tasa de mortalidad por VIH/sida.

**Reducción de brechas y acciones claves**



**Acelerar la reducción de la mortalidad materna y reducir las brechas entre poblaciones**

**Acciones estratégicas:**

Asegurar todas las atenciones en salud incluidas en la Ruta de Atención Integral Materno Perinatal, desde la preconcepción y durante la gestación, el parto y el puerperio; principalmente, entre las poblaciones con mayores barreras de acceso a estos servicios: rurales, étnicas, migrantes, con discapacidad, en contextos de crisis humanitaria por conflicto armado o desastre natural.



Fortalecer el acceso y calidad del control prenatal (con la identificación temprana y seguimiento adecuado de gestantes) y de las emergencias obstétricas y la morbilidad materna extrema, mediante el mejoramiento en las competencias del personal de salud, el aseguramiento de los insumos y la apropiación de protocolos y guías institucionales.

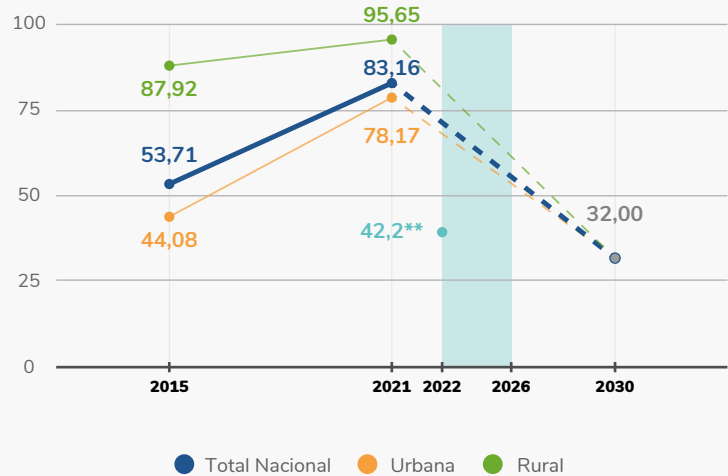


Esto requiere: 1. Inversión en el personal de salud; 2. Desarrollo de estrategias como centros de entrenamiento en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, género e interculturalidad; 3. Fortalecimiento de las funciones de vigilancia en salud pública y de inspección, vigilancia y control de las Direcciones Territoriales de Salud; 4. Adecuación etnocultural de los servicios para la atención, vinculando agentes de medicina tradicional, parterxs tradicionales y autoridades étnicas; 5. Fortalecimiento de la respuesta comunitaria.

**Aceleración**

Línea de base - Dato más reciente - Meta 2030

**Razón de Mortalidad Materna\***



Fuente: Estadísticas vitales, DANE y CONPES 3918, DNP

\*Número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos de acuerdo con el municipio de residencia.

\*\* La tasa corresponde a un dato preliminar publicado en el Boletín Epidemiológico del INS (semana 52, año 2022).



3.1.1 G. Tasa de mortalidad materna.

## ALINEACIÓN CON EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO PND 2022-2026

### TRANSFORMACIÓN 2. SEGURIDAD HUMANA Y JUSTICIA SOCIAL

**CATALIZADOR B.** Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar.

1. Hacia un Sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo.

b. Terminantes sociales en el marco del modelo preventivo y predictivo.

- La actualización de la política de Derechos Sexuales y Reproductivos.

### EJE TRANSVERSAL. ACTORES DIFERENCIALES PARA EL CAMBIO

1. El cambio es con las mujeres.

3. Garantía de los derechos en salud plena para las mujeres



Salud materna



Fecundidad en niñas y adolescentes



Uso de métodos anticonceptivos



VIH/sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS)