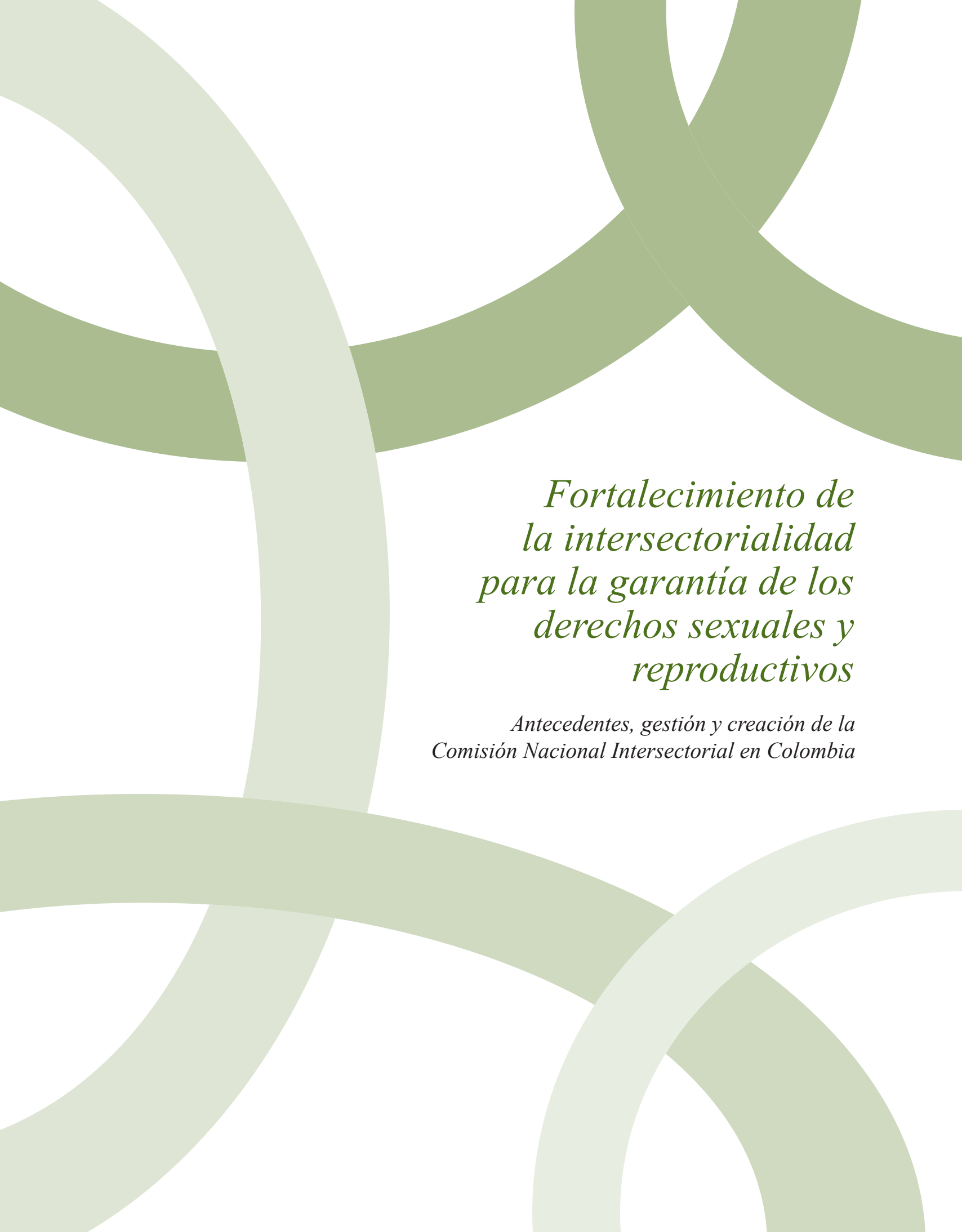




**FORTALECIMIENTO DE LA
INTERSECTORIALIDAD
PARA LA GARANTÍA DE LOS
DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS**



*Fortalecimiento de
la intersectorialidad
para la garantía de los
derechos sexuales y
reproductivos*

*Antecedentes, gestión y creación de la
Comisión Nacional Intersectorial en Colombia*

ISBN:

Fortalecimiento de la intersectorialidad para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Antecedentes, gestión y creación de la Comisión Nacional Intersectorial en Colombia

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

Autoras: Claudia Lily Rodríguez Neira
Jinneth Hernández Torres

Diseño y diagramación: Bibiana Moreno Acuña - bibianamorenodesign@gmail.com
Impresión: Legis
Bogotá D.C. Diciembre de 2010

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



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTAMARÍA SALAMANCA
Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ
Director de Salud Pública

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Coordinador de Promoción y Prevención



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante Auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ
Asesora en Salud Sexual y Reproductiva

COMITÉ EDITORIAL
Convenio 620 MPS - UNFPA

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

MARÍA CRISTINA TORO RAMÍREZ

CLAUDIA LILY RODRÍGUEZ NEIRA

CARLOS IVÁN PACHECO SÁNCHEZ

ALEJANDRO RODRÍGUEZ AGUIRRE

LUÍS ANTONIO TORRADO RANGEL

GEMA GRANADOS HIDALGO

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



Reconocimiento

A todas las personas que desde las diferentes instituciones participaron en los diversos momentos del proceso intersectorial para dar origen a la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos: Ministerio de la Protección Social (MPS), Ministerio de Educación Nacional (MEN), Alta Consejería Presidencial de Programas Especiales (CPPE), Ministerio de las Comunicaciones y Tecnologías de la Información (MINTIC), Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Agradecemos especialmente a quienes contribuyeron con sus valiosos aportes para sistematizar esta experiencia. Al Dr. Ricardo Luque Núñez, asesor de la Dirección General de Salud Pública del MPS, a la Dra. Diva Moreno, asesora de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescencia y Juventud del MPS, a la Dra. María Clara Ortiz Karam, Subdirectora de la División de Fomento de Competencias del MEN, a la Dra. Pilar Montagut, ex coordinadora del Programa de Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz, de la Consejería Presidencial de Programas Especiales y, muy especialmente, a la Dra. Mary Luz Mejía Gómez, asesora de Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA, y a Mauricio Polanco, coordinador de la línea de Fortalecimiento Intersectorial del Convenio 620, sin quienes la sistematización no habría sido posible.



Contenido

<i>Introducción</i>	11
<i>Antecedentes y contexto</i>	13
Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) en las políticas nacionales de salud y educación	13
El marco de intersectorialidad en derechos sexuales y reproductivos	18
Los escenarios de intersectorialidad para la promoción de los DSR	19
La situación de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia	20
<i>Reconstrucción de la experiencia</i>	24
El acercamiento intersectorial en la Mesa Intersectorial Nacional de Adolescencia y Juventud - MINAJU	24
La concreción de un plan estratégico en la MINAJU	27
<i>La creación de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia</i>	32
El Decreto 2968, su difusión y prospectiva de la Comisión Nacional Intersectorial	37
<i>Lecciones aprendidas</i>	42
<i>Retos y recomendaciones</i>	47
Retos y recomendaciones para la Comisión Nacional Intersectorial	47
Retos y recomendaciones para la interacción con los niveles sub-nacionales	49
<i>Acrónimos</i>	53
<i>Anexos</i>	54
<i>Bibliografía</i>	57



Introducción

El proceso de fortalecimiento a la intersectorialidad, concebido en el Convenio 620, suscrito entre el Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), da continuidad a intencionalidades previas de orden institucional y, en particular, a la dinámica de interacción entre los sectores de salud y educación, y algunas de las apuestas de la Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud (MINAJU), existente desde 2007 en Colombia. En este sentido, la experiencia a sistematizar se nutre de distintos actores institucionales, de apuestas precisas que inicialmente se enmarcaron en torno a la prevención del embarazo en adolescentes y en diversos momentos del desarrollo.

Con el fin de profundizar en la experiencia y recuperar las lecciones aprendidas para el proceso de intersectorialidad en el campo de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) en el país, y que sirva como insumo para procesos similares en el contexto de la Región Andina u otros semejantes, en el Convenio 620 se consideró importante sistematizar el proceso de gestión y creación de la Comisión Nacional Intersectorial (CNI) para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, reconociendo y recuperando parte del proceso previo existente en el país, así como la experiencia referida a la gestión y formulación del Decreto 2968 como acto administrativo que otorga un carácter de decisión política al proceso, al institucionalizar dicha Comisión, dando a su vez piso técnico al proceso en el país.

Se realizó una sistematización que acude a elementos de análisis retrospectivos y, que a su vez, cursa de manera prospectiva, utilizando como ejes de análisis la dimensión política y los aportes conceptuales y metodológicos del proceso para el fortalecimiento de la intersectorialidad en el campo de los DSR. Para el desarrollo de la sistematización se recolectó y analizó la información de tipo documental, tanto del contexto como de la propia experiencia; se hicieron entrevistas semi-estructuradas a los actores partícipes del proceso y, en particular, a los socios del Convenio 620.

Se efectuaron seis entrevistas a actores institucionales del Ministerio de la Protección Social, del Ministerio de Educación Nacional, de la Consejería Presidencial de Programas Especiales, del Fondo de Población de las Naciones Unidas y el equipo técnico del Convenio 620; asimismo, y de manera secundaria se acudió a información recolectada mediante entrevistas realizadas en el marco del levantamiento de experiencias intersectoriales en derechos sexuales y reproductivos en algunas regiones como Santander, Meta, Antioquia y Bolívar.^a

Las entrevistas fueron transcritas y luego codificadas, previa identificación de dos momentos clave: el primero, referido al proceso que transcurre desde la conformación de la MINAJU y el

^a Estas entrevistas fueron realizadas desde la línea de Fortalecimiento a la Intersectorialidad, del Convenio 620, con el propósito de recuperar, a manera de inventario, algunas experiencias de trabajo coordinado intersectorialmente para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en algunas regiones del país, identificadas por los socios del Convenio. De este proceso se contó también con material de análisis documental

segundo, referido al proceso de concreción del Decreto 2968, de 2010, por el cual se crea la CNI para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia. Para la codificación y procesamiento de la información se utilizó el *software* de análisis cualitativo *Atlas Ti*; y para el análisis se trianguló la información documental con la de entrevistas, con el fin de reconstruir la experiencia a la luz de los momentos ya descritos, destacando en este proceso los factores que posibilitaron o dificultaron su desarrollo. Finalmente, se hizo validación del documento con algunos de los entrevistados.

El documento que hoy se entrega, como resultado de la sistematización de esta experiencia, está ordenado en tres grandes capítulos: el primero, referido a los antecedentes y al contexto en el cual se desarrolla la experiencia; el segundo, da cuenta de la reconstrucción de la experiencia, acudiendo a los dos momentos clave del proceso, y en el tercero se destacan los aprendizajes, retos y recomendaciones que aporta esta experiencia sistematizada.

Antecedentes y contexto

Los derechos sexuales y reproductivos en las políticas nacionales de salud y educación

Las políticas del país en los dos últimos decenios, dirigidas a la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, se han formulado en el marco de la Constitución de 1991 y de los acuerdos internacionales que han sido respaldados por el país. Así, en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, de 1994, celebrada en El Cairo, Egipto, en el marco del reconocimiento de la estrecha relación entre desarrollo sostenible y crecimiento económico con el bienestar de la población, se plantearon como ejes de trabajo del Programa de Acción relacionados con los DSR: 1). La igualdad y equidad entre los sexos y la habilitación de la mujer en relación con los derechos sociales, económicos, políticos, sexuales y reproductivos, lo que incluye el fortalecimiento de la autonomía de la mujer y la eliminación de la violencia y la discriminación de todo tipo contra ella en las diferentes esferas de la vida, incluyendo la familiar y la comunitaria, y 2). La salud, la morbilidad y la mortalidad, con énfasis en la salud de la mujer, en la maternidad sin riesgos y en la prevención y atención integral del VIH/sida.¹

Otro eje de trabajo fue propiamente el de los derechos reproductivos y la salud reproductiva. En el marco de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, la Conferencia afirmó como derechos reproductivos: "el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, y el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia".¹

Se adoptó igualmente una definición amplia de la salud reproductiva, como "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia".

En este eje de los DSR se plantearon como objetivos a alcanzar para 2015:

- 1.** Garantizar el acceso universal a la información, a la educación y a los servicios relacionados con la salud reproductiva, como la planificación familiar, la atención prenatal, los partos sin riesgos, la atención posparto, incluyendo la lactancia materna y la salud materno-infantil; prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo, prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, de las infecciones de transmisión

sexual y de otras afecciones de la salud reproductiva; sexualidad humana, disuasión de prácticas como la mutilación genital femenina.

2. Ayudar a las parejas a alcanzar sus objetivos de procreación, basados en un marco de responsabilidad, bienestar y libre elección.
3. Prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los de alto riesgo, así como la morbilidad y la mortalidad relacionada.
4. Prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, así como prevenir las complicaciones de las infecciones de transmisión sexual, como la infertilidad, prestando especial atención a jóvenes y a mujeres.
5. Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de la vida de las personas.
6. Velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, a la educación y a los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual, con el fin de ejercer sus derechos y responsabilidades respecto a la procreación.
7. Abordar las cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en la adolescencia en particular: embarazos no deseados, aborto en malas condiciones, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria, la prestación de servicios apropiados y la orientación y asesoramiento claramente adecuados para ese grupo de edad.

Para el desarrollo de estos objetivos se debería incluir la participación activa de la mujer; propender por la igualdad de hombres y mujeres en la toma de decisiones y responsabilidades relacionadas; tener como una de las principales poblaciones objetivo a adolescentes; garantizar que los servicios sean de calidad, accesibles, asequibles y aceptables entre la población; involucrar a diferentes sectores gubernamentales, no gubernamentales y comunitarios, y buscar el desarrollo de los objetivos a través de las diferentes políticas, planes y programas nacionales.

Posteriormente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de 1995, en Beijing, China, la Declaración y Plataforma de Acción reafirmó la necesidad de trabajar contra los obstáculos para garantizar los derechos de la mujer en igualdad de condiciones que para los hombres y bajo una perspectiva de equidad en todas las esferas de la vida.² Algunos de estos compromisos fueron retomados en la Declaración del Milenio, de 2000, en la cual entre los ocho Objetivos de Desarrollo para la erradicación de la pobreza en el milenio se formularon tres relacionados con los DSR, con metas a ser alcanzadas para 2015 así: la promoción de la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer; la mejora de la salud materna que permita reducir a la tercera parte la mortalidad materna respecto de la del año 1990; el acceso universal a la planificación familiar y a la atención prenatal, y la reducción de la propagación del VIH/sida a través de acciones de información, de educación y del uso de preservativo, así como el acceso universal al tratamiento para las personas con el VIH.³

Otro acuerdo más reciente, para detener al VIH y a las ITS, se dio en 2008 en la Primera Reunión de Ministros de Salud y de Educación de Latinoamérica y El Caribe, en la cual los Ministros de Colombia se comprometieron a “implementar y fortalecer estrategias intersectoriales para la educación integral en sexualidad y la promoción de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática, en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente. Esta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales, conforme con el marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los y las jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas en relación con el inicio de sus relaciones sexuales”.⁴

Estos acuerdos en el ámbito internacional han permitido orientaciones estratégicas para el trabajo desarrollado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas como agencia de cooperación para los países con sus programas de población y desarrollo y de salud sexual y reproductiva. En el caso del trabajo con jóvenes y adolescentes el marco de acción ha sido trazado por Las Cuatro Llaves que plantea el UNFPA, siendo una de ellas el soporte para la formulación de políticas bajo el lente de los análisis de estructura poblacional y dinámica de población, que se nutre de las otras tres llaves, cuyo énfasis se dirige a los sectores de educación, y de salud y a los actores sociales y comunitarios, específicamente de jóvenes. Estas orientaciones se encuentran enunciadas como: fomento del liderazgo y participación juvenil; la educación en salud sexual y reproductiva basada en género y habilidades para la vida; y los servicios de salud sexual y reproductiva. En esta perspectiva se reconoce el papel que cada actor gubernamental, institucional de salud y de educación, así como los actores sociales y comunitarios tienen en el liderazgo y abogacía por los DSR en el ámbito político, programático y estratégico, instando a cada uno de estos actores a participar de manera independiente o articulada y coordinada en el ciclo de gestión política.⁵

En el país estos compromisos se han incorporado en los Planes Nacionales de Desarrollo (PND), dando lugar al desarrollo de políticas y planes en diferentes sectores del Estado. En el caso del sector educación, ya en 1993 se había establecido la obligatoriedad de la educación sexual con el Proyecto Nacional de Educación Sexual (PNES), mediante el Decreto 03353, de 1993, el cual fue reafirmado a partir de los compromisos asumidos con la Conferencia del Cairo de 1994, que se reflejan en la Ley General de Educación del mismo año – Ley 115 de 1994 -, planteando como objetivo: “el desarrollo de una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable” en el marco de la formación en derechos humanos.⁶ Para el desarrollo de éste toda institución educativa debe generar un proyecto pedagógico de educación sexual (PES) que hace parte del proyecto educativo institucional (PEI).⁷

A partir de 2007 el Ministerio de Educación Nacional (MEN), asesorado por el UNFPA, comenzó a implementar en el ámbito nacional el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC), previo al cual se habían trabajado otras iniciativas conjuntas como las de “educación en población” y la de “jóvenes para jóvenes”. Una vez implantado el PESCC, como una experiencia piloto en cinco regiones del país, en el año 2006 se logró la participación de 53 instituciones educativas y de 235 sedes; la incorporación del PESCC implicó un cambio en el enfoque del PNES hacia el desarrollo de competencias ciudadanas desde la apropiación de conocimientos, capacidades, actitudes y disposiciones

destinados a la formación de los estudiantes como sujetos activos de los derechos sexuales y reproductivos que les permitieran tomar decisiones para vivir una sexualidad sana, plena y responsable y que enriqueciera su proyecto de vida y el de los demás.⁸ Este enfoque de formación en competencias ciudadanas fue también incorporado en el Plan Decenal de Educación 2006-2016 y en el Plan sectorial del gobierno 2006-2010.⁹

Entre tanto, en el sector salud, también se incluyeron algunas de las prioridades definidas en el ámbito internacional y se registraban avances en la incorporación de la salud sexual y reproductiva, asociados a las conferencias y compromisos internacionales y en respuesta al mandato del PND de 1998 a 2002, sin que aún se registrara el enfoque de los DSR, pero otorgando énfasis de diferenciación positiva para población adolescente y con enfoque de género. Es así como se encuentran las siguientes líneas de acción en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 1998, liderado por el Ministerio de Salud y en coordinación con el sector educación y con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF):

“1.) Fortalecimiento de la capacidad gerencial de las instituciones de salud del país en salud sexual y reproductiva; 2.) Promoción de la salud sexual y reproductiva sana y autónoma; 3.) Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; 4.) Prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas de los órganos reproductivos; 5.) Promoción de la alimentación sana y prevención de los problemas derivados de la malnutrición; 6.) Promoción de la convivencia pacífica y prevención de la violencia sexual y reproductiva al interior de la familia, de la comunidad y de las entidades de salud, y 7.) Capacitación y educación continua en salud sexual y reproductiva”.¹⁰

Posteriormente, en la Política de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) 2003-2006, formulada por el Ministerio de la Protección Social (MPS) en cumplimiento del mandato del PND 2003-2006,¹¹ se adoptó la definición de SSR de la Conferencia de El Cairo y planteó como su principal objetivo: “mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y de los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”, y priorizó como líneas de acción y metas algunos de los objetivos de los DSR de El Cairo y de los ODM (Anexo 1).¹²

El compromiso explícito de nivel nacional con los ODM se concretó con el CONPES 91 de 2005, el que fijó los objetivos y metas a alcanzar para 2015. En aquellos relacionados con los DSR, el país se comprometió a:¹³

1. Frente a la promoción de la equidad de género y la autonomía de la mujer propuso entre otros mejorar los sistemas de evaluación con miras a la definición de políticas y el fortalecimiento de la educación, de la información y de la comunicación en temas como violencia de género, para el cual debía generarse un sistema intersectorial.

2. Frente al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva a: reducir a la mitad de la mortalidad materna, la mortalidad por cáncer de cuello uterino (5.5 x 100.000) y el embarazo en adolescentes –a 15%- ; aumentar la cobertura de control prenatal- 90%-, parto institucional -95%- y uso de métodos anticonceptivos en población sexualmente activa -75%- y de 15 a 19 años de edad – 65%- haciendo énfasis en el fortalecimiento del sector salud para garantizar el acceso y la calidad de los servicios.

3. En la reducción de la epidemia del VIH/sida mantener la prevalencia de infección en población de entre 15 a 49 años de edad en menos de 1,2%; establecer una línea de base de mortalidad y reducirla en 20% entre 2010 y 2015; reducir la incidencia de transmisión madre-hijo entre 2010 y 2015 -20%-, aumentar la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran -15% y 30% más a 2010 y 2015, respectivamente-, mediante la formulación de un plan intersectorial para la prevención y control que incluyera la coordinación institucional e intersectorial, la promoción, la prevención, la atención y el apoyo.

Estos compromisos fueron retomados en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 en el objetivo de salud sexual y reproductiva,¹⁴ en la Ley 975 de 2005 con la cual se adoptaron normas para mejorar la atención de enfermedades catastróficas, especialmente el VIH/sida,¹⁵ y en el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/sida 2008-2011, cuyos antecedentes habían sido los planes de 2002 a 2003 y 2004 a 2007.¹⁶

Igualmente los DSR han sido incorporados en la legislación y jurisprudencia, como la Ley de Infancia y Adolescencia de 2006 la que en el marco de los derechos a la integridad personal, a la intimidad, a la protección, a la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad, incluyó la obligación de la familia y del Estado, en especial de las instituciones educativas, a la promoción de los DSR, y a la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual. En el caso del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) su obligación para garantizar el acceso de las mujeres embarazadas a la consejería y a la realización de la prueba voluntaria del VIH/sida, así como al tratamiento, al acceso gratuito de los jóvenes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva, a la prevención del embarazo en adolescentes, a la protección especializada, al apoyo a las madres adolescentes, y a la atención a las mujeres durante la gestación y el parto.¹⁷

Asimismo, la Corte Constitucional, en la Sentencia 355 de 2006, declaró "exequible el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, en el entendido de que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto"¹⁸ y abrió la posibilidad de objeción de conciencia para el personal médico, pero no para la institución que debe prestar el servicio. Posteriormente, en la Sentencia 388 de 2009 se ordenó al MPS, al MEN, a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo ante las dificultades en el cumplimiento de la sentencia 355, la realización de una campaña de comunicación masiva sobre los DSR que permita ejercer a las mujeres el goce efectivo de estos derechos.¹⁹

El marco de intersectorialidad en derechos sexuales y reproductivos

La intersectorialidad ha sido una de las estrategias priorizadas por los sectores de salud y educación para promover los derechos sexuales y reproductivos dentro de las políticas anteriormente expuestas. En el sector educativo uno de los componentes del PESCC es la gestión para la sostenibilidad que incluye entre sus acciones la intersectorialidad, con el fin de buscar alianzas y potenciar los proyectos de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, así como el posicionamiento de la temática en la agenda y en los planes de desarrollo locales y departamentales.²⁰

Por su parte en el sector salud, en la PSSR se priorizó la coordinación intersectorial e interinstitucional, con el fin de “generar mecanismos de coordinación, alianzas estratégicas y potenciar los recursos de las distintas entidades y niveles del Estado (nacional, territorial y local) alrededor de agendas comunes que permitieran superar la duplicidad y desarticulación de las acciones y lograr mejor eficacia de las intervenciones”.¹²

Las acciones de coordinación intersectorial e interinstitucional planteadas en cada una de las líneas de acción de la PSSR estaban principalmente dirigidas a promover la transformación y fortalecimiento de prácticas de la población y la educación sobre: maternidad segura, el uso de métodos de planificación familiar, el inicio de relaciones sexuales, el desarrollo de una sexualidad satisfactoria, libre y responsable, la prevención del embarazo en adolescentes, la prevención y atención integral de la violencia intrafamiliar y sexual, la detección precoz y atención del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención del VIH y sida a través de la educación formal en los proyectos de educación sexual formulados de forma participativa, y de la educación informal -medios de comunicación-. Acciones dirigidas principalmente a jóvenes, mujeres y profesionales de la salud (Anexo 2).¹²

Posteriormente, la intersectorialidad fue incorporada en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, como una de las estrategias prioritarias en la línea de política de promoción de la salud y de la calidad de vida para el objetivo de salud sexual y reproductiva. Se planteó entonces como su objetivo la generación de “mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud sexual y reproductiva y el control social de la PSSR, y en la realización de abogacía para el desarrollo en instituciones educativas de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorecieran el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural”.¹⁴

También fue uno de los ejes priorizados por el Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/sida 2004 a 2007, y es uno de los ejes transversales del actual Plan 2008 a 2011 en el cual se han propuesto acciones de coordinación con varias instituciones de varios sectores^b sobre:

b Entre estos sectores están: MEN, Acción Social, Defensoría del Pueblo, ICBF, Procuraduría, Contraloría, Ministerio de Comunicaciones, Agencias de Cooperación Internacional, ONG, organizaciones, redes y grupos de la sociedad civil.

educación en DSR, sexualidad, derechos en el SGSSS, veedurías ciudadanas; atención de población vulnerable como la población desplazada y niños y niñas huérfanos o afectados; la priorización para el acceso a subsidios económicos, proyectos productivos y de generación de ingresos para mujeres y jóvenes afectados; derechos laborales; fortalecimiento a los grupos, organizaciones y redes en las principales ciudades, estrategias de movilización y comunicación para disminución del estigma, observatorio del VIH/sida, entre otras.¹⁷

Los escenarios de intersectorialidad para la promoción de los DSR

El país contaba hasta antes de la experiencia objeto de esta sistematización con varios escenarios intersectoriales de ámbito nacional y local relacionados con el tema de los DSR. En el ámbito nacional con el Consejo Nacional de Sida (CONASIDA), la Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud (MINAJU), la Mesa Interinstitucional para Erradicar la Violencia contra las Mujeres,^c el Comité Interinstitucional de Lucha contra la Trata de Personas^d y en el ámbito territorial el trabajo intersectorial en el tema se ha dado en el marco de los concejos municipales de política social, los comités de salud sexual y reproductiva, los mecanismos de coordinación a escala municipal, los equipos técnicos regionales del PESCC, entre otros.

La MINAJU comenzó a funcionar desde 2007, con el fin de coordinar las acciones dirigidas a la prevención del embarazo en adolescentes. En este espacio participaban todas las instituciones del nivel nacional que realizan acciones con adolescentes y jóvenes, como MPS, MEN, MINTIC, ICBF, Consejería de Programas Especiales de la Presidencia, Programa Presidencial Colombia Joven, SENA y la Secretaría Técnica estaba a cargo del UNFPA.²¹

Los Equipos Técnicos Regionales son liderados por las secretarías de educación y “está conformado por los sectores de protección, bienestar, desarrollo e integración social, universidades, escuelas normales superiores y otras organizaciones no gubernamentales”, con el fin de facilitar la “implementación, expansión, sostenibilidad y seguimiento del Programa”. Esta labor la cumple a través de la revisión conceptual y pedagógica del programa que le permita acompañar y realizar formación permanente a las Mesas de Trabajo conformadas por cada institución educativa para la implantación del PESCC.^{10, 22}

Varias de las acciones planteadas en el plan de trabajo de la MINAJU fueron incluidas en el marco del convenio 620 entre el MPS y el UNFPA que se desarrolló durante 2010 y cuyo objetivo general era “desarrollar acciones de promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva, en grupos de mayor vulnerabilidad, para la prevención del embarazo en

c Este escenario fue creado mediante Decreto 164 del 25 de enero de 2010, de la Presidencia de la República, cuenta con la participación de los Ministerios de Interior y Justicia, Relaciones Exteriores, Defensa Nacional, Protección Social, Educación, Comunicaciones y Tecnologías de la Información, Cultura, y otras instituciones como el Departamento nacional de Planeación, la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, el ICBF y la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, la cual llevó la Secretaría Técnica en el primer año ya que ésta se definió como rotativa.

d De acuerdo con la Ley 985 de 2005, esta instancia es el organismo consultivo y de coordinación de las acciones del Estado a través de la Estrategia Nacional Integral contra la Trata de las Personas y es liderado por el Ministerio del Interior.

adolescentes y el fortalecimiento de las acciones de información, educación y movilización social en salud sexual y reproductiva”.²³ Para el desarrollo de este convenio los socios directos fueron el MEN y la Consejería de Programas Especiales de la Presidencia.

Dentro de la línea de fortalecimiento de la coordinación intersectorial de dicho convenio, cuyo objetivo es “diseñar, desarrollar, implementar y fortalecer estrategias de coordinación intersectorial entre salud, educación y procesos de desarrollo social, que faciliten la integración en los niveles nacional regional y local de las competencias, las rutas de atención y la formación del recurso humano necesario para responder a las necesidades y vacíos en SSR y derechos sexuales y reproductivos”, uno de los productos que se planteó en esta línea, fue la elaboración de una propuesta de modelo de coordinación intersectorial principalmente entre el MPS y el MEN, que sustentara la formulación de una propuesta de acto administrativo que asegurara el respaldo desde el punto de vista político a los desarrollos de la perspectiva intersectorial en el campo de la promoción y de la garantía de los DSRen Colombia,¹⁶ lo cual se documenta en la presente sistematización.

La situación de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia

Dado que una de las dimensiones de garantía de los derechos sexuales y reproductivos se encuentra en el campo de la salud y, en particular, de la salud sexual y reproductiva, a continuación se presentan algunos datos que permiten su contextualización.

Aunque los indicadores promedio de fecundidad y natalidad han disminuido en el país en los últimos veinte años, existen diferenciales superiores en departamentos como el Chocó, la Guajira y en la Región Amazónica. Por otro lado, el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en los últimos cinco años no ha aumentado, lo cual sigue constituyendo un reto. Igualmente, un comportamiento diferencial de la fecundidad se da entre las adolescentes que ha aumentado en casi 30% para el mismo período y es mayor entre las mujeres que son desplazadas, que viven en zona rural, con bajos ingresos y sin educación (cuadro 1).²⁴

“En 2005 se observó una proporción de 21% de mujeres adolescentes que ya son madres o están embarazadas de su primer hija o hijo. En los últimos quince años se duplicó el número de mujeres de entre 15 a 19 años de edad que han estado embarazadas (10% en 1990, 19,7% en 2000). El análisis de la incidencia de embarazos en adolescencia demuestra que 15% fueron reportados como embarazos no deseados, 42% fueron reportados como embarazos deseados y 43% fueron aceptados, pero no deseados (embarazo inoportuno), y la tercera parte de las adolescentes entrevistadas no desea tener más hijos”.²⁴

Esta última situación puede ser explicada por varios determinantes: el acceso limitado a la educación de jóvenes; el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales que es más rápido en mujeres sin educación; el bajo uso de métodos de planificación familiar de manera que del 30% de las adolescentes de entre 15 a 19 años de edad no los usan por oposición de la pareja (12%), barreras de acceso incluyendo las económicas (11%) y falta de conocimiento (7%), y el uso inadecuado de los métodos que se refleja en los indicadores de falla, declarado por 19% de las adolescentes y por lo cual quedaron en embarazo y que, de acuerdo con el tipo

de método fue de 22% para el retiro, 22% para el ritmo, 7,5% para la píldora, 6,7% para la inyección y 4,5% para el condón.²⁴

Cuadro 1

Situación de salud sexual y reproductiva en Colombia 1985-2010

Indicador	1985-1990	2005-2010
Demográficos		
Tasa general de fecundidad (x 1000 mujeres en edad fértil)	112.6	74.6
Tasa de fecundidad en adolescentes (x 1000)	70	90
Tasa global de fecundidad (x mujer)	3,33	2,45
Tasa de natalidad (x 1000 hab)	28,8	19,8
Salud sexual y reproductiva		
Razón de mortalidad materna (x 100.000 nacidos vivos)	105	73,1
Proporción de mujeres		
Edad de inicio de relaciones sexuales (25 a 49 años)	19,3	18,3
Conocimiento de métodos de planificación familiar	100	99.8
Uso actual de métodos de planificación familiar		
Mujeres casadas o unidas	77	78
Mujeres sin unión, pero sexualmente activas	84	81
Mujeres adolescentes casadas o unidas	57	57
Mujeres adolescentes sin unión, pero sexualmente activas	81	
Cobertura de control prenatal		
Médico	91	95
Enfermera	87	87
Partera	4	7
		0.2
Cantidad de controles prenatales		
Ninguna	9	6.4
1	10 (1 a 3)	1.4
2-3		7.7
Más de 4	81	83.1
Mes de la gestación de inicio del control prenatal		
Menos del 4 mes	85% (Menos del 5)	70.5
4-5	& (Más de 6)	17.2
6-7		4.8
Más del 8		0.9
Cobertura de parto institucional		
Médico	88	92
Enfermera	82.7	87.5
Partera	3.7	3.2
	8.7	5.7
Cobertura de citología cérvico uterina por frecuencia de realización (18 a 49 años de edad)		
1 vez/año		47.5
Más de 1 vez/año		13
Cada 2 años	SD	4.2
Rara vez		21.6
Una vez en la vida		13.1

Fuente: Colombia. DANE. Indicadores demográficos 1985-2020. Disponible en: www.dane.gov.co, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000 y 2005. Disponible en: www.profamilia.org, SD= Sin dato

Respecto a la situación de salud materna la razón de mortalidad materna disminuyó más de la mitad entre 2000 y 2008 (de 105 a 59 por 100.000 nacidos vivos).²⁵ Estas muertes fueron ocasionadas por complicaciones hipertensivas (45 %), hemorragias peri y pos parto (26,8%), abortos y sus complicaciones (10.2%) e infecciones (7%), causas que están relacionadas con la calidad de la atención prenatal, del parto y del puerperio.²⁴ Aunque la cobertura de control prenatal por personal profesional aumentó alcanzando 95% en 2005, todavía la cobertura no es completa y sigue siendo un reto mejorar el mes del embarazo en el que se inicia el control prenatal, la cantidad de controles prenatales especialmente en zonas rurales y la calidad de la atención brindada. Igualmente, la atención del parto ha aumentado, pero sigue siendo menor en regiones como el litoral del Pacífico donde no supera 60%, y de las mujeres cuyo parto fue domiciliario solamente 25% tuvo atención durante el puerperio (cuadro 1).

“En lo referente al VIH, Colombia tiene una epidemia concentrada; de acuerdo con la clasificación internacionalmente aceptada se han reportado 62.324 casos de infección por el VIH/sida, acumulados desde 1983 cuando se diagnosticó el primer caso. Esta cifra corresponde a los casos notificados acumulados con corte al 14 de octubre de 2008. Las estimaciones de casos a 2008 están entre 160.000 y 200.000 casos. La diferencia entre lo reportado y lo estimado principalmente se debe a que muchas personas infectadas aún no se han diagnosticado por diferentes motivos”.²⁴ En el año 2008 murieron 2392 personas por el VIH/sida.²⁶

Respecto a la detección precoz y al tratamiento oportuno del cáncer de seno y del cáncer del cuello uterino continúan siendo un reto, teniendo en cuenta que constituyeron la primera y segunda causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres de entre 40 a 64 años de edad y la primera y tercera causa de mortalidad general por neoplasia, respectivamente, ubicándolas entre las diez primeras causas de mortalidad de las mujeres mayores de 20 años de edad con tasas de 17 y 13 por cada 100.000 mujeres.²⁷ En 2005 la cobertura en la toma de la citología del cuello uterino alguna vez en la vida fue de 85% y solamente la mitad de las mujeres se la realizan con una frecuencia de dos años o menos, siendo menor en áreas rurales y entre mujeres sin educación. Solamente 4% de las mujeres no reclamaron el resultado de su citología, algunas porque no quisieron y otras porque la institución no se las entregó. Entre quienes la reclamaron a 9% les resultó anormal, y de estas mujeres 31% no volvió a una nueva consulta, resultado preocupante en las de menor ingreso y quienes no volvieron a consulta por falta de recursos económicos.²⁶

Frente a la detección temprana del cáncer de seno, el autoexamen de éste solamente se lo ha realizado 53% de las mujeres de entre 18 a 69 años de edad. El examen clínico de seno en los últimos cinco años sólo se le ha practicado a 38% y la mamografía a 15%. Llama la atención que la mitad de las mujeres mayores de 50 años de edad no se han hecho la mamografía o porque no se las han ordenado o porque no consideran que es necesario. Entre quienes se la hicieron resultó anormal para 10% y 1% de estas mujeres no consultaron nuevamente.²⁶

Otra situación preocupante en relación con los DSR es la violencia creciente de diferente tipo, física o psicológica ejercida contra la mujer o el hombre por parte de su pareja o expareja. Así, entre 2004 y 2008, el 90% de los casos notificados (206.735) fueron de agresión contra las mujeres y 10% fueron en contra de los hombres por parte de su pareja o expareja, pasando entre 2004 y 2009 de 32 208 a 54 192 casos de mujeres afectadas, lo cual corresponde a tasas de 188 a 238 por cada 100.000 mujeres. Esta situación fue mayor entre mujeres jóvenes de entre 20 a 33 años de edad (60% del total de casos) y con menor educación que se relaciona con las posibilidades de independencia económica. Asimismo la ENDS 2005 encontró que 39% de las mujeres han sido violentadas físicamente por su pareja y 76% de estas mujeres

nunca ha buscando ayuda.²⁶ Estas situaciones son producidas por la intolerancia, el machismo, los celos, la infidelidad y por el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol o drogas y ocurren la mayoría de las veces en el interior de los hogares.^{27, 28}

Igualmente es preocupante, dentro de la violencia física, la de tipo sexual que también ha venido en aumento, al pasar de 13 552 a 21 612 casos notificados entre 2004 y 2009 lo que corresponde a una tasa de 33,2 a 48,5 por 100.000 habitantes. De los 11 9437 casos notificados en ese período, 76% de las víctimas fueron mujeres, de las cuales más de 80% sucedieron en menores de 18 años de edad, principalmente en niñas de entre 10 a 14 años de edad; 36% de las mujeres fueron agredidas sexualmente por algún miembro de su familia; y 64% de los casos ocurrieron en la misma vivienda de la víctima. En este mismo período 645 mujeres fueron víctimas de violencia sexual en casos asociados a contextos de violencia sociopolítica y a prácticas tales como secuestro y acciones bélicas.^{29, 30} Según la ENDS de 2005 el 6% de las mujeres encuestadas alguna vez han sido abusadas sexualmente.²⁵ La situación de violencia es alarmante porque aunque ha mejorado la denuncia que puede explicar el aumento de los casos; muchas "víctimas no denuncian porque les da vergüenza, no tienen apoyo, no les creen y falta respuesta adecuada por parte de las entidades encargadas de atenderlos o atenderlas".²⁴

Reconstrucción de la experiencia

Si bien en este capítulo se presentará en detalle el proceso de la experiencia intersectorial para la promoción y garantía de los DSR, esta recuperación de la experiencia tendrá como actores clave a los sectores de salud y educación, cuyo vínculo se ha mantenido a lo largo de los años para distintos temas.

El acercamiento intersectorial en la Mesa Intersectorial Nacional de Adolescencia y Juventud - MINAJU

Entre los elementos más importantes y determinantes, que condujeron sin duda a la consolidación de apuestas intersectoriales en torno a los derechos sexuales y reproductivos fueron la existencia de una política de salud sexual y reproductiva y la exigencia de introducir elementos de educación sexual en los planes educativos; estos dos mandatos legales convocaron de manera implícita no solamente al trabajo conjunto entre salud y educación, sino con otros sectores sociales que determinarían el logro de las metas, *“para nosotros, es muy importante que exista una política de salud sexual y reproductiva en el país...eso es fundamental...para nosotros siempre fue claro como ministerio, pues la Ley General de Educación nos dice que tenemos que desarrollar proyectos de educación sexual; y para nosotros, era claro que el tema de la sexualidad era un tema que no podía abordar el Ministerio de Educación solo - no era un tema que convocaba a un solo sector, sino que era fundamental trabajar de la mano con Protección Social...para nosotros siempre fue muy claro eso”*.³¹

El otro elemento central fue la problemática del embarazo en adolescentes que venía en franco ascenso entre la población colombiana y aunque no estaba aún concebido como un problema de trascendencia política y no existía aún la política de infancia, adolescencia y juventud, sí estaba permitiendo reflexiones institucionales especialmente respecto a la manera cómo se podría actuar para disminuir la situación: *“el esfuerzo inicia por la pregunta ¿cómo podemos evitar el embarazo en la adolescencia?, porque estamos claras y claros de que el embarazo en la adolescencia no es un problema que se genere por deficiencias específicas del sector salud?”*³²

Ya desde el CONPES de 2005 se había previsto la necesidad de generar un sistema intersectorial para alcanzar los objetivos y metas para 2015. En aquellos relacionados con los DSR y la SSR el país se comprometió a implementar y mantener en operación una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer; así como adelantar acciones intersectoriales a favor de la capacidad de intervención autónoma y del empoderamiento de las mujeres en el contexto familiar y social; y la implementación y mantenimiento de un plan intersectorial para la prevención y control de la epidemia del VIH en el país, que incluye entre otras opciones la

implementación de programas entre adolescentes y jóvenes con participación intersectorial y comunitaria.¹³

Una vez instalada la MINAJU, los avances iniciales estuvieron dados en torno a conocer los quehaceres institucionales, sin que existiera aún una ruta específica y concreta acerca de las maneras como habría de articularse el trabajo y, menos aún, de una perspectiva intersectorial propiamente dicha.

*“(...) ese avance inicial fue conocer, acercarnos a conocer todos, lo que muchas de las instituciones están haciendo... dimos información, qué hacíamos, dónde lo hacíamos, y se inicia, entonces, ese es el primer avance... no es fácil, porque las instituciones sí jugamos a promover, y en cierto sentido también a defender lo que hacemos, con cada institución (...)”.*³³

Hubo dedicación a la comprensión de la intersectorialidad y a espacios reflexivos destinados a desarrollar una propuesta de trabajo que trascendiera la mera suma de acciones desde cada uno de los sectores participantes: *“lo que siempre estuvo sobre el tapete era la necesidad de mirar qué entendíamos por la intersectorialidad y la importancia de mirar la articulación de acciones entre las instituciones, más allá de la suma, que es un poco pensar en qué estamos entendiendo por intersectorialidad. La intersectorialidad no es que estemos un poco de instituciones sentadas en un mismo espacio; la intersectorialidad se construye a partir de la construcción de propósitos comunes, y de cómo le aportamos entre todos a la construcción de esos propósitos comunes, y qué es lo que es común y nos une a todos en el proceso”*³¹

Durante las primeras etapas de desarrollo el proceso enfatizó en coordinar desde las acciones que cada institución o sector lideraba y aunque se dieron discusiones de carácter técnico y político respecto al rol del proceso, el sentido que se otorgó para la participación en este proceso estuvo anclado a lo institucional y las decisiones se tomaron desde un sentido práctico, sin conducción estratégica o metodológica, sino más bien apelando a la perspectiva de quienes actuaban en representación de las instituciones.

*“Yo creo que ese trabajo es un proceso de aprendizaje, también la disposición, y desde donde las personas que representan a las instituciones se paran para articularse con el otro”.*³³

Evidentemente, aunque ya estaba cursando el inicio de un proceso de coordinación intersectorial, aún era muy marcada la actuación desde perspectivas sectoriales, con diferencias de poder y con procedimientos espontáneos para la actuación conjunta, evidenciando una carencia que fue reconocida en el mismo espacio y para la cual se comenzó a plantear la necesidad de construir un modelo de gestión integral intersectorial, propuesta que fue incluida posteriormente en el Convenio 620, para ser desarrollada en el marco del mismo.

—
*“...tuvimos instituciones que fueron flotantes, entraban y salían... y cuando volvían a entrar, entraban otras personas de esas instituciones; entonces, era un permanente retroceso, era un permanente ir y volver... entonces nos tocaba volver a empezar otra vez, y eso significa un desgaste muy grande”.*³³

No obstante esta dinámica predominantemente institucional y sectorial, las tensiones propias del proceso, la participación fluctuante de los actores y la inexistencia de una base procedimental propia para el proceso – elementos que conjugados representaron para el proceso una dinámica lenta y desgastante –, también se logró generar procesos reflexivos en torno a la necesidad de dar respuestas frente a problemáticas de territorios específicos o con particularidades de contexto: *“(...) esto también tiene como un antecedente, de sentarse a la mesa*

*diferentes instituciones, para ver qué hacer en los municipios más alejados (...)*³³ y en este proceso empezaron a hacerse evidentes algunas limitaciones, por ejemplo, la complejidad que implicaba asumir las responsabilidades en equipos humanos limitados algunas veces a una sola persona, lo que se constituye desde este momento en uno de los aprendizajes y retos para procesos similares.

Estas primeras etapas del proceso intersectorial en DSR giró inicialmente en torno al embarazo en adolescentes y temas asociados como los derechos de los y de las jóvenes en general o los temas acerca del consumo de sustancias psico-activas, los cuales fueron tratados en una serie de reuniones que permitieron ir consolidando lazos de confianza entre los representantes de las distintas instituciones participantes, lo que a su vez facilitó empezar a apuntalar una agenda temática, con enfoque poblacional y que se orientaba también a definir un enfoque territorial; en este sentido, un primer acuerdo obtenido fue el de centrar la atención en los grupos de jóvenes y adolescentes: *“(...)centrémonos entonces en promoción para jóvenes y adolescentes; digamos, esa fue la primera cosa en la que llegamos como a un acuerdo en la mesa...”*³¹

A lo largo de este proceso previo que transcurre en la MINAJU hubo limitaciones relacionadas con el contexto, sectoriales, con los actores participantes del proceso y técnicas, sobre las cuales es conveniente profundizar pues determinaron en gran medida la manera como cursó el proceso antes de lograr consolidar una primera aproximación al plan estratégico intersectorial. Sin embargo, y aun en medio de tales limitaciones, la voluntad de los actores participantes y la facilitación de un actor mediador con capacidad técnica, permitieron reflexiones y algunos avances especialmente para encontrar alternativas de llegada a los territorios de manera coordinada; *“por dónde entrar, lo planteamos desde lo metodológico, desde lo operativo, y planteándonos preguntas, cómo entramos a un departamento juntos, por lo menos tres entidades que fuimos las que siempre estuvimos ahí sentados en la mesa”*³³

Surgió aquí una reiterada situación, que luego se traduce como una dificultad en el proceso, y fue la ausencia de una ruta o plan de acción que otorgara sentido a quienes participaban del proceso, pues implicó cierto letargo en la evolución de esta primera etapa de la experiencia, *“(...)veníamos en una inercia, yo le digo, como una inercia, en una mesa intersectorial que se reunía, que hicimos muchos esfuerzos de planeación; el UNFPA nos hizo talleres, en las instituciones presentábamos lo que veníamos haciendo; pero eso era una cosa, como que uno no le veía que se concretara en nada”*³¹

Dicha inercia implicó, en la experiencia de coordinación intersectorial, un tiempo necesario de reflexión mutua que posteriormente llevaría a la decisión de la formulación de un plan estratégico: *“la falta de concreción, de tener una agenda clara, de tener unos alcances claros de lo que las instancias deben hacer, unos productos definidos, unas corresponsabilidades claras y que tengan sentido para lo que se viene haciendo(...)”*³¹ aspecto que será retomado más adelante, en el momento de proponer las recomendaciones para la nueva dinámica que se genera con la creación de la CNI.

Otra limitante significativa fue la ausencia de actores fundamentales para la puesta en marcha de acciones tanto desde la identificación y detección temprana de situaciones problemáticas, como de la oportunidad para las acciones preventivas y de respuesta institucional y, más aún, para las acciones de promoción de los derechos y la protección específica de poblaciones con factores de vulnerabilidad específicos; tal es el caso de algunos actores cuya presencia fue intermitente, lo que restó la posibilidad de articular procesos y acciones específicas según

competencias: “(...) alguien con capacidad de decisión permanente en la mesa para que se articularan sus procesos porque, además, trabajan con adolescentes, trabajan con jóvenes, han construido herramientas en derechos sexuales y reproductivos(...)”.³³

Una tercera dificultad está anclada a ciertas lógicas del quehacer institucional en cuanto a la rendición de cuentas, cuya práctica podría llegar a ser reactiva y, por lo tanto, no facilitadora del proceso; este aspecto significó un obstáculo a la hora de construir de manera estructurada y concertada: “*pues realmente creo que siempre es políticamente correcto, la mayoría como se resuelve, no directamente, sí? (...) se llega a las reuniones, con un arsenal de soportes para responder muy reactivamente*”.³³

Otra gran limitante está relacionada con la propia estructura de los sectores representados en la MINAJU, puesto que al interior de los ministerios hay distintas dependencias y en algunos casos más de una dependencia o área está acudiendo a escenarios intersectoriales de temas relacionados con el campo de los DSR, así sucede con el MPS, en el cual existen las Subdirecciones de Salud Pública y de Promoción Social, desde donde se acude a instancias distintas de temáticas relacionadas con los DSR; en este sentido, sería indispensable que existiera una lógica dialógica entre las dependencias para llevar posturas únicas y armónicas a los distintos escenarios intersectoriales que ayude a posicionar una única agenda – la de los DSR, desde todas sus aristas.

“(...) son dos direcciones que asisten a instancias distintas, con aspectos que deberían ponerse en diálogo y entrar en conjunto... esas son cosas que pasan no solamente allá; en todos los ministerios tenemos problemas de coordinación y de articulación entre las dependencias (...)”.³¹

La concreción de un plan estratégico en la MINAJU

A partir de 2008, después de un ejercicio de planeación estratégica intersectorial, se redefinió la misión de la Mesa, con el fin de que sirviera para “la implementación de políticas públicas en favor de adolescentes y jóvenes, especialmente de poblaciones vulnerables, a través de estrategias interinstitucionales y coordinadas, orientadas a asegurar la afirmación de sus derechos y su inclusión social y laboral”, para lo cual tiene como objetivo “generar estrategias de coordinación y articulación de las políticas sectoriales que permitieran aumentar la cobertura y mejorar el impacto y calidad de los servicios para jóvenes y adolescentes” y que les permitieran el ejercicio de sus derechos.¹⁷

Uno de los elementos de tensión identificado en esta fase del proceso corresponde a una práctica que suele ser cotidiana en las realidades institucionales tradicionales, como es el protagonismo institucional individual, que termina siendo un obstáculo para el proceso de coordinación intersectorial.

“(...) los problemas de todas las instituciones, de los liderazgos, de los protagonismos, de que la ley dice que tengo que hacer esto... el problema del protagonismo de las entidades y de la cosa misional, ¿de quién es responsable de qué?”.³¹

Sin embargo, en medio de esta dificultad que subyace en el proceso, los y las participantes del mismo inician la redefinición misional de la mesa, la cual estuvo precedida por la

movilización de voluntades personales e institucionales de los actores partícipes, quienes optan por flexibilizar tensiones existentes y se dedican a identificar vinculaciones entre el que hacer propio y las políticas o directrices de otros sectores, facilitando así la coordinación. Esta mirada hacia las políticas estuvo dirigida particularmente hacia el sector salud, el que lidera las políticas de salud sexual y reproductiva.

*“(…)el hecho de que el Ministerio de la Protección Social sea excelente rector de la política de la salud sexual y reproductiva y de las políticas de salud pública...para nosotros era claro que si el Ministerio estaba trabajando en educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, ese programa debía estar articulado con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”.*³¹

En este contexto, y a partir de la mencionada re-definición misional de la Mesa, se fijaron como líneas estratégicas y estrategias de la MINAJU las siguientes:

Cuadro 2

Plan Estratégico de la Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud, 2008-2012

Línea estratégica	Estrategias
Promoción de los derechos	<p>Desarrollar estrategias intersectoriales de comunicación y movilización social para mejorar el conocimiento sobre derechos humanos (DH), salud sexual y reproductiva (SSR) y servicios, medios de comunicación y adolescencia y juventud (A&J)</p> <p>Diseñar e implementar un modelo de promoción de DH y SSR en los programas de educación no formal y superior.</p> <p>Garantizar la incorporación del enfoque de DSR a través de alianzas con sectores de cultura, recreación, deporte, entre otros, para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes.</p>
Superación de la pobreza	<p>Identificar la oferta pública y privada relacionada con el desarrollo de adolescentes y jóvenes para ampliar la gama de oportunidades y socializarla con ellos y ellas.</p> <p>Elaborar una estrategia de articulación y alianza entre la oferta pública y privada y las acciones de adolescentes y jóvenes para agenciar las oportunidades juveniles.</p>
Calidad de los servicios	<p>Identificar y caracterizar la oferta de servicios de salud, educación, cultura y desarrollo social para adolescentes y jóvenes.</p> <p>Estrategia de información y socialización sobre la gama de servicios orientados a adolescentes y jóvenes, con enfoque diferencial.</p> <p>Identificar brechas y barreras de acceso a servicios de salud, educación, cultura y desarrollo social.</p> <p>Abogar con las instituciones prestadoras de los servicios mencionados para la adopción de estrategias integrales de mejoramiento de la calidad</p> <p>Fortalecer y articular servicios básicos y diferenciados para la garantía y el ejercicio de los derechos de adolescentes y jóvenes.</p>
Participación social	<p>Identificar las apuestas institucionales que se tienen frente a la participación de adolescentes y jóvenes.</p> <p>Diseñar estrategias edu-comunicativas diferenciadas para adolescentes y jóvenes.</p> <p>Abogar por el diseño y adopción de una estrategia institucional para promover la participación efectiva de jóvenes en los procesos de diseño, priorización, monitoreo y evaluación de programas.</p>
Organización interna de la MINAJU	<p>Establecer los mecanismos necesarios para promover una agenda política, programática y técnica con las instancias de coordinación de la Mesa.</p>

Fuente: Colombia. Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud. Plataforma estratégica. 2008

Para el desarrollo de este plan estratégico la MINAJU en su Plan de Acción de 2009 a 2010 priorizó la acción en tres ámbitos:

1. El intercambio de información y conocimiento que incluye la generación de una plataforma conceptual, programática, de comunicación y gestión de la mesa sobre los DSR, la generación de alianzas con actores nacionales, locales e internacionales para el intercambio de información que permita construir sinergias y el reconocimiento de buenas prácticas de trabajo con jóvenes adelantadas en el marco de la mesa.
2. La incidencia política y la movilización social para visibilizar los temas priorizados en la opinión pública y el diseño de procesos de comunicación y movilización social que promuevan el ejercicio individual y colectivo de los DSR.
3. Las acciones territoriales a través del desarrollo de un modelo de trabajo intersectorial.³⁴

El contenido de este plan de acción y la visión propia de los actores participantes, respecto a esta etapa de la experiencia intersectorial, coinciden en destacar la apuesta institucional sin que aún se dieran mayores desarrollos en el diálogo necesario entre las instituciones y la sociedad civil; aunque se tenía claramente identificada la importancia de la movilización y de la participación social, como uno de los ejes estratégicos a la hora de dinamizar procesos intersectoriales exitosos; sin embargo, para esta etapa aún no era evidente la manera como se daría este diálogo: “(...) uno de los puntos más importantes que la mesa retoma es la participación social, porque todos los sectores la retoman como una de sus grandes estrategias... la participación social es un concepto y un hacer que ‘junta’ a los sectores... todos reconocen la importancia de esa línea como una estrategia válida para el desarrollo y todos reconocen la necesidad de apropiarla de la mejor manera, porque somos deficientes en esa línea (...)”³²

De este primer momento de la experiencia intersectorial se derivan logros significativos, tanto para el relacionamiento sobre una base de confianza entre los actores, particularmente de salud y educación, como frente al abordaje de temáticas y poblaciones para las cuales se estructuran y desarrollan las acciones coordinadas intersectorialmente.

*“ha sido un proceso que yo lo siento como un proceso donde hemos ganado mucho, donde el ministerio, los dos ministerios hemos como aprendido a conocer las competencias y alcances de cada uno; a clarificar la importancia de mirar todo este tema de promoción... parado más en enfoque de capacidades, de desarrollar capacidades... entonces, eso nos ha permitido superar la visión de riesgo... empezar a tener la mirada de la joven y de la adolescente, no como una joven que está en riesgo, sino que también tiene capacidades(...)”*³¹

En este proceso, igualmente se reconoce como un elemento favorable para el proceso el contar con una institución que actuó como catalizadora y facilitadora de acuerdos, en un rol de mediación también en la construcción de lazos de confianza, todo lo cual facilita también la apertura hacia enfoques y racionalidades distintas entre los sectores.

*“la ventaja que tuvimos ahí era que tanto protección social como educación veníamos trabajando en convenios con el Fondo de Población... entonces, esa alianza conjunta donde estaba el Fondo de Población nos permitió como acercarnos más.”*³¹

A lo largo de la experiencia, los actores participantes fueron reconociendo el rol que podía jugar cada uno de los sectores y fueron generándose aprendizajes mutuos que favorecieron la acción coordinada y el ejercicio prospectivo que se plasma en los desarrollos de esta experiencia.

*“el aprendizaje de poder sentarse a mirar juntos...el aprendizaje que hace al interior cada sector, de los aportes que el otro, que los otros sectores le hacen... me explico, educación aprende cómo muchas veces la mirada de salud es importante no por lo que salud enseñe o pueda decir en la escuela, sino por lo que salud pueda ayudar a movilizar también, en la parte decisoria, en la formación de políticas más coherentes, y también en la resolución digamos de algunas preguntas de tipo técnico...del conocimiento... el sector de comunicación, aprende las responsabilidades sociales que tiene con ciertos temas(...)”.*³¹

Este acumulado en la experiencia de la MINAJU y de los demás espacios generados en torno a la ejecución de proyectos conjuntos, sirvieron de base para la formulación y gestión del Convenio 620; en esta etapa, de formulación del Convenio, una vez más es reconocido el liderazgo no sólo político, sino técnico del sector salud, representado por el Ministerio de la Protección Social, el cual junto con el UNFPA se propone continuar movilizando respuestas integrales frente a las necesidades específicas de jóvenes y adolescentes en el campo de los DSR, *“(...) hicimos el Convenio recogiendo un enfoque conceptual histórico, un enfoque programático de allá (refiriéndose al enfoque del UNFPA), y una intención propia del país, que ya estaba maduro...y escribimos el Convenio 620, poniendo una línea específica de intersectorialidad, y manteniendo esta visión que ha sido del sector salud...que ha sido del conocimiento de salud, el que ha movilizado toda la respuesta integral que los jóvenes necesitan”.*³²

Una línea estratégica y central fue justamente la de fortalecimiento a la intersectorialidad, incorporada en el Convenio 620 y la cual tuvo como antesala un reconocimiento mutuo de los sectores, que se expresa en testimonios como el siguiente: *“(...) yo creo que fue un proceso muy enriquecedor para los dos ministerios, y de aprendizaje mutuo enorme; entonces, el hecho de que nosotros tengamos claridad, digamos, que las acciones de los sectores no se pueden hacer aisladas y que tienen que estar enmarcadas en política social, y que tenemos que trabajar de la mano los dos ministerios, pues fue fundamental y es fundamental para hacer el trabajo intersectorial”*,³¹ con lo cual se parte de reconocer como necesaria la generación de una base estructural, que para el Convenio 620 se previó desde varios elementos, entre ellos cuatro fundamentales para esta experiencia sistematizada:

- El levantamiento de un inventario de experiencias intersectoriales en el país y el mapa de competencias que a su vez sirvieran de insumo para la formulación de una propuesta de modelo de gestión y coordinación intersectorial en el campo de los derechos sexuales y reproductivos.
- La formulación de un marco ético que se conciba como la carta de navegación y acuerdo en un contexto legislativo del derecho nacional e internacional, para las actuaciones coordinadas intersectorialmente referidas a los derechos sexuales y reproductivos.
- Una propuesta de acto administrativo que permitiera sentar las bases de garantía institucional, superando los acuerdos movilizados únicamente desde las voluntades personales y permitiendo una base de sostenibilidad institucional al proceso.
- La creación de una estrategia de capacitación o formación, en la perspectiva intersectorial, con contenidos dirigidos a fortalecer capacidades y competencias en los DSR entre profesionales, técnicos y, en general, entre los actores sociales responsables de la promoción y garantía de los DSR en los municipios.

La intencionalidad de dar continuidad y solidez a los avances hasta ahora existentes en la MINAJU estuvo también visible en las discusiones del equipo técnico del Convenio 620, al momento de elaborar el plan de acción y encontrar las sinergias entre las líneas técnicas y

estratégicas del mismo: *“La mesa intersectorial de adolescencia y juventud es un escenario al que tendrá que llegar el Convenio, tanto para reunir insumos de contexto, para continuar las construcciones conceptuales que se venían dando en dicho escenario, como también para efectos de volcar y reproducir los productos del Convenio y hasta para validar los avances del mismo por lo menos en las líneas de fortalecimiento a grupos, organizaciones y redes, la de Fortalecimiento a la Intersectorialidad y la de Comunicaciones”*.^e

^e Texto tomado del documento inédito – archivo documental del Convenio 620. Construido a partir de las reuniones semanales del equipo técnico y elaborado en la línea de gestión del conocimiento

La creación de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia

Este segundo momento del proceso sucede en medio de un contexto político favorable, dado por la proximidad del cambio de gobierno nacional, lo cual representó la oportunidad para plasmar también logros y resultados para el gobierno saliente, lo que sumado a la convergencia de intereses y acciones de fortalecimiento intersectorial que venía, como se mencionó antes, desde diferentes experiencias y en particular desde la MINAJU facilitaron la adopción y sanción del Decreto 2968, del 6 de agosto de 2010, por el cual se creó la CNI para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia, como expresión máxima de las voluntades políticas para asumir intersectorialmente este reto.

“tiene que haber voluntad política, para que también estos procesos funcionen”³⁵

Con el Convenio 620 se dio paso a la gestión de la línea de fortalecimiento intersectorial, la cual tuvo una serie de acciones en la vía de aportar al país las bases estructurales mencionadas en el capítulo anterior. Se inició por la revisión exhaustiva de las competencias que tanto para el sector educativo, como para el sector de la protección social y de la salud, tenían las instituciones respecto a la promoción y garantía de los DSR en Colombia. Éste sería el anclaje desde el cual se sustentaría la institucionalización de un modelo, en la lógica de volverlo un instrumento útil y, además, apropiado según la normatividad vigente en el país. Es de anotar que aunque había en el convenio un reconocimiento de otros sectores de bienestar social que también cuentan con competencias específicas, el alcance que inicialmente se dio a este proceso fue específicamente sobre los sectores de salud y educación.

El otro aspecto central fue la identificación de experiencias intersectoriales, territoriales o locales, desde las cuales se pudieran obtener pistas, elementos y aprendizajes, de las posibilidades o distintas maneras para apropiarse la intersectorialidad en contextos específicos y realidades locales o regionales concretas, y así perfilar la formulación del modelo de coordinación intersectorial que incorporara aspectos operativos factibles en el campo de los DSR.

“lo primero que se piensa es recoger lo que los sectores están haciendo...mirar cómo, con todo el conocimiento que se tiene, en lo local hay una intersectorialidad operativa... entonces aquí el esfuerzo es recojamos eso, para poder hacer una mirada nacional, de modo que tengamos un marco intersectorial que les sirva, que se acomode a todos los contextos del país, y que les sirva a todos los sectores”³²

Con el fin de dar una lectura basada en criterios comunes a cada una de las experiencias identificadas se estructuró una propuesta de criterios básicos desde los cuales podrían recuperarse las experiencias de intersectorialidad (*cuadro 3*); tales criterios fueron indagados mediante un riguroso trabajo de campo que estuvo liderado en el Convenio por el coordinador de la Línea de Fortalecimiento a la Intersectorialidad, con el apoyo técnico de la coordinadora de la Línea de Gestión del Conocimiento del mismo Convenio; en este proceso se previó igualmente la participación de los socios del convenio (MEN, CPPE, MPS), así como del equipo técnico. El análisis de la información permitió encontrar puntos de encuentro y desencuentro según la propia mirada de los actores, lo cual contribuyó también en el proceso a comprender las racionalidades y lógicas sectoriales.

Cuadro 3

Criterios para la identificación de experiencias intersectoriales en derechos sexuales y reproductivos y en salud sexual y reproductiva

Criterio/categoría	Definición
Influencia en la agenda pública e institucional/ organizacional	Suma de influencias de los diversos actores sociales que forman el conjunto de sectores involucrados, para colocar las temáticas de DSR y SSR en la agenda pública e institucional. Alude a las acciones de “abogacía” que se desarrollan a favor de una causa, para colocarla en forma relevante en la agenda pública y en las políticas gubernamentales.
Articulación de los niveles (nacional/ departamental/municipal) y estructuras administrativas	Desarrollo de políticas públicas, para el caso los DSR y la SSR, donde las diversas instancias, áreas y niveles del gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil se involucren no sólo desde el discurso, sino también en acciones concretas y concertadas.
Participación en diagnóstico, planeamiento y evaluación	Planificar, programar y evaluar en forma coordinada, en pro de acciones sistemáticas tendientes a alcanzar los logros acordados en relación con la promoción de los DSR.
Fortalecimiento de habilidades, competencias y capacidades	Posibilidad de influir e incidir positivamente en el desarrollo de competencias personales y colectivas, acerca de temas de los DSR y la SSR desde diferentes perspectivas y con un enfoque integral, así como en el fortalecimiento de las capacidades locales.
Coordinación y financiamiento/ Gestión de recursos	Oportunidad concreta y concertada para aportar, gestionar y manejar recursos: humanos, materiales, de equipamiento, de infraestructura física, financieros, desde cada instancia sectorial o institucional y para beneficio del conjunto, en función de los objetivos consensuados alrededor de la promoción de los DSR.
Oferta y acceso a servicios	Coordinación de acciones conjuntas, complementarias o simultáneas de promoción, prevención o atención en los DSR y la SSR, especialmente en términos de facilitar y propiciar la oferta y el acceso a servicios.
Eficacia y efectividad de las intervenciones/ Integralidad de la respuesta	Reconocimiento del cabal cumplimiento de los objetivos consensuados y a los abordajes sistémicos, holísticos e integrales de las acciones desarrolladas por los sectores e instituciones involucradas en la promoción de los DSR y la SSR.
Expansión del espacio de acción	Capacidad demostrada del impacto y ampliación de cobertura de las acciones conjuntas, tanto desde el punto de vista de la amplitud del espectro disciplinario, como del alcance geográfico y de la diversidad de las estructuras institucionales. Se trasciende lo institucional en función de lo sinérgico.

Fuente: Archivo documental del proceso – Convenio 620 2009 – 2010 MPS/UNFPA

La ruta que se había previsto en el Convenio 620 era llegar a la formulación del modelo mediante un proceso de construcción colectiva, con participación de las regiones y de las instituciones del nivel nacional, y consideró que una vez propuesto tendría una fase de pilotaje en algún territorio seleccionado para, posterior a éste, realizar ajustes y proponer un esquema de acto administrativo que permitiera su adopción, dando fuerza y sostenibilidad administrativa al proceso.

“(...) eso fue lo que se diseñó, y como para darle sostenibilidad y forma se propuso que al final de haber construido una propuesta...y esa propuesta probada y validada, se sugeriría un decreto, un acto administrativo superior”.³²

Sin embargo, durante el desarrollo de la experiencia este propósito tuvo un giro determinante ante la coyuntura política que implicó la expedición del Decreto 2968 de 2010, antes aun de culminada la formulación del modelo; no obstante, la formulación del modelo continuó, esta vez proyectado como un insumo útil a ser discutido, validado y ajustado en el seno de la Comisión Intersectorial instaurada.

Durante el desarrollo del trabajo de campo y del acercamiento a las experiencias previamente identificadas se dio un diálogo con los actores partícipes de cada experiencia, y se fueron reconstruyendo los elementos más importantes y favorecedores para el accionar intersectorial, así como la identificación de aquellas limitantes que en el accionar intersectorial tuvieron cada una de estas experiencias. Este trabajo de acercamiento a las experiencias locales – territoriales, estuvo acompañado de la realización de algunas entrevistas a directivos y técnicos pertenecientes a los socios del Convenio 620.

“El proceso de recolección de información tuvo como propósito indagar y evidenciar los elementos que hacen posible o dificultan la intersectorialidad (especialmente en salud y educación), a través de las percepciones y experiencias que tienen los y las responsables de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en la localidad, con el fin de proponer un modelo de gestión integral intersectorial que sirva como punto de llegada a las entidades territoriales del país”.³⁵

De este proceso se elaboró una serie de análisis a distintos niveles, que permitieron caracterizar las experiencias intersectoriales, encontrando como grandes factores de favorabilidad para la intersectorialidad los siguientes:

- Contar con políticas públicas que incorporan el accionar intersectorial, y que se interpreta y se manifiesta en las regiones mediante la conformación de “Mesas Departamentales de Promoción y Articulación en Torno a los DSR”; si bien estas mesas no necesariamente garantizan una agenda intersectorial el que existan otorga favorabilidad al proceso mismo de coordinación, debiendo ser fortalecidas para este propósito.
- La existencia y dinamismo de las redes sociales, en las que se conjugan actores institucionales y comunitarios, que facilitan el encuentro entre actores y el diálogo tanto para la problematización como para la construcción de respuestas. Este elemento otorga favorabilidad, en tanto también se constituye en fuerza de presión sobre las instituciones.

Como elemento de tensión y limitante constante para el proceso de coordinación intersectorial se evidenció la recurrente expresión de “celos institucionales” y “micro-poderes”, así como la sobrecarga asistencial, con limitadas oportunidades para destinar tiempo suficiente a la coordinación, entendida más allá de la coordinación de actividades.

Se plantearon asimismo algunos retos, especialmente para el diálogo entre los niveles nacional, regional y local, unos de los cuales evidencian elementos de la capacidad local y regional, que requieren ser fortalecidos y que implican, como imperativo constante, el desarrollo de procesos de capacitación y formación, dirigidos al desarrollo de competencias y habilidades en las personas – funcionarios y en las instituciones; por ejemplo:

- La capacidad para ejercer la abogacía política ante los niveles decisores e instancias políticas, para lograr el posicionamiento no sólo de las temáticas de los DSR y de la SSR, sino del quehacer intersectorial propiamente; así está recomendado en el documento “Hacia la construcción de un modelo de coordinación intersectorial”. “Resulta urgente fortalecer a los equipos técnicos regionales y municipales en el desarrollo de acciones de gestión y abogacía ante las instancias gubernamentales de nivel departamental, para el reconocimiento del tema como prioritario en las agendas públicas de las diferentes instituciones que tienen competencias en relación con la promoción de los DSR”.³⁶
- La capacidad en la gestión y planeación estratégica con enfoque intersectorial, que permita una lectura comprensiva de las realidades y sus problemáticas en torno a los DSR y a la SSR, permitiendo al mismo tiempo la proyección de respuestas estructuradas intersectorialmente. Este reto se pudo constatar también durante la sistematización del PESCC (*Esta sistematización fue realizada en el marco del Convenio 620*) en la cual se encontró que *“en aquellas regiones en donde hay más relación con otros sectores y las acciones intersectoriales son consensuadas y operativizadas conjuntamente el Programa logra mayores niveles de desarrollo y profundidad y responde más adecuadamente a las necesidades de su territorio”*.
- Propiciar espacios de expansión mediante el desarrollo de encuentros de experiencias, que faciliten el intercambio de formas de actuación, de metodologías diversas y que permita reiterar y posicionar cada vez con mayor fuerza el enfoque intersectorial para la promoción y garantía de los DSR.

Algunos de estos elementos metodológicos y abordajes prácticos están ya planteados en el documento “Hacia la construcción de un modelo de gestión integral intersectorial para la promoción y garantía de los DSR, en el nivel regional y local”, proponiéndose ganancias en cuanto a complementariedades entre los sectores, expansión de los espacios de acción (disciplinares, geográficos e institucionales), sinergias y gestión intersectorial propiamente; al tiempo que enuncia aspectos prácticos del accionar intersectorial, como la provisión de información que recoja diferentes perspectivas y se traduzca en información integral, la asistencia técnica horizontal entre los sectores partícipes del proceso, la gestión y acción coordinada en todas sus etapas, la abogacía conjunta y sustentada, la gradualidad del proceso, entre otros elementos.³⁷

Durante la gestación del modelo se fue generando la herramienta de formación, con participación activa del MEN y, en particular, del equipo técnico del PESCC, quienes a partir del acumulado del proceso de formación de competencias ciudadanas, desarrollado en el PESCC, hicieron una significativa contribución para lograr, finalmente, concretar y poner en marcha el “Curso virtual para el desarrollo de competencias ciudadanas en la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos,” el cual estuvo dirigido a docentes, profesionales y técnicos del sector salud, organizaciones y actores de las redes sociales de apoyo.

Este curso virtual se convierte en una de las herramientas operativas dispuestas para facilitar la generación de capacidades locales mediante formación virtual, diseñado con una duración de 80 horas, distribuidas en 10 semanas y estructurado en tres grandes módulos conceptuales bajo la coordinación de seis tutores. Durante el desarrollo del Convenio 620 se puso a prueba y contó con la participación de 74 personas, entre jóvenes, mujeres y hombres, provenientes de diversas regiones del país y vinculados a instituciones de salud, de educación y a organizaciones, grupos o redes sociales de apoyo. Todas las personas participantes del proceso apoyaron la validación del curso, tanto para el enfoque pedagógico- metodológico, así como frente a su contenido conceptual.

Este curso virtual por sí mismo se constituye en una herramienta útil, de la cual podrá servirse la CNI, puesto que estuvo diseñado para ser aplicado en múltiples contextos y en diversas regiones; y, sobre todo, es útil a la hora de facilitar la construcción de capacidades básicas y la apertura inicial hacia el enfoque de derechos, como condición indispensable para la promoción y garantía de los DSR, y aunque su contenido modular incorpora las bases conceptuales y actitudinales frente a los DSR, y ubica el tema en el ámbito del ejercicio de la ciudadanía, los contenidos podrían robustecerse en la medida en la que el contexto así lo vaya exigiendo.

De forma simultánea a la gestación del modelo, y dada la necesidad identificada por los socios del Convenio de establecer un consenso básico de los mínimos y máximos en el campo de los DSR en un país que como Colombia se ha concebido como Estado Social de Derecho se dio paso a la construcción del marco ético, el cual se convirtió en una herramienta poderosa para el posicionamiento de los DSR entre los sectores del Estado.

“La construcción de un marco ético, es un poco, los elementos mínimos para educar en derechos, en un Estado social de derechos...es hacer un consenso mínimo, escribirlo y promulgarlo acerca de qué debemos tener en cuenta, éticamente hablando, cuando vamos a hablar de derechos sexuales y reproductivos en Colombia que es un Estado social de derechos...cualquier servidor público colombiano se tiene que comprometer con un consenso que le dice que es lo que usted debe entender cuando le hablan en Colombia de Estado social de derechos”.³²

Para esta construcción se realizó un encuentro de expertos nacionales e internacionales, con quienes se buscó obtener el acuerdo básico a la luz de los preceptos nacionales e internacionales en materia ética y política. El grupo de expertos se dio cita en un diálogo en el que participaron también los equipos técnicos vinculados a las instituciones socias del Convenio. De este diálogo se obtuvo como gran producto el documento “Marco Ético de los Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos – en el Contexto Nacional e Internacional”. Este proceso y el documento por sí mismo marcaron un importante hito en la discusión y reflexión para los servidores públicos, las instituciones y la sociedad en su conjunto en torno a la ética de los derechos sexuales y reproductivos; y otorga la posibilidad de un diálogo a partir de un consenso básico que es el que representa este documento.³⁸

“haber logrado la participación de los expertos, de personal de fuera del país, de gente del país pero, además, el momento de la reunión que me pareció que fue clave para los socios del convenio, yo siento que fue una reunión en donde la discusión permitió que los socios pudieran pensar y reflexionar más en relación con el enfoque de los derechos y con el tema ético”.³⁵

El Decreto 2968, su difusión y la prospectiva de la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Colombia

Como se mencionó al inicio de este capítulo, la creación del escenario intersectorial mediante un acto administrativo fue favorecida por la coyuntura política de la finalización del gobierno de turno en el país, lo que junto con la decisión política del alto gobierno, en el comité directivo del Convenio, permitió finalmente la expedición y sanción del Decreto 2968 por el cual se creó la Comisión Nacional Intersectorial de Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Un aspecto muy importante a resaltar en este proceso fue la manera como se llegó a la formulación del decreto, destacándose que previo a la sanción política del mismo hubo un proceso de coordinación que de entrada marca una diferencia significativa frente a otros espacios creados vía actos administrativos, en cuyos casos la mayoría de las veces han estado determinados por necesidades o coyunturas problemáticas desde el punto de vista social.

“(…) creemos que cada vez que hay un problema lo solucionamos sacando un decreto, y que por decreto estamos definiendo una resolución que diga que se tiene que crear una instancia de coordinación. Para mí, lo valioso del decreto es que es el resultado de un proceso, no el punto de partida de un proceso; entonces, el decreto responde ya a un proceso de coordinación que es incipiente, que le falta mucho, pero que ya tiene unas líneas y unas estrategias, y unas apuestas claras”.³¹

Al momento de proponerse la formulación del decreto subyacen entre los actores partícipes del proceso reflexiones que llevan a encontrar, de manera consciente, la importancia de lograr un acto administrativo que otorgue institucionalidad a los esfuerzos que casi de manera voluntaria se traían desde años atrás. *“Entonces, habíamos avanzado un camino muy importante, teníamos unos ejes claros, teníamos unas líneas claras, y teníamos el temor de la continuidad y de la institucionalidad de un proceso que nos había costado tanto. Realmente, para todos los que hemos participado en el proceso, para todos los que llevamos una historia larga ahí, de muchos años, pues esto era, por fin, ver que estábamos teniendo una cosa más clara, por fin ver que de verdad estábamos trabajando de la mano. Y ahora qué va a pasar?, entonces esa preocupación de ahora qué va a pasar, fue la que llevó a pensar en la importancia de tener un decreto que nos diera como un soporte institucional”.³¹*

Es así como la formulación misma del decreto transcurre por sí misma como un ejercicio hecho en la perspectiva intersectorial, con participación de los ministerios de Educación y de la Protección Social, y de los socios del Convenio 620, *“el decreto se hizo entre los dos ministerios, con el apoyo del Fondo de Población, y lo redactamos entre los dos ministerios; lo estuvimos revisando conjuntamente (...) eso fue una cosa en la que participamos todo el tiempo: en la elaboración, en la redacción y en la revisión del decreto”.³¹*

—
“...el decreto también inclusive dentro de su formulación era un poco más amplio, y creo que sí recogía muchos más elementos del modelo. Por ejemplo, la conformación de la estructura de la comisión en lo territorial, sí tenía que ver mucho con la forma en que estaban conformadas las mesas o los mecanismos de coordinación territorial y eso estaba pero eso no quedó; sin embargo, algunos elementos de allí sí sirvieron como insumo para la elaboración del decreto “35

Durante el proceso de formulación del decreto, un punto de discusión fue respecto de los actores que deberían ser convocados a participar en el escenario de discusión de los DSR en el país por tener competencias frente al tema; así se consideró imperativo mantener las instituciones que ya venían participando en la MINAJU, como el MPS, el MEN, el MINTIC, por su valor movilizador y su responsabilidad en la construcción de sentidos en el ámbito individual y colectivo de la sociedad y otras instituciones cuya participación no había sido constante en MINAJU como el ICBF o que empezarían a participar por primera vez en el escenario, como el SENA.

*“educación y salud tienen que ser aliados permanentes, por eso está así en el decreto...Por qué? porque tienen fines específicos...y para conocer las necesidades del uno y del otro tienen que estar relacionados, porque ellos tienen su fin también conjunto...y en el mundo actual comunicaciones, porque definitivamente comunicaciones es muy importante...”.*³²

No obstante que con la expedición y sanción del decreto se crea la instancia intersectorial nacional, y aun cuando durante el proceso de su formulación se habían incorporado elementos que dejaran claro los alcances y roles que tendrían que asumirse en los distintos niveles del Estado, en los cuales tendría expresión el decreto, estos elementos no fueron así incorporados ni visibilizados en el Decreto 2968 sancionado. En este sentido, se deriva un reto fundamental a ser considerado en la Comisión Intersectorial y es el de establecer las responsabilidades y funciones que cada actor y sector, según el nivel geográfico, deberá asumir.

*“en el tema también como el de las claridades, en el tema de las funciones frente al decreto, o sea, yo siento que ahí ha faltado también (...) por lo menos claridad en el sentido de quién debería hacer qué...frente al decreto. El Ministerio de la Protección Social que es el que tiene la Secretaria Técnica, o el rol del convenio mismo, (...) entonces ahí hay como una confusión también como de los roles, por falta como de claridad en esas funciones”.*³⁵

Ante la ausencia en el decreto de este tipo de definiciones, de roles, de responsabilidades y de niveles explícitos de adopción para los niveles territoriales, y sobre todo de armonización respecto a las otras estructuras e instancias interinstitucionales y de coordinación para temas afines a los DSR que hay en el país surgen necesariamente resistencias entre los funcionarios como primeros receptores y responsables de su dinamización, esto a pesar de que el decreto pueda representar una mayor posibilidad de articulación entre las instituciones que representan los sectores involucrados en el proceso.

*“Frente a una nueva dinámica, de todas maneras, el decreto sí, digámoslo, demanda mayor articulación; entonces siento que puede haber un poco de resistencia de parte de las instituciones en el sentido de que, creo, consideran esto como una comisión más, como más trabajo, como otra de las miles de comisiones con lo que eso significa en tiempo, en trabajo, en fin, y siento que finalmente como que se está en una fase de acoplamiento”.*³⁵

Pese a estas dificultades, sí se atribuye al proceso de creación de la Comisión, que se enmarca con la adopción, sanción y divulgación del Decreto 2968, un papel muy importante

en el posicionamiento del tema de los DSR tanto en la agenda pública, como en la agenda política del país y este posicionamiento temático se da justamente en el contexto de la garantía de los derechos, lo cual destaca la contribución para comprender a las instituciones del Estado en su rol de garantes de los mismos.

*“yo creo que hoy, por ejemplo, hablamos todos de promoción y garantía de derechos sexuales y reproductivos, eso no pasaba antes. Yo creo que ha permitido posicionar el tema en la agenda pública (...) que Colombia sea un país que abiertamente esté hablando de promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos, cuando en otros países ni siquiera se menciona, pues eso es un avance muy importante”.*³¹

En cuanto al horizonte que se desprende de la adopción del Decreto 2968 y de la creación de la CNI para la promoción y garantía de los DSR, hay que decir que no sólo significa la expansión temática en el terreno de los DSR, sino también un mayor dinamismo y compromiso político, que ya desde el inicio se asume en el propio MPS, en cabeza de su Vice-ministra de Salud.

*“(...) las instituciones van a tener, digamos, un compromiso desde lo político diferente, porque siempre es el nivel técnico el que está poniendo la cara en los escenarios, pero a veces carecemos del respaldo del directivo (...)habló (refiriéndose a la Viceministra de Salud) de dos cosas que me parecieron muy importantes en esa primera reunión de la comisión, la primera es que el tema de derechos sexuales y reproductivos no se puede reducir al embarazo en la adolescencia, hay que ir más allá, hay que incorporar todo el engranaje de los derechos, y de la salud sexual y reproductiva”.*³³

La creación de la Comisión también ha facilitado que los sectores representados por sus instituciones y funcionarios incorporen decididamente la dinámica de planeación conjunta que había sido una falencia en procesos previos como en el de la MINAJU; adicionalmente, que la planeación pueda tener una lógica de eficiencia en el uso de los recursos destinados a la promoción y garantía de los DSR y que, además, llegue a representar verdaderos impactos entre la población sujeto de derechos.

*“(...) la posibilidad de priorizar acciones, o de establecer unas líneas que podamos, que queramos afectar más (...) eso es muy importante porque nos va a posibilitar hacer el ejercicio de ver cómo planeamos juntos (...) entonces, que bajo una propuesta alguien asuma esto bajo un enfoque conceptual igual con , líneas de acción que nos lleven a todos hacia el mismo camino, que cada uno asuma una parte, ejecute, invierta, pero bajo un paraguas, que conjuntamente orientemos para donde vamos y , revisemos si lo estamos haciendo bien, si lo estamos haciendo mal, si nos equivocamos (...).”*³¹

Una vez sancionado el Decreto 2968 y conformada la CNI se dio paso a la difusión del decreto, tanto en el nivel nacional como en las regiones en las cuales estaban cursando las acciones de comunicación y las de fortalecimiento de grupos, organizaciones y redes para la movilización social y la promoción de los DSR, del Convenio 620. Esta divulgación fue pensada y realizada a través de tres estrategias fundamentales:

- Utilizando la estrategia de comunicación para la promoción de los DSR del Convenio 620, la cual simultáneamente se estaba divulgando y posicionando en el país, y en la que se contaba con alianzas con distintos medios de comunicación tanto a nivel nacional, como regional.

- Utilizando distintos eventos de carácter técnico, nacionales e internacionales, promovidos por los propios socios del Convenio y a los cuales confluyeran instituciones y sociedad civil tanto del nivel nacional, como local y regional.
- Mediante comunicaciones directas enviadas a las instancias regionales y locales, así como a las instituciones responsables de la atención a la población adolescente, joven y de mujeres en los temas asociados a la SSR y a la promoción y garantía de los DSR; esta comunicación fue igualmente enviada a las organizaciones, grupos o redes sociales identificadas en su rol de promoción de los DSR con poblaciones diversas, especialmente las vinculadas a la línea de fortalecimiento a grupos, a organizaciones y redes del Convenio 620.

El primer escenario en el que se divulgaron la existencia del Decreto 2968 y la creación de la CNI fue en el evento de lanzamiento de la estrategia de comunicación del propio Convenio, “Por el Derecho a una Sexualidad Con Sentido”. Este evento, inicialmente realizado en Bogotá y replicado posteriormente en otras 11 ciudades del país, contó con la participación de actores políticos, directivos de las instituciones vinculadas a la Comisión, a medios y colectivos de comunicación y a la sociedad civil en general.

Simultáneamente, distintos eventos de carácter técnico cursaron en el país, unos promovidos o convocados por el MEN, y otros por el MPS. Así, en el marco del “Encuentro Nacional de Buenas Prácticas en la Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos”, convocado por el MEN, no sólo se divulgaron el decreto, su alcance y su vigencia, sino que también se destacó el aporte que el decreto significa para el PESCC, al dar impulso a la coordinación y armonización de acciones especialmente para los ámbitos locales del programa.

En este evento y en otros convocados por el MPS, como los encuentros regionales y de evaluación nacional de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, se destacó la importancia de contar con el decreto, especialmente porque éste fue inspirado en el trabajo coordinado e intersectorial que por más de tres años han venido realizando los ministerios y la Consejería Presidencial de Programas Especiales, con la asistencia técnica del UNFPA.

Otras acciones de difusión del decreto estuvieron enmarcadas en el proceso de fortalecimiento a grupos, organizaciones y redes en el Convenio 620, para lo cual se acudió a las 18 organizaciones operadoras de este proceso en las 13 regiones focalizadas. Esta acción, así como la difusión propiciada a través de las mesas regionales de comunicación, permitieron un rápido posicionamiento de la Comisión.

Este posicionamiento está referido no solamente por el conocimiento que los participantes de los grupos, organizaciones o redes, así como de las mesas regionales de comunicación, tenían respecto a la expedición del decreto y a la creación de la CNI, sino porque empezó a ser considerada por los medios de comunicación como un escenario citado en las notas periodísticas en distintos medios de comunicación. Según lo registrado en el monitoreo realizado a 46 medios de comunicación en el marco del Convenio 620, en el cual se registró una rápida incidencia en la agenda informativa, luego de la promulgación del Decreto 2968, manteniéndose en la agenda mediática durante los tres meses del monitoreo, registrando notas periodísticas referidas al decreto y a la CNI.³⁹

Simultáneamente a todas las acciones de movilización comunicativa y social en torno a la creación de la Comisión las propias instituciones iniciaron un proceso de apropiación y se

conformó prontamente la “comisión técnica” de la CNI, en la cual estuvieron participando los equipos técnicos de los ministerios miembros de la CNI con un rol facilitador asumido por el UNFPA desde la línea de fortalecimiento a la intersectorialidad del Convenio 620.

El trabajo adelantado por esta comisión técnica estuvo encaminado a encontrar estrategias operativas para empezar a bajar a los niveles sub-nacionales el espíritu de la Comisión Nacional; en este propósito, las instituciones se propusieron realizar un mapeo general del país, identificando la situación de los DSR, a partir de la lectura de indicadores de la SSR y de violencia, según los ejes temáticos priorizados en la comisión. El mapeo adicionalmente debía incluir la información básica respecto a la oferta disponible en cada municipio tanto desde el punto de vista institucional y de programas y proyectos, como desde el punto de vista de la cooperación y de la capacidad disponible de la sociedad civil, comprendida a partir de los niveles de organización social.

El mapeo fue la ruta elegida para facilitar la posterior focalización de las acciones de la CNI y para la elaboración del plan de acción estratégico de la misma. Este plan de acción, tuvo sus primeras versiones antes de finalizado el año 2010,⁴⁰ y estuvo fundamentado en cinco ejes estratégicos desde los cuales se podría consolidar la CNI: incidencia política; comunicación educativa; desarrollo de capacidades institucionales para la intersectorialidad en la promoción y garantía de los DSR; fortalecimiento de grupos, organizaciones y redes sociales de apoyo; y gestión del conocimiento.

A su vez, en el plan se consideró fundamental orientar las acciones de la CNI mediante la focalización temática, poblacional y sobre estas bases una focalización territorial; y en tal sentido se anticiparon como ejes temáticos propios para la CNI los siguientes: embarazo adolescente, diversidad sexual, violencia basada en género, las ITS y el VIH/sida, considerados temáticas desde las cuales urge la promoción y garantía de los DSR. Para el momento de corte de esta sistematización se encontraba el proceso en una etapa de depuración y de cruces entre los datos de indicadores de los distintos temas priorizados en la Comisión y las capacidades institucionales disponibles.

Bajo este panorama de apropiación del proceso, a nivel técnico y directivo y dada la incidencia y movilización generada en distintas regiones del país, se ha considerado como un logro para este momento de la experiencia su gran contribución para mantener posicionado el tema de los DSR, instalándolo en la esfera pública, por un lado, al reiterar las responsabilidades institucionales para su promoción y garantía y, por otro lado, por el énfasis respecto a las posibilidades para su ejercicio libre y decidido entre la población colombiana, con énfasis entre población joven, adolescente y de mujeres.

*“sí creo que el escenario, es decir, que las condiciones están dadas para que se mantenga en la agenda pública el tema, para que se debata, para que se concerte también con los diferentes actores que están haciendo propuestas, y la Comisión es un posible escenario también”.*³³

Lecciones aprendidas

Cada momento de esta experiencia, tanto en el transcurrir de la MINAJU, como durante el desarrollo del Convenio 620 y la creación de la CNI, reporta aprendizajes significativos que es útil destacar, no solamente para el desarrollo próximo de la CNI, sino también para retroalimentar experiencias semejantes en contextos similares.

Lo primero es reconocer que la construcción de la intersectorialidad pasa por realidades institucionales complejas, marcadas por racionalidades distintas, relaciones de poder y prácticas de liderazgos individualizados entre los sectores y pocas veces en la perspectiva de liderazgos colectivos; realidades que debieron ser consideradas y reconocidas para así lograr avanzar hasta el lugar en el que va el proceso ahora.

“Aun bajo el supuesto de que no existan restricciones institucionales, es necesario considerar que si bien las diferencias entre los sectores proveen la racionalidad para trabajar juntos, las diferencias percibidas de poder son uno de sus obstáculos. De allí la importancia de promover la influencia mutua en la toma de decisiones de manera de balancear las diferencias de poder. La práctica en este sentido aconseja la creación de estructuras organizacionales o procesos formales que habiliten a todas las partes para influir sobre la definición de los problemas y la planificación de las soluciones”.³⁶

Se destaca como recomendación necesaria para procesos similares y, además, por ser un aspecto favorecedor determinante, como en el caso de esta experiencia, la materialización de las voluntades políticas a través de la disposición de recursos económicos – financieros para garantizar la dinamización efectiva del proceso. En el caso que nos ocupa, ha sido determinante la disponibilidad financiera asumida por el MPS, con la cual se ha permitido todo un apalancamiento de posibilidades de actuación intersectorial; sin embargo, es recomendable que este aporte financiero sea equilibrado desde los distintos sectores comprometidos, de tal manera que se haga posible la realización de todas las acciones que se planteen como necesarias.

“Como ya se venía trabajando en temas de derechos sexuales y reproductivos, el ministerio decidió apropiarse recursos del FOSYGA con los cuales adelantar acciones en salud sexual y reproductiva y aprovechar también el proceso que ya se traía en la mesa de infancia, adolescencia y juventud, aunque estaba muy centrado en la prevención del embarazo en adolescente y con el convenio se potencian otras acciones también dirigidas a la población de adolescentes y jóvenes en los DSR”.⁴¹

Otros aprendizajes significativos que arroja esta experiencia están referidos a la manera como se logra generar y mantener un proceso de articulación y coordinación intersectorial, y esto está determinado por la disposición institucional y por las habilidades de los funcionarios que son delegados por parte de éstas a los escenarios intersectoriales para construir acuerdos con este carácter. En este sentido cobra especial importancia que las políticas y procesos institucionales internos faciliten tanto la participación en los escenarios intersectoriales, como la adopción de compromisos y decisiones en los mismos.

*“(...) también la disposición, y desde dónde las personas que representan a las instituciones se paran para articularse con el otro... cómo se articulan, quiénes de las instituciones se articulan en la mesa (...)”.*³³

Tal vez uno de los logros más importantes, que a su vez deriva importantes aprendizajes a tener en cuenta en este proceso, es el que tiene que ver con que los distintos actores participantes del proceso deben percibir y recibir beneficios específicos del proceso intersectorial que les permita su propia potenciación como sector y garantice su disposición para contribuir al mismo.

*“(...) poner en marcha una serie de acciones de las cuales cada uno de los socios se iba a ver beneficiado, se iba a ver nutrido y en la interacción con los demás se iba a ver también como retroalimentado, o sea se iba a aprovechar de eso (...)”.*³⁵

Este tipo de procesos, que implican desde construir consensos conceptuales hasta comprender las racionalidades que rigen a los distintos actores participantes, requieren de una designación específica de personas voceras del proceso en cada institución o sector; una de las grandes dificultades que implicó lentitud y a veces retrasos en la dinámica intersectorial, especialmente en la primera etapa de la MINAJU, fue la participación intermitente o fluctuante de los actores, lo que a su vez representó en algunos momentos desgastes institucionales. Frente a esta situación reiterada en los procesos de coordinación intersectorial, los actores reconocen la complejidad institucional y han recomendado establecer compromisos a niveles directivos para lograr la designación de puntos focales responsables de las decisiones en las instituciones:

*“establecer acuerdos con las cabezas de las instituciones para que esas cabezas designen, o a una dirección de su entidad, o a una persona de su entidad, lo que es muy complejo, pero que esté centrado en alguien que responda por lo que ocurra en ese escenario de intersectorialidad; mientras eso no sea así, entramos y salimos y no se concretan procesos”.*³³

Otra de las lecciones para asegurar la sostenibilidad del proceso, también desde el punto de vista conceptual y metodológico, es poder contar con una institución que haga las veces de conductora técnica de éste, es decir, que asuma la secretaría técnica; este aspecto se convierte en factor de éxito, puesto que cada sector o institución llega a la instancia de coordinación intersectorial con aportes desde su propia misión institucional y desde sus propias competencias y no siempre cuenta con el conocimiento de las misiones o competencias de los otros actores con los cuales se dialoga y coordina.

Es la secretaría técnica, asumida en esta experiencia por el UNFPA, la que juega un papel catalizador y dinamizador en este diálogo de perspectivas, enfoques, necesidades y experticias y es, además quien, gozando de la confianza de los participantes, logra marcar la pauta técnica de las acciones a emprender, ya sea como mecanismos de aprestamiento institucional o como acciones de respuesta ante problemáticas concretas y específicas en el ámbito de los DSR.

*“yo sí creo que estas mesas necesitan de que alguien les jalone técnicamente, que alguien dé límite; una secretaría técnica de una mesa es para eso, para que dé línea, para que diga por dónde vamos, cómo vamos”.*³³

En este sentido, cobra particular importancia que quien actúe en el rol de secretaría técnica a su vez pueda y sea reconocido como un actor con posible rol mediador, capaz de contribuir a la

superación de tensiones durante el proceso; este actor mediador bien puede estar representado por un actor de cooperación externo, o por otros con cierto carácter neutro como es el caso de las universidades.

Otro aprendizaje desde el punto de vista metodológico es el que se deriva de reconocer como necesario el establecimiento de posibilidades y límites, de tal manera que sea factible cumplir con los compromisos asumidos en la instancia intersectorial, sin desgastar a las instituciones partícipes; y en este sentido, resulta indispensable que los actores en el escenario intersectorial logren acuerdos no solamente temáticos, sino metodológicos, operativos y para la articulación con las entidades territoriales; esto es, partir de un reconocimiento conjunto, desde las distintas perspectivas sectoriales, de las problemáticas, planificar las alternativas de manera colectiva entre todos los sectores y tener en cuenta las capacidades institucionales, para responder a las demandas que se derivan de la coordinación intersectorial.

*“entonces, estas mesas también tienen que tener en cuenta lo que ocurre en cada una de las instituciones, que nos permite establecerle límites, o comprometernos con lo que realmente podemos llevar a cabo, porque todo no se puede hacer; la dinámica institucional es muy compleja, y todos estamos siendo atrapados por ella, y hay mucho por lo que responder...o priorizar para ver por dónde empezamos, a qué le apuntamos...por los cuales empezamos a mostrar resultados”.*³³

Un aprendizaje significativo y determinante, a la hora de establecer procesos sólidos en el diálogo con las comunidades, y que a su vez se transforma en reto a superar, es el contexto complejo de la alta rotación de funcionarios locales que lesiona la confianza y la vinculación de las comunidades con las instituciones. Esta condición ha de considerarse en las instancias nacionales intersectoriales, puesto que plantea una imperiosa necesidad de generar mecanismos, como procedimientos, flujogramas, tutoriales on-line y registro de memorias, que permitan mantener los procesos aun en medio de este contexto adverso local o incidir para lograr transformaciones de estas prácticas locales, desde una dimensión más política que técnica.

*“la intermitencia de los contratos en los municipios...tú trabajas con una persona tres meses, y luego llega otra, y vuelves a tener que empezar (...)es la gente de las comunidades la que está tratando de hacer procesos, y que su misma vinculación participativa frente a la dinámica institucional la bloquea la misma institución por eso; entonces, esa es una situación que dificulta notoriamente (...)”.*³³

El papel que pueden jugar las acciones de movilización social, también se constituye en un aprendizaje de esta experiencia, pues la movilización social, y especialmente la movilización mediante alianzas con los medios de comunicación, facilita no sólo el posicionamiento en la agenda pública de este tipo de temáticas, sino que contribuye a la adhesión de actores estratégicos al proceso, quienes a su vez asumen ciertos compromisos que en un contexto de menos presión pública podrían no darse.

*“para mí el otro logro es la movilización de actores...la gente fue comenzando a llamar y a querer estar en la mesa, entonces hubo una movilización de actores...que no es solamente de la mesa, pero también de los procesos territoriales que se van dando...por ejemplo, el sector de comunicación que va muy en la línea en la tecnología, en esto aprende la responsabilidades sociales que tiene con ciertos temas; o los institutos como el SENA, que hace su trabajo muy fuerte, sobre la educación para el trabajo, pero no ve que la fuerza de darle a los jóvenes esos espacios tiene unos impactos sociales muy, muy grandes...”.*³²

Otro aprendizaje, que sin duda es un elemento que otorga garantía a la viabilidad del proceso, es la necesidad de considerar la existencia de otros espacios o escenarios de coordinación para temas afines a los del propósito, que en este caso es el de la promoción y garantía de los DSR. En este sentido, no es suficiente únicamente con la identificación de escenarios múltiples de confluencia multi-sectorial, sino que también ha de considerarse la manera como se articulan o complementan tales escenarios, con el proceso intersectorial en consolidación y la manera como dicho proceso retro-alimenta o potencia los espacios existentes previamente de tal suerte que se evite la generación de duplicidades en cuanto a las acciones y al uso de recursos; y especialmente en la relación con las comunidades participantes y receptoras de uno u otro proceso.

*“La intersectorialidad, en tanto acción estratégica, implica la realización de acciones para que se pueda concretar. Para construir intersectorialidad hay que construir acuerdos del qué, el para qué y el cómo. O sea, un objetivo, un cómo desde la conjugación de las competencias sectoriales, es decir, requiere pasos más allá de poner a disposición las agendas sectoriales. Tendría que tener agenda intersectorial propia”.*⁴²

En este sentido, si bien las rutas de atención son útiles para la promoción de los DSR y para el acceso a los servicios tales como los de la SSR éstas han de convertirse en una estrategia que puede llegar a facilitar en lo operativo el trabajo intersectorial e incluso puede constituirse en un elemento fundamental para el acercamiento entre los actores institucionales y los actores comunitarios; mas estas rutas deberían incorporar mecanismos de monitoreo y seguimiento en cuanto a la efectiva respuesta frente a las necesidades de la población.

Desde el punto de vista de los contenidos y abordajes es claro que los aspectos relacionados con los DSR ameritan una lectura dialógica entre instituciones y sectores y no pueden ser vistos ni atendidos únicamente por un sector: *“reconocer que estos temas y estos trabajos necesariamente se realizan en diálogo entre los sectores y no desde un único sector”.*⁴⁰

Desde el punto de vista de la utilización de actos administrativos, para la institucionalización de la intersectorialidad, es útil concebirlos como parte del proceso y no como inicio del mismo, pues no siempre es garantía de éxito y sostenibilidad la creación de escenarios vía administrativa; sin embargo, éste sí es un elemento que otorga institucionalidad a los procesos.

*“(...) la expedición del Decreto 2968 de 2010, por medio del cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y garantía de los DSR, se convierte en el elemento que apalanca, del 6 de agosto para acá, el trabajo hacia adelante en materia de derechos sexuales y reproductivos (...) pues coloca el tema de los DSR y de la SSR a nivel ministerial... y permite en este sentido dar el alcance intersectorial que se quiere dar”.*⁴⁰

Adicionalmente a esto, el acto administrativo o decreto, tiene un alcance que trasciende el formalismo político y de institucionalización de un proceso y se convierte en un instrumento de gestión muy importante especialmente en lo que corresponde a la gestión eficiente de los recursos públicos.

*“Digamos la consideración del decreto (...) lo que es importante, es utilizar ese instrumento para validar el concepto y en términos de recursos el concepto de inversión eficiente (...) estoy haciendo realmente acción de Estado y de desarrollo; porque estoy ganando el logro del fin, pero además la eficiencia del Estado (...) Es por eso que esto es importante, no es el decreto, no es el papel o el número, es lo que de ahí como instrumento uno pueda movilizar”.*³²

Desde el punto de vista de las políticas, la actuación intersectorial también representa no solamente un fortalecimiento institucional para la gestión e implementación de las políticas dirigidas a la promoción y garantía de los DSR, sino que se convierte en un escenario propicio para el monitoreo de las mismas.

Retos y recomendaciones

Los retos y recomendaciones que se derivan de la experiencia aquí sistematizada pueden ordenarse en dos grandes vertientes: por un lado, respecto a la dinámica interna de la CNI en el nivel nacional y, por otro lado, respecto a la interacción y transferencia desde el nivel nacional hacia los niveles sub-nacionales – regional y local-.

Retos y recomendaciones para la Comisión Nacional Intersectorial

Una recomendación cuyo alcance puede ser tanto nacional, como para la interacción con los niveles locales del proceso, está referida a la necesidad de proponerse dispositivos de coordinación y enlace no solamente para los equipos directivos y técnicos de los sectores que encabezan el proceso, y que en este caso hacen parte de la Comisión, sino desde ésta respecto a los escenarios colaborativos multi-sectoriales que existen en el país. En este caso, es necesario considerar las estructuras, mesas e instancias gubernamentales, como aquellas no gubernamentales y de cooperación como son las amparadas por la cooperación internacional del Sistema de Naciones Unidas (SNU), los comités y mesas inter-agenciales, desde los cuales también es posible encontrar interacciones con algunas regiones o niveles locales en el país.

Esto ha de implicar, para la CNI, un posicionamiento como instancia que de alguna manera asume la rectoría y la vocería del Estado respecto a la promoción y garantía de los DSR y, en este sentido, asume también un liderazgo técnico respecto a la incorporación de propuestas y a la implementación de proyectos o acciones provenientes de la cooperación, al tiempo que se nutre del conocimiento y resultados generados por acción de la cooperación internacional. Esto anticipa, desde luego, la necesidad de visualizar estrategias para la gestión de la información, la instalación de mecanismos de monitoreo y la gestión del conocimiento, pactando acuerdos colaborativos con las estructuras e instancias de cooperación.

*“La intersectorialidad es una labor eminentemente del Estado, que puede verse potenciado con acciones de otros actores sociales como las ONG o las agencias de cooperación que tienen responsabilidad social frente a los temas y problemas sociales”.*⁴¹

Desde el punto de vista de la institucionalización del proceso se identifica un primer reto, referido al proceso de reglamentación y a la manera como se han de otorgar responsabilidades específicas y sinergias concretas para todos los actores, incluidos los del SGSSS. Un elemento de contexto a superar o por lo menos a considerar es el referido a la manera como se estructura el SGSSS y la manera como tendrían que incorporarse en el proceso intersectorial los múltiples actores que lo constituyen, no solamente para su rol de promoción y difusión de los DSR, sino como garantes de los mismos. Si bien el decreto formulado busca dinamizar de manera institucionalizada la actuación y coordinación intersectorial para promover y garantizar los DSR, requiere de instrumentos reglamentarios claros que logren superar barreras y limitaciones que se relacionan con la manera como están estructurados el país y sus sectores; este reto es

fundamental especialmente por la multiplicidad de actores que tendrían un rol garante en la difusión y promoción, así como en la garantía de los DSR.

*“(…)ni los servicios de salud, mucho menos en el modelo actual, están hechos para salir a promocionar...antes por lo menos teníamos los procesos sociales, pero con este modelo...la promoción y prevención se hacen intra institucionalmente y es específica para la morbilidad... no promocional de derechos”.*³²

La experiencia de fortalecimiento a la intersectorialidad, y en particular frente a los aspectos metodológicos y operativos del proceso, referidos a la manera como interactúan los sectores en el nivel nacional, permiten evidenciar varios retos, siendo uno de ellos lograr que los actores que participan en la CNI creada con el Decreto 2968 mantengan un marco de acción unificado, sustentado en la Constitución Política de Colombia, para que en cumplimiento del carácter de Estado Social de Derecho se logre la efectiva promoción y garantía de los DSR.

*“que no hayan mensajes contradictorios es que haya, digamos, un marco que existe, que unifica, la posibilidad de hacer promoción en derecho sexual y reproductivo, que es la Constitución...y que ese sea el marco...la función del Estado es formar en derechos”.*³²

En concordancia con este planteamiento, también se evidencia como reto la necesidad de establecer un marco para la asistencia técnica, basado en la formulación de políticas y metodologías, desde la perspectiva intersectorial, que a su vez establezcan niveles de intervención, indicadores de gestión y de evaluación que se conviertan en plataforma para la gestión intersectorial y para la asistencia técnica misma, ya sea desde la CNI o desde los sectores partícipes de la CNI, pues un reto mayor aún es lograr que haya la sinergia entre los procesos de asistencia técnica sectoriales relacionados con la promoción y garantía de los DSR y los procesos de asistencia técnica intersectoriales asumidos directamente desde la propia CNI.

Es evidente que se requiere construir una base de confianza entre los sectores y actores partícipes de la Comisión, de tal manera que se propicie su articulación a partir de reconocer el rol y la capacidad que los distintos actores pueden aportar, anteponiendo y reconociendo, en todo caso, que su actuación coordinada e intersectorial tiene unos impactos sociales en las personas para quienes la Comisión ha sido conformada y, en este sentido, reconocerse en ésta su rol político preponderante.

Este reconocimiento de roles y capacidades específicas de los distintos actores participantes pasa no solamente por conocer y reconocer dichos roles, sino por el reconocimiento también a la manera como se complementan los sectores, “las competencias de los sectores se pueden complementar en muchos casos, tanto en lo técnico, en lo organizativo, en lo político, en lo administrativo (...) es colocar eso a dialogar”.⁴¹

*—
“el conocimiento que se tiene desde cada sector, y desde la especificidad... es muy importante poner la especificidad al servicio de una construcción integral, para superar la visión de lo específico y pensar en lo general”.*³²

Otro elemento muy central para facilitar la consolidación de la Comisión es contar con mecanismos y procedimientos para garantizar que haya un total y real conocimiento de la manera como evoluciona y avanza la misma.

*“es el tema de comunicación, es decir, nosotros no tenemos establecidos unos criterios, ni unos lineamientos, ni unos mecanismos que nos permitan saber qué está pasando”.*³¹

Al mismo tiempo que se propicia el conocimiento mutuo de los sectores, es propicio, tanto para el nivel nacional como para el diálogo e interacción desde el nivel nacional con los niveles sub-nacionales, que se dé una apropiación conceptual y práctica del concepto de intersectorialidad entendida en la dimensión macro de potenciación y sinergia entre los actores del Estado.

*“con su propia mirada (refiriéndose a los sectores de salud y educación), pero se conjugan y se encuentran en que comparten los fines de superar y los modos para hacerlo, pueden hacerlo juntos, eso es intersectorialidad, cuando hay varias miradas que se conjugan sobre el mismo asunto para resolverlo, y encuentran que pueden tener coincidencia y potenciación y sinergias en los haceres, eso es intersectorialidad...sé que el sector social - beneficiario de los procesos también es un sector y lo llamo también a la mesa, entonces tengo la participación social, y entonces tengo la acción conjunta, ya no sólo del gobierno, sino del Estado que tiene unas estructuras, unos fines y unos socios y todos están trabajando por lo mismo, los socios son los ciudadanos y las ciudadanas”.*³²

Por último y de manera paralela, ha de existir igualmente una agenda construida colectivamente y que considere no solamente las responsabilidades y competencias específicas de tipo sectorial, sino los acuerdos temáticos, conceptuales, metodológicos y operativos para la consolidación del escenario intersectorial y para el diálogo con los niveles sub-nacionales. *“(...)tener unos alcances claros de lo que las instancias deben hacer, unos productos definidos, unas corresponsabilidades claras (...)”.*³²

Retos y recomendaciones para la interacción con los niveles sub-nacionales

Uno de los más significativos retos, a la hora de plantear escenarios de sostenibilidad del proceso intersectorial para la promoción y garantía de los DSR, está referido a la manera como se dará continuidad al proceso, especialmente respecto a la capacidad para brindar el acompañamiento y la asistencia técnica a las regiones en la vía de consolidar procesos intersectoriales en lo local y regional, y logrando dar un seguimiento tanto a los alcances, como a los resultados que se derivan de la actuación coordinada intersectorialmente; esto implica, desde luego, instalar esta dinámica de coordinación en la estructura y dimensión política de municipios y departamentos.

*“si se va entendiendo que sí es intersectorial y que se requiere digamos una acción intersectorial a nivel nacional que facilite y acelere los procesos de lo local (...)”.*³²

*“...reconociendo las posibilidades normativas y el contexto, esto es lo que hay que hacer...tener capacidad de mostrarle a todo el mundo qué es intersectorialidad...en lugar de hablar de rutas, es sobre los cómo...”.*³²

Es recomendable entonces generar al interior de la CNI, para efectos de la asistencia técnica hacia los niveles sub-nacionales, una abogacía política con los niveles directivos, políticos y técnicos, de cada uno de los sectores involucrados en la misma, con el fin de lograr que las políticas y programas sectoriales, concernientes a los DSR se conciban con una lógica de formulación, planeación, gestión, implementación y evaluación, en la

perspectiva intersectorial. Esta recomendación podría incluso considerar que la propia CNI sirva de escenario para la planeación y formulación de dichas políticas o programas a solicitud del sector y bajo su liderazgo técnico, *“todos puedan mirar juntos las problemáticas y pensar las soluciones juntos”*.³²

Lograr que desde la planeación y gestación de las políticas y programas se considere su implementación y evaluación con indicadores intersectoriales, permite instalar la racionalidad intersectorial requerida, y de cierta manera obliga a quienes implementan las políticas a la articulación con los otros sectores, pues la medición de su gestión ya no será únicamente sectorial, sino intersectorial. Esto implica construir indicadores de gestión comunes y que apliquen a cada uno de los sectores partícipes del proceso intersectorial. Sería conveniente incluso contar con indicadores que den cuenta del nivel o grado de integración entre los sectores, así como del nivel y grado de interacción con el nivel nacional y regional (hablando de lo local).

Entre los retos de la experiencia, y a propósito del modelo en construcción con el que se busca plantear caminos de gestión y coordinación intersectorial, se requeriría profundizar y avanzar en la integración de propuestas técnicas del hacer, partiendo de una comprensión conceptual de la intersectorialidad y acudiendo a la plataforma normativa que otorga competencias sectoriales o institucionales, como son los casos de salud, educación, justicia, protección, para la promoción y garantía de los DSR.

“Intersectorialidad entendida como el escenario en el que se da un diálogo de saberes, de experiencias, de apuestas institucionales, de pautas normativas, en particular alrededor de temas relacionados con la SSR y con el ejercicio de los DSR. Es la posibilidad de dialogar y establecer ese encuentro entre actores sociales que le apuestan a un mismo objeto”.⁴¹

En este sentido, también se vislumbra como una recomendación imperante el que se pueda continuar el proceso de acompañamiento hacia las regiones no solamente desde pautas técnicas, sino metodológicas y operativas, para el abordaje concreto de la promoción y garantía de los DSR; esto implica generar estrategias, diseñar metodologías y precisar mecanismos a partir de los cuales propiciar las respuestas desde el ámbito nacional hacia los ámbitos locales de forma coordinada o integrada.

“tenemos la exigencia de hacer los elementos de aterrizaje de ese decreto en lo operativo de manera que realmente se potencie la acción...que se facilite el inicio (refiriéndose a las regiones) y donde ya está iniciando sea una realidad la mirada frente al tema” (refiriéndose a la promoción y garantía de los DSR).³²

Para este fin es recomendable que la CNI pueda acudir a las herramientas operativas disponibles, unas generadas desde órbitas sectoriales tales como el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, el modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, el PESCC u otras, generadas en la perspectiva más intersectorial como es el caso del curso virtual de formación en competencias ciudadanas para la promoción y garantía de los DSR y la estrategia de comunicación “Por el Derecho a una Sexualidad con Sentido”; herramientas todas que revisten aportes operativos para la consolidación del propio plan de acción de la CNI y en su proceso de acompañamiento hacia las regiones y niveles locales.

En este sentido será muy útil para la CNI acudir a escenarios intersectoriales dispuestos en los niveles regionales y locales, unos derivados de experiencias previas y otros fortalecidos en

el desarrollo del Convenio 620, pero todos juntos con enormes fortalezas para hacer posible la consolidación de la apuesta intersectorial en la promoción y garantía de los DSR. Algunos de estos escenarios son las mesas regionales intersectoriales de comunicación, surgidas o fortalecidas en el marco de la estrategia de comunicación del Convenio 620, los equipos técnicos regionales gestados en el desarrollo del PESCC, las redes sociales de apoyo generadas y fortalecidas en el desarrollo del programa de promoción de derechos y redes constructoras de la paz, de la CPPE; así como escenarios de participación y movilización social como los grupos, organizaciones o redes con orientaciones específicas, como es el caso de los grupos de mujeres que conviven con el VIH, los grupos de jóvenes o los grupos defensores de la diversidad sexual y promotores del ejercicio de los DSR.

Se recomienda a la Comisión, que adicional a lo metodológico planteado hasta aquí se avance en acciones de abogacía y se construyan las maneras para trasladar a los entes territoriales el esfuerzo de intersectorialidad, propiciando que las autoridades de salud, de educación y de otros sectores, en los entes territoriales, se articulen en un trabajo conjunto para dinamizar procesos locales alrededor de los DSR; el reto se fundamenta en cómo lograr que las autoridades en las regiones y municipios tengan lecturas completas y no sectoriales del tema.

*“(...)empezamos a darle sentido de verdad a ese esfuerzo de la intersectorialidad, de la que hoy nosotros estamos ya hablando; cuando vamos a trabajar sobre derechos sexuales y reproductivos en las entidades territoriales, pues buscamos que las secretarías de educación y de salud trabajen de la mano, que tengan acuerdos de trabajo conjunto, que estén acompañando los procesos, que no se vayan por su lado y que sepan qué se está haciendo y que conozcan cómo hacerlo y cómo acompañarlo, y en ese ejercicio también miren cómo abordar, y cómo trabajar con su personal(...)”.*³¹

Adicionalmente, y con el fin de garantizar el éxito en la articulación entre lo nacional y territorial, es recomendable que se logre articular la agenda intersectorial, estratégica, técnica y metodológica con los procesos territoriales y operativos del desarrollo, siendo uno de los instrumentos institucionales disponibles el que está enmarcado en todos los procesos de planificación del desarrollo; así lo dejaron ver también algunos de los actores que han venido participando en la experiencia de intersectorialidad sistematizada.

*“Esos programas que se diseñan pensando en afectar procesos de planeación territorial, tienen indiscutiblemente que articularse a las dinámicas reales, a los tiempos de la planeación departamental y local; eso significa tiempos de elaboraciones de todo el desarrollo, de programas de gobierno, las planeaciones anuales, porque no tiene ningún sentido una estructura de planeación local desarticulada de lo que las entidades territoriales hacen”.*³³

Esta recomendación, a su vez, ha de contemplar uno de los retos asociados a la descentralización y al contexto institucional y político que caracterizan a algunos municipios y departamentos del país, especialmente a los más pequeños desde el punto de vista de su población y, por ende, de su capacidad institucional.

*“(...) ¿pero cómo se están ejecutando los recursos?, ¿en qué?, es una gran debilidad, y cuando digo que es una falacia la descentralización, no solamente por el tema de los recursos, sino también por la capacidad de las instituciones locales, de sus equipos humanos...”.*³³

Un asunto a considerar y que ha de ser tenido en cuenta a la hora de asesorar a las regiones, es que el proceso debe ser flexible y adaptable a las particularidades de cada sub-región, no

puede ser una estrategia única y homogénea: “tenemos que pensar que no son rígidas, que pueden ser adaptadas, entonces mi recomendación es un poco comenzar a pensar en lo que es nuestra estructura de Estado, (...) *es leernos y dar ofertas del mismo tipo, flexibles, no hay que tener una sola (...)*”.³²

Por otra parte, es conveniente que el proceso y dinámica intersectorial sea comprendido también en su dimensión dialógica, entre actores gubernamentales institucionales y no gubernamentales, organizados o no; y es en este sentido como se plantea otro reto dentro de los procesos de coordinación y gestión intersectorial, que es primero reconocer en las comunidades un actor de interlocución y conciliar con éste desde una perspectiva de participación activa y real.

“Que se reconozca el deseo y necesidad de las comunidades, de las gentes...que no se pierda la participación social, que se mantenga y se mantenga para que las personas se identifiquen como lo que son, sujetos de derechos que se asocian para validar sus derechos”.³²

Asociado a esto se plantea como también el proceso intersectorial para la promoción y garantía de los DSR ha de inculcar una decidida participación de la sociedad, a partir de: “entender que el tema de la garantía, del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, no es un tema que es solamente del Estado, sino que convoca también a la familia y a la sociedad, y que tenemos que buscar que ellos aprendan su corresponsabilidad, pues me parece que es fundamental”.³¹

Esta dimensión de la participación social y comunitaria no solamente es vital a la hora de la concertación y activación del proceso de coordinación intersectorial, sino también a la hora de monitorear y ejercer la veeduría y control social que el proceso amerita, especialmente si se comprende como un proceso garante de los DSR.

“El que exista la coordinación intersectorial se convierte en un elemento de garantía para el acceso y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, porque se concibe como un mecanismo de control mutuo entre las instituciones y sectores; también asegura el control social sobre el desarrollo de las estrategias y acciones que se acuerden”.⁴¹

Un reto que se deriva de la experiencia de fortalecimiento a la intersectorialidad en el Convenio 620,^f y que fue discutido en algunas de las reuniones del equipo técnico de éste, especialmente para los niveles regionales y locales, tiene que ver con la necesidad de hacer explícitos los roles para actores públicos y algunos roles para actores privados – especialmente aquellos con proyección de responsabilidad social tales como los medios de comunicación o los de cooperación-. Esta consideración ha de tenerse en cuenta especialmente por la confluencia en ciertos territorios de actores múltiples de cooperación, nacionales e internacionales, que deben ser armonizados para reducir al máximo la dispersión o duplicación de recursos y garantizar la coherencia de los enfoques, acciones y mensajes que llegan a las poblaciones a las cuales se dirigen éstos.

“(...) más allá de que el decreto haya quedado en las instituciones, y en otras, pues lo que hay que dar es piso, cómo van a ser el papel y el rol de las distintas entidades que participamos ahí, y cómo hacemos la interlocución con las ene mil instancias que existen acá, vinculadas con ese tema, en el componente de promoción”.³¹

f Documento inédito de las memorias documentales del convenio – gestión del conocimiento.

Acrónimos

CNI	Comisión Nacional Intersectorial para Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos
CONASIDA	Consejo Nacional de Sida
CONPES	Consejo Nacional de Política Social
CPPE	Alta Consejería Presidencial de Programas Especiales
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MEN	Ministerio de Educación Nacional
MINAJU	Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud
MINTIC	Ministerio de las Comunicaciones y Tecnologías de la Información
MPS	Ministerio de la Protección Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización No Gubernamental
PES	Proyecto Pedagógico de Educación Sexual
PESCC	Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía
PND	Planes Nacionales de Desarrollo
PNES	Proyecto Educativo Nacional de Educación Sexual
PSSR	Política de Salud Sexual y Reproductiva
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SNU	Sistema de Naciones Unidas
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH/sida	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida

Anexo 1

Política de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2006

Líneas de acción	Metas	Estrategias
Maternidad segura	<p>Reducir en 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable</p> <p>Mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones</p> <p>Fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.</p>	<p>Promoción de la SSR mediante estrategias de Información, educación y comunicación (IEC)</p> <p>Coordinación intersectorial e interinstitucional.</p> <p>Fortalecimiento de la gestión institucional.</p> <p>Fortalecimiento de la participación.</p> <p>Potenciación de las redes sociales de apoyo.</p> <p>Desarrollo de investigación.</p>
Planificación familiar	<p>Incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina</p> <p>Reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas.</p>	
Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes	<p>Reducir la fecundidad a 14% (Línea base 19%) equivalente a 26% del total de embarazos en adolescentes.</p>	
Cáncer de cuello uterino	<p>Alcanzar coberturas de detección temprana con citología cérvico-vaginal (CCV) de 90% y la disminución de la mortalidad por esta causa.</p>	
ITS, VIH/sida	<p>Mantener la prevalencia general por debajo de 0.5%. Reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos. Eliminar la hepatitis B en los recién nacidos.</p>	
Violencia doméstica y sexual	<p>Incrementar en 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores de edad.</p>	

Fuente: Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de salud Sexual y Reproductiva 2003-2006. 2003. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co

Anexo 2

Acciones de coordinación intersectorial e interinstitucional de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Líneas de Acción	Acciones
Maternidad segura	<p>Promover proyectos de educación formal, no formal e informal para que el personal de salud fortalezca sus competencias en maternidad segura.</p> <p>Posicionar en la población (madres, padres y personal de salud) los controles prenatales adecuados y oportunos.</p> <p>Coordinar con los organismos de control las acciones jurídicas de establecimiento de investigaciones o la imposición de sanciones cuando haya lugar.</p> <p>Establecer las acciones correspondientes frente al incumplimiento de la legislación vigente relacionada con la protección laboral de la mujer gestante y en lactancia</p>
Planificación familiar	<p>Promover alianzas estratégicas con el sector educativo formal, no formal e informal, con especial énfasis en los medios de comunicación masiva para propiciar cambios de actitud y desarrollar competencias para la decisión autónoma en la población escolarizada y no escolarizada sobre uso de métodos de planificación familiar, el número y espaciamiento de los hijos y el retardo en el inicio de relaciones genitales.</p>
Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes	<p>Establecimiento de alianzas estratégicas para la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos de formación inicial y en servicio, mediante acciones de educación formal, no formal e informal, dirigidas a los oferentes y demandantes de servicios de SSR y a las redes de las que hacen parte los y las adolescentes, teniendo en cuenta los lineamientos sobre el tema del Ministerio de Educación Nacional para:</p> <p>Formulación conjunta de currículos para el desarrollo de competencias comunicativas y de gestión en los estudiantes de profesiones de la salud en el campo específico del trabajo con adolescentes.</p> <p>La revisión de los contenidos de los libros de educación sexual que se utilizan en las instituciones para que sean precisos y libres de concepciones moralistas.</p> <p>El desarrollo de una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana por parte del recurso humano que trabaja en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los educadores y educadoras sexuales.</p> <p>La implementación de proyectos de educación sexual en las instituciones de educación básica y media que tengan en cuenta las necesidades de los y las adolescentes con participación activa de éstos y los padres y madres de familia en su formulación y seguimiento.</p> <p>La formación de los diferentes miembros de la comunidad educativa (directivos, docentes, padres/madres de familia y estudiantes) en actitudes y prácticas de educación sexual para la creación de un clima de confianza y diálogo entre padres/madres de familia e hijos e hijas, para la prevención del embarazo precoz y para la toma de decisiones informadas en lo que se refiere al inicio temprano de relaciones sexuales y la interacción sexual con diferentes parejas.</p> <p>La formación de los miembros de la comunidad educativa para la prevención de la violencia doméstica (física y psicológica) y la violencia sexual, y la promoción de estilos pacíficos de resolución de conflictos.</p> <p>La obtención y provisión de ayuda psicológica y legal en caso de ser víctimas de violencia doméstica o sexual.</p>

Acciones de coordinación intersectorial e interinstitucional de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

	<p>La generación de proyectos dirigidos a la comunidad en su conjunto, con especial énfasis en las organizaciones de adolescentes, sobre temas relacionados con la educación sexual que involucren como formadores a los y las adolescentes mismos, a los padres y madres de familia y a diferentes miembros de la comunidad.</p> <p>La promoción de proyectos para la implementación de ambientes saludables.</p> <p>El apoyo a programas y proyectos escolares relacionados con la promoción de una vida sana.</p>
<p>Cáncer del cuello uterino</p>	<p>Promover alianzas estratégicas especialmente con el sector educativo y los medios de comunicación masiva para:</p> <p>Realizar cambios normativos en relación con los contenidos de los currículos de los profesionales del área de la salud que incluyan, además de conocimientos, el desarrollo de habilidades prácticas en la detección y tratamiento del cáncer del cuello uterino.</p> <p>Llevar a cabo acciones de educación informal, con el apoyo de los medios de comunicación masiva y las organizaciones de mujeres, para posicionar en la sociedad en su conjunto la citología periódica como medio diagnóstico eficaz para la detección precoz del cáncer del cuello uterino.</p>
<p>ITS, VIH/sida</p>	<p>Que en las instituciones de educación básica y media se contemplen proyectos que promuevan estilos de vida saludables y proyectos de educación para una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana basada no sólo en la genitalidad, sino en todos los elementos psicosociales que la configuran.</p> <p>Los trabajadores de los servicios de salud y los educadores y las educadoras sexuales derrumben barreras de comportamiento frente a la prevención y atención de las ITS, del VIH y del sida o de las personas reactivas al VIH o que viven con sida.</p> <p>Que se formen multiplicadores comunitarios para que lleven a cabo actividades de educación no formal e informal centradas en la promoción de una sexualidad satisfactoria, libre, responsable y sana, de acuerdo con los lineamientos sobre educación sexual del Ministerio de Educación Nacional.</p> <p>Que se realicen proyectos de educación no formal e informal para que las organizaciones sociales y muy especialmente las organizaciones de adolescentes, de mujeres y de homosexuales fortalezcan prácticas en lo que tiene que ver con la prevención de la transmisión de las ITS, del VIH y la convivencia con las personas reactivas al VIH o que vivan con sida.</p>
<p>Violencia doméstica y sexual</p>	<p>Apoyar el fortalecimiento de una instancia de coordinación del nivel nacional para definir los criterios y un modelo general de atención integral a las víctimas de violencia doméstica y sexual que se implemente en todo el país, con las siguientes entidades como mínimo: Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Fiscalía General, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General, ICBF, Instituto de Medicina Legal y Policía Nacional.</p> <p>Implementar las estrategias del componente de violencia intrafamiliar (SIVIF) del sistema de vigilancia en salud pública, (SIVIGILA), buscando que los municipios queden incorporados al sistema.</p> <p>Acordar con el Ministerio de Educación la incorporación de contenidos sobre violencia doméstica y sexual en los lineamientos de educación sexual.</p> <p>Acciones conjuntas para incorporar en el currículo de las facultades de la salud contenidos relacionados con la detección y atención de casos de violencia doméstica y sexual, y con la responsabilidad jurídica de atenderla y denunciarla.</p> <p>Apoyar el desarrollo de servicios de consejería, refugio, asesoramiento, rehabilitación y servicios asistenciales para las mujeres que hayan huido o corran el riesgo de ser víctimas de violencia doméstica o sexual.</p>

Bibliografía

1. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y El Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
2. Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Disponible en: H:\unfpa\contextointersectorialidad\confmujer.mht
3. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
4. La Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe. Declaración Ministerial Educar para Prevenir. México agosto 1 de 2008 – en el marco de la XVII Conferencia Internacional de SIDA.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Framework for action on adolescents and youth opening doors with young people: 4 keys. New York: UNFPA.
6. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Ley 115 de 1994 “Por la cual se expide la Ley General de Educación”. Disponible en: www.mineducacion.gov.co.
7. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Resolución 1860 de 1994 “Por la cual se reglamenta parcialmente la Ley 115 de 1994, en los aspectos pedagógicos y organizativos generales”.
8. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Modulo 1 la dimensión de la sexualidad en la educación de nuestros niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Bogotá: Ministerio de Educación y UNFPA. 2008.
9. Convenio 620 de 2009 entre Ministerio de la Protección Social de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mapa de competencias y responsabilidades en salud y educación para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. 2010. No publicado.
10. Presidencia de la República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 1998-2002. Cambio para Construir la Paz. Disponible en: www.dnp.org.co.
11. Presidencia de la República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 Hacia un Estado Comunitario. Disponible en: www.dnp.org.co.
12. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Política Nacional de salud Sexual y Reproductiva 2003-2006. 2003. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co. Disponible en: www.minprotecciosocial.gov.co.
13. Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes 91 Metas y estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015. 2005. Disponible en: www.dnp.gov.co.

14. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Decreto 3039 de 2007 "Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010". Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co.
15. Congreso de la República de Colombia. Ley 972 de 2005 " por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/sida". Diario oficial 45970 de julio 15 de 2005.
16. Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA. Grupo Temático para Colombia, Grupo de Trabajo Intersectorial en VIH/sida. Plan Nacional de Respuesta ante El VIH y el sida. Colombia 2008-2011. Bogotá: Pro.offset; 2008.
17. Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006 "Por la cual se expide el código de la infancia y adolescencia"
18. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Decreto 444 de 2006 "Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva". Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co.
19. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia 388 de 2009.
20. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Modulo 3 Ruta para desarrollar Proyectos Pedagógicos de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. Bogotá: Ministerio de Educación y UNFPA. 2008
21. Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud. Colombia. Plataforma estratégica; 2008 (No publicado).
22. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC). Guía para el fortalecimiento a las secretarías de educación y establecimientos educativos. (No publicado)
23. Ministerio de la Protección Social de Colombia Convenio de cooperación entre Ministerio de la Protección Social con El Fondo De Población de Naciones Unidas (UNFPA) para diseñar e implementar procesos de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, que contribuyan a asegurar en todo el territorio nacional su libre y efectivo ejercicio. (No publicado).
24. PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva. Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá: PROFAMILIA. 2005. Disponible en: www.profamilia.org.
25. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Colombia. Defunciones maternas y nacimientos en 2008. Disponible en: www.dane.gov.co
26. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Colombia. Defunciones por Grupo de Edad y Sexo, Según Departamentos de Ocurrencia y Grupos de Causas de Defunción 2008. Disponible en: www.dane.gov.co
27. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional para la Violencia. Violencia hacia la mujer infligida por su pareja Colombia 2004-2008. Disponible en: www.medicinalegal.gov.co
28. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia Intrafamiliar. Colombia, 2009 Niños, niñas, adolescentes y mujeres, las víctimas de la violencia intrafamiliar. Disponible en: www.medicinalegal.gov.co

29. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Centro de Referencia Nacional para la Violencia. Mujeres valoradas por violencia sexual física Colombia 2004 – 2008. Disponible en: www.medicinalegal.gov.co
30. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Informes Periciales Sexológicos, 2009 Violencia Sexual Contra La Pareja. Disponible en: www.medicinalegal.gov.co
31. Entrevista MI02 por Claudia Lily Rodríguez y Jinneth Hernández en Septiembre de 2010.
32. Entrevista G02 realizada por Jinneth Hernández y Claudia Lily Rodríguez en Octubre de 2010.
33. Entrevista MI01 realizada por Claudia Lily Rodríguez y Jinneth Hernández en Septiembre de 2010.
34. Mesa Intersectorial de Adolescencia y Juventud. Plan de Acción 2009-2010. Memorias del Reunión de la MINAJU. Bogotá, Colombia, septiembre 2008. (No publicado).
35. Entrevista MI03 realizada por Jinneth Hernández y Claudia Lily Rodríguez en Diciembre de 2010.
36. Polanco V. Mauricio. Hacia la Construcción de un modelo de gestión integral intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, en los ámbitos regional y local. 2011. (En proceso de edición).
37. Corporación Síntesis. Informe final de sistematización de los procesos formativos del PESCC. 2010 (En proceso de edición).
38. Ministerio de la Protección Social de Colombia y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Marco ético de los derechos humanos sexuales y reproductivos – en el contexto nacional e internacional. 2010. Consolidado por Londoño V. A. Discutido en reunión de expertos con la participación de Sonia Correa (Brasil), Stella Cerruti (Uruguay), Juan Guillermo Figueroa (México), Padre Alberto Múnica (Colombia) y Ricardo Luque (Colombia). (En proceso de edición).
39. Agencia de Comunicaciones Periodismo Aliado de la Niñez, el Desarrollo Social y la Investigación (PANDI). Informe final. Monitoreo a medios de la estrategia de comunicación Por el Derecho a una Sexualidad con Sentido. 2010. (No publicado).
40. Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los DSR. Taller para la Formulación del Plan de Acción 2011 - 2012. Memorias de reunión de la CNI. Bogotá, Colombia, 9 y 10 de diciembre de 2010. (No publicado)
41. Entrevista MI04 realizada por Claudia Lily Rodríguez en Noviembre de 2010.
42. Entrevista MI05 realizada por Mauricio Polanco y Claudia Lily Rodríguez N, en marzo de 2010.





Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

www.minproteccionsocial.gov.co



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

www.unfpa.org.co