



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2019

()

Por la cual se adopta la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad en Colombia

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas en el artículo 5o de la Ley 1751 de 2015, la ley 1953 de 2019, y en desarrollo de lo establecido en el artículo 2 Decreto ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política establece entre otros que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y para el efecto, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que el artículo 5º de la Ley 1751 de 2015 -Estatutaria de Salud- contempla como obligaciones a cargo del Estado, formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igual trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello, la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema, así como la formulación y adopción de políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

Que la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014 - 2021, orienta las acciones estatales para promover el desarrollo de la sexualidad que incluye su disfrute, y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria; así como la transformación de los imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad, no solo orientada por la necesidad de prevención del riesgo de enfermar; a fin de contribuir al logro del más alto nivel de salud integral, desde el ejercicio autónomo de los derechos.

Que conforme a la Agenda 2030 de los objetivos de desarrollo sostenible definida por la Asamblea General de Naciones Unidas, el país se ha comprometido al cierre de brechas en el logro de la equidad y mejora del acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, oportunidad y pertinencia, son referente para esta política: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (objetivo 3) y lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (objetivo 5).

Que la Ley 1953 de 2019, insta al Ministerio de Salud y Protección Social a formular una política pública que establezca unos lineamientos que orienten la prevención y el tratamiento de la infertilidad dentro de los parámetros de la salud reproductiva. El desarrollo de esta política, se promueve, mediante el “sistema de seguridad social en salud”, atendiendo a las disposiciones de la Ley Estatutaria de salud (Ley 1751 de 2015).

Continuación de la resolución: “*Por la cual se adopta la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad en Colombia*”

Que, por lo tanto, se hace necesario adoptar la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad en Colombia, como parte de la garantía y protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* Adoptar la Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad en Colombia, contenidos en el Anexo Técnico que hace parte integral del presente acto.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones de esta resolución se aplicarán en el territorio nacional para todas las entidades que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y aquellas que tienen a cargo acciones en salud.

Artículo 3. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los

JUAN PABLO URIBE RESTREPO

Ministro de Salud y Protección Social

ANEXO TÉCNICO

POLÍTICA INTEGRAL POLÍTICA PÚBLICA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD EN COLOMBIA

Introducción	4
1. Marco político y normativo.....	4
1.1. Políticas y referentes normativos internacionales.	4
1.2. Políticas y normatividad nacional.	5
2. Contexto y Situación	5
3. Enfoques y Principios.....	7
4. Alcance y finalidad de la política	9
5. Objetivo.....	9
6. Componentes y líneas de acción	9
Componente 1. Investigación.....	9
Componente 2: Educación.....	10
Componente 3. Prevención.....	10
Componente 4. Diagnóstico y Tratamiento oportuno	11
Componente 5. Adopción.....	12
7. Gestión y fortalecimiento institucional	12
7.1 Cualificación del talento humano.....	13
7.2 Fortalecimiento de la calidad de la atención de la infertilidad.....	13
7.3 Participación y promoción de la asociación público privada.....	13
7.4. Seguimiento y evaluación.....	14
8. Referencias Bibliográficas.....	15

Introducción

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos Sexuales y los Derechos Reproductivos, (DSDR), la infertilidad cobra importancia en tanto, incide en el ejercicio del derecho a la salud y el proyecto de vida de las personas de acuerdo con las particularidades, situaciones y contextos en el que se encuentren.

La prevención y tratamiento de la infertilidad, hace parte de la apuesta de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014-2021), centrada en una perspectiva de sexualidad integral. Esta Política asume los derechos reproductivos como derechos humanos, y por ende como condición esencial en el abordaje de la sexualidad y la reproducción. En este sentido, la Atención Primaria en Salud, constituye el eje fundamental de la prevención y tratamiento de la infertilidad siendo allí donde se gestiona la promoción y ejercicio del derecho a la salud.

La Ley 1953 de 2019, insta al Ministerio de Salud y Protección Social a formular una política pública que establezca unos lineamientos que orienten la prevención y el tratamiento de la infertilidad dentro de los parámetros de la salud reproductiva. (Art 1º). El desarrollo de esta política, se promueve, mediante el "sistema de seguridad social en salud" (Art 3º) atendiendo a las disposiciones de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015).

Esta Política se estructura considerando los cinco (5) componentes establecidos por la Ley 1953 de 2019, precedidos por el marco normativo y de política, el contexto y la situación, definiendo enfoques y principios, objetivos y alcance que asumen a las personas como sujetos de derecho, y tiene como centro la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

1. Marco político y normativo.

La prevención y tratamiento de la infertilidad, se fundamenta en los siguientes referentes políticos y normativos, internacionales y nacionales.

1.1. Políticas y referentes normativos internacionales.

La Conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, Egipto en 1994 y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) 2015, constituyen dos instrumentos de política internacional que definen los derechos reproductivos de las personas fundamentado en el desarrollo basado en los derechos humanos.

La Conferencia internacional de El Cairo precisa tres (3) elementos básicos. El primero, considera los derechos reproductivos que se sustentan en el reconocimiento del derecho básico de todos a decidir libremente sobre el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de información y medios para ello, y el derecho a disfrutar del nivel más elevado posible de salud sexual y salud reproductiva. El segundo, el derecho de todos a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia en coherencia con los derechos humanos. El tercero, el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva, el cual se debe dar en el marco de la Atención Primaria en Salud, que comprende entre otros, educación, asesoramiento y servicios, acorde con los requerimientos de la atención en salud de la sexualidad humana y salud reproductiva, la maternidad y paternidad responsable; la prevención y el tratamiento adecuado de la infertilidad, la interrupción voluntaria del embarazo de conformidad con las leyes de cada país, la prevención del aborto inseguro y el tratamiento de sus consecuencias, el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva.

Dos de los objetivos de los ODS, en los cuales el país se ha comprometido para el cierre de brechas en el logro de la equidad y mejora del acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, oportunidad y pertinencia, son referentes para esta política: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (objetivo 3) y lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (objetivo 5).

Por otra parte, el Consenso de Montevideo Sobre Población y Desarrollo (2013) al reafirmar que la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos es esencial para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental, acordó revisar la legislación, las normas y prácticas con el objeto de ampliarla y asegurar la provisión de servicios integrales en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas y garantizar en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales.

1.2. Políticas y normatividad nacional.

La Constitución Política de 1991, consagra los derechos fundamentales, entre ellos, el derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la intimidad personal y familiar, al libre desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia, pensamiento y opinión, a tener una familia, a la atención en salud y a la educación. Todos estrechamente relacionados con el desarrollo humano, la sexualidad y las decisiones sobre la reproducción, que se configuran en el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

La Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015), en coherencia con la Constitución Política Nacional, reconoce la salud como un derecho fundamental. Esta Política, aplica de la Ley Estatutaria de Salud, el principio de progresividad del derecho, que implica la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías para la prevención y atención de la infertilidad, la ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano en esta materia. Así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y de tecnologías que impidan el acceso a la información apropiada y la atención de la infertilidad.

En desarrollo de esta ley, desde la Política sectorial vigente, se plantea la integralidad de la atención, la cual ordena por curso de vida las intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud sexual y reproductiva y la atención materno perinatal.

En esta misma línea el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, define como una de sus dimensiones prioritarias la Sexualidad, los Derechos Sexuales y Reproductivos con el objetivo de promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de estos derechos en las personas, grupos y comunidades con enfoque de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral en salud.

Así mismo, la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos -PNDSDDR- 2014, orienta las acciones estatales a promover el ejercicio de estos derechos y el desarrollo de la sexualidad; trascendiendo de la atención del evento hacia una comprensión integral de la salud y el ser humano.

La Ley 1953 de 2019 que da origen a esta política pública de prevención y tratamiento de la infertilidad, la cual define infertilidad como "una enfermedad del sistema reproductivo que impide lograr un embarazo clínico después de doce (12) meses o más de relaciones sexuales no protegidas" (Art 2), establece cinco componentes referidos a: la investigación, la prevención, la educación, el diagnóstico y tratamiento oportuno y la adopción.

2. Contexto y Situación

La infertilidad, se considera a nivel mundial como una problemática en salud. No obstante, esta puede variar debido a la heterogeneidad en su conceptualización, diferencias poblacionales y la manera como se cuantifica, entre otros factores (1). Adicionalmente, algunos estudios reportan que la prevalencia mundial de infertilidad varía entre el 3% y el 16.5% en países desarrollados y entre el 3.9% y 9.3% en países no desarrollados (2).

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud –OMS-, cataloga la infertilidad como un problema de salud pública (2). La infertilidad está definida como la incapacidad para lograr un embarazo clínico, después de un periodo de 12 meses de mantener relaciones sexuales sin protección (3) y a pesar de ser considerada una patología, no compromete ni amenaza la vida de un individuo, sin embargo, puede tener un impacto negativo en la vida de las personas, quienes se ven expuestas a presiones familiares y sociales que a su vez influyen sobre su capacidad reproductiva (4).

Las causas de la infertilidad pueden estar atribuidas a las condiciones de salud reproductivas de las mujeres, los hombres o de ambos. Al respecto, un estudio realizado por la OMS, en países desarrollados, reportó que el factor femenino estuvo asociado en el 37% de los casos, el factor masculino en el 8%, ambos factores asociados en el 35% mientras que el 20% restante fueron diagnosticadas con infertilidad inexplicada (5). Así mismo, la infertilidad se encuentra asociada a múltiples factores como la edad, la exposición a factores ambientales tóxicos, drogas y medicamentos, exposición a radiación, patologías de base, entre otros (4).

En Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDS) 2015, el 12,1% de las mujeres de 15 a 49 años que desean uno o más hijas o hijos han tenido problemas de fertilidad. La situación de la infertilidad se concentra en el grupo de mujeres de 40 a 44 años con el 25.4%.

El 13.6% de las mujeres con problemas de infertilidad, han alcanzado un nivel educativo superior, seguido de las de nivel educativo básico primaria (11.5%), sin educación formal (10%) y secundaria (8%). Las mujeres con nivel de educación superior son el grupo que reporta el más alto porcentaje de consulta con un especialista (45.1%), al igual que las de los quintiles de riqueza alto y más alto (41.8% para los dos grupos), las del grupo en el quintil más bajo de riqueza reportan el menor porcentaje de consulta con especialista (31.7%) al igual que las mujeres que no están buscando más hijos (18%) (14)

La situación expuesta le permite comprender al país que las diferentes necesidades en salud reproductiva son necesidades simultáneas y relacionadas entre sí, por lo tanto las personas no pueden alcanzar un completo estado de salud y bienestar en cuanto a la sexualidad y la reproducción si tienen algún elemento de la salud reproductiva ausente, como ocurre en las personas que padecen infertilidad.

Desde esta perspectiva, se presentan las principales causas de la infertilidad, ordenadas por factores relacionados con los estilos de vida, ambientales y biológicos:

- **Factores asociados a los estilos de vida.** Comprende las concepciones, prácticas socioculturales, comportamientos y hábitos que configuran formas de vida y se dan en situaciones y contextos determinados. Los cuales, pueden poner en riesgo la salud de las personas y generar condiciones que resulten en infertilidad como infecciones de transmisión sexual, por ejemplo. (7)

La obesidad, algunas veces afecta la capacidad reproductiva, pues, se ha comprobado que puede originar hiperestrogenismo, que se asocia a alteraciones hormonales, sexuales y espermáticas (8). De igual forma el peso excesivamente bajo con índices de masa corporal inferior a 18, se asocia a anovulación por alteraciones neuroendocrinas, fundamentalmente hipotalámicas (9).

El tabaco, consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas, pueden disminuir la calidad, la cantidad y la motilidad de los espermatozoides, siendo este el parámetro que más se afecta, así mismo el tabaquismo puede aumentar el número de espermatozoides con anomalías y disminuir su capacidad de fertilizar a los óvulos.

El tabaquismo, se ha relacionado también con disminución de la motilidad de las cilias, disminución del porcentaje de captación ovocitaria y aumento de la posibilidad de embarazo ectópico. A nivel uterino, el tabaquismo disminuye la vascularización, hay menor tasa de implantación (10).

Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol ha sido asociado a alteración en la maduración ovocitaria, con las consecuentes alteraciones en la producción de estrógenos, ovulación y mantenimiento de fase lútea, así mismo altera la absorción de nutrientes, entre ellos el ácido fólico, esencial para el adecuado desarrollo del sistema

neural del feto. El consumo de marihuana, cocaína, heroína, cafeína¹, anfetaminas, LSD, entre otros, pueden producir daños en óvulos y espermatozoides y, en caso de embarazo, pueden atravesar la placenta y lesionar severamente al feto (11).

De otra parte, factores relacionados con la decisión reproductiva como la postergación de la maternidad y paternidad, se han considerado como una de las potenciales causas de la infertilidad. A medida que aumenta la edad de la mujer disminuye su fertilidad, la cual va descendiendo gradualmente a partir de los 30 años, en forma más marcada a partir de los 35 años y cae notablemente después de los 40 años. El momento de mayor fecundidad se da entre los 20 y 30 años. Así mismo, la edad avanzada de los padres incluye el aumento del riesgo de alteraciones cromosómicas, el cual es progresivo a medida que aumenta la edad (12).

- **Factores ambientales.** Comprenden las exposiciones ambientales que generan riesgo para la reproducción, entre ellos, los contaminantes como los pesticidas, el plomo, el mercurio, el cadmio, el aluminio, los solventes orgánicos, las radiaciones y los gases combustibles, así como también la exposición a altas temperaturas por períodos prolongados, los cuales ejercen un efecto negativo sobre la producción espermática.
- **Factores biológicos asociados a la infertilidad.** Son aquellos relacionados con los procesos fisiológicos y anatómicos que interfieren en la reproducción, entre los cuales se encuentran las alteraciones endocrinas, de la espermatogénesis, del transporte de espermatozoides, de la ovulación, uterinas y tubáricas.

3. Enfoques y Principios

La Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad, plantea como referentes los siguientes enfoques:

- a. **Enfoque de derechos.** Reconoce la titularidad de los derechos de los sujetos individuales y colectivos, promoviendo el valor esencial de la vida, en el marco de una existencia con dignidad y en condiciones de justicia. Este enfoque promulga a los derechos humanos, y con ellos los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Para la política el enfoque de derechos supone la base determinante para la toma de decisiones de cada persona sobre su vida, su cuerpo, y con ello sobre sus opciones reproductivas, las que incluyen el deseo de reproducirse o no, el momento de inicio de la reproducción, los periodos intergenésicos y el número de hijos que desea tener, en caso de optar por ello.

- b. **Enfoque diferencial.** Se entiende como la orientación para el análisis y abordaje de las diferencias y la diversidad que generan condiciones de desigualdad y exigen formas atención adecuada a las particularidades, necesidades e intereses poblacionales y territoriales. Se orienta a reivindicar los derechos de todas las personas, considerando acciones pertinentes. En este caso, considerando las situaciones y contextos particulares de las personas con infertilidad.
- c. **Enfoque de género.** Desde este enfoque, se reconoce al género como categoría constitutiva del ser humano como sujeto. Aborda el análisis de las desigualdades asociadas con las construcciones de género que constituyen un determinante estructural de la vida de las personas. Para el caso de esta política, este enfoque resalta el proceso de reproducción, relacionado con los roles de género, como sucede en la interpretación de las responsabilidades de las mujeres y lo femenino frente a la reproducción, así como el efecto de la infertilidad en el rol de la masculinidad, impuesta a los hombres, que promueve condiciones de presión social dirigida a forzar a los hombres a tener hijos para reafirmar su masculinidad.

En este sentido, estos enfoques asumen la integralidad del ser humano y su desarrollo, lo que hace necesario por parte de los profesionales de la salud que se comprenda el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, apoyados por un análisis inter seccional, enfoque que implica la consideración de múltiples variables relacionadas con el

¹ Cabe señalar que el consumo de cafeína, en particular en el café, arraigado y condición identitaria cultural del país, puede ser riesgoso, atendiendo al carácter e intensidad, o incluso al grado de consumo de cafeína que los estudios han asociado con infertilidad. Esto implica bebidas con alto contenido de cafeína, y frecuencia de su consumo, para valorarlas como riesgosas para derivar en infertilidad.

curso de vida, la pertenencia étnica, el género y la clase social, entre otros. Impacta, tanto la comprensión, análisis como el abordaje de la condición.

Principios. Esta política, desde la perspectiva de derechos y el marco de la atención integral, se rige por los siguientes principios:

- a. **Dignidad Humana:** se entiende como el ejercicio del derecho a la autodeterminación en el marco de otros derechos fundamentales, en este caso la salud y el libre desarrollo de la personalidad. Para la presente política, se tendrá en cuenta que, en ejercicio de la autonomía reproductiva, la persona podrá establecer para su plan de vida y según su momento del ciclo vital, lo que considera: (i) bienestar, (ii) las condiciones adecuadas para alcanzar ese bienestar y (iii) cómo quiere ejercer su autonomía reproductiva. Este principio es relevante para el desarrollo de esta política para que esta se de en condiciones de igualdad, equidad y libertad para todas las personas en edad reproductiva.

Debe tenerse en cuenta que el concepto de dignidad humana inherente a todas las personas de la especie humana y con ello a sus tejidos y células, es diferente al ejercicio de la autonomía para definir lo que es digno desde el marco de valores de la persona. Por lo que, se deberá reconocer este concepto, dentro de los procesos y procedimientos de reproducción humana asistida, para la garantía de la protección de la explotación de las partes que participan en el proceso, así como para evitar cualquier alteración de la individualidad y diversidad del genoma humano.

- b. **Autonomía Reproductiva:** El ejercicio de la autonomía reproductiva en el marco de la presente política se basa en el reconocimiento de que la autonomía reproductiva, que es un proceso contextualizado, el cual se extiende antes y después de la concepción, y para que sea garantizado depende de un proceso de toma de decisiones verdaderamente libre e informado, y principalmente determinado por los valores de la persona y sus compromisos sobre su cuerpo.

Este principio implica la garantía de condiciones para el ejercicio de la libertad de los sujetos, eliminando aquellas concepciones y prácticas que limitan la reproducción como: el control coercitivo sobre la reproducción, la anticoncepción forzada, el aborto forzado, la mutilación genital, la esterilización forzada y otras prácticas nocivas.

- c. En desarrollo de sus principios, esta política exige un **análisis desde la Justicia Distributiva**, el cual permite acciones proporcionales frente a las necesidades y preferencias individuales en el marco del sistema de salud. Este análisis, permite que el ejercicio de la autonomía reproductiva, se de en la garantía de los derechos desde la racionalidad de las intervenciones de salud.

Para la presente política pública, la justicia distributiva actuará como medida de equilibrio frente a la autonomía reproductiva, buscando que las atenciones relacionadas con los procesos de diagnóstico y tratamiento para la infertilidad se den sin afectar a las garantías de los demás usuarios del sistema.

En consecuencia, los principios antes listados serán rectores de la implementación de la política con el objeto de que esta, alcance la ponderación entre la autonomía reproductiva y el principio de dignidad humana, teniendo en cuenta el contexto de cada persona atendiendo siempre las relaciones de costo-beneficio y riesgo-daño de la intervención específica, frente al reconocimiento del carácter limitado de los recursos sanitarios (13) y la necesidad de mantener la sostenibilidad del Sistema de Salud.

En ese sentido, no se puede perder de vista, en primer lugar, que los derechos humanos y fundamentales no son objeto de una protección absoluta e incondicionada, tienen la misma jerarquía abstracta y son interdependientes entre sí. De tal modo, que el derecho a la salud tampoco tiene un carácter absoluto, y por ello, el mismo ordenamiento jurídico, como se ha visto, admite y valida algunas limitaciones al mismo, como por ejemplo ocurre con la exclusión, o ampliación progresiva.

4. Alcance y finalidad de la política

Contribuir al logro de condiciones de salud y bienestar en cuanto a la salud sexual y reproductiva de las personas afectadas por la infertilidad, desde el desarrollo de una política pública que fomenta la prevención y el tratamiento oportuno desde una perspectiva de atención integral en salud garante de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

5. Objetivo

Establecer los lineamientos para la prevención y tratamiento de la infertilidad en el marco de la política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.

6. Componentes y líneas de acción

Los siguientes componentes y líneas de acción orientan la implementación de la política en consideración de la legislación vigente:

- Investigación.
- Educación.
- Prevención.
- Diagnóstico y Tratamiento Oportuno.
- Adopción.

Componente 1. Investigación

Este componente, orienta a promover procesos de investigación que aporten a la mayor comprensión, profundización y actualización en temas asociados a las causas, consecuencias y alternativas médicas, científicas y éticas del abordaje integral de la infertilidad con énfasis en la prevención y el tratamiento oportuno. Fomenta la investigación en el sector público, privado y de la cooperación, sobre las diversas causas de la infertilidad, su prevención y tratamiento.

Líneas de acción:

1. **Prevención y Tratamiento de la infertilidad:** Implica la comprensión integral de la infertilidad desde el reconocimiento de la complejidad de factores relacionados, que incluyen causas asociadas a los estilos de vida, ambientales, biológicas e incluso aquellas de orden psicológico y social. Igualmente, se incluye la consideración de estudios biomédicos y de evaluaciones económicas, de tecnologías en salud relacionados con el diagnóstico y la atención de la infertilidad, aspectos bioéticos, organización y prestación de los servicios de salud, análisis de carga de enfermedad, nanotecnología, entre otros. Lo anterior buscando que las áreas de investigación cubran aspectos relevantes y que suman a la investigación que se pueda dar en cuanto a técnicas de reproducción asistida.
2. **Gestión de la información y del conocimiento en prevención y tratamiento para la infertilidad.** Comprende la posibilidad de generar información y evidencia suficiente, pertinente, oportuna, confiable y asequible para tomar decisiones en salud, a través de la disponibilidad e integración de las fuentes de información y la investigación en salud pública. Igualmente, permite planificar y coordinar los flujos de conocimiento, adquisición y uso de los mismos, en las estrategias y procesos de prevención y atención integral de la infertilidad. Vale señalar además, la importancia de promover la creación y vinculación con redes de investigación nacional e internacional en la materia.

Componente 2: Educación

Este componente se plantea desde una perspectiva de educación integral para la sexualidad según el momento de vida de cada persona y sus circunstancias. Comprende el desarrollo de capacidades sobre la asunción de modos y estilos de vida saludables como factores protectores y la comprensión de la importancia que tiene el cuidado que incluye el cuidado de sí y el cuidado mutuo enmarcado en la corresponsabilidad. Así mismo, la información sobre infertilidad y su abordaje terapéutico, su relación con otras patologías, así como sobre los programas y tratamientos de la infertilidad, entre otros, y su corresponsabilidad asumida también como pagos compartidos.

Algunos aspectos a tratar se relacionan con la educación para la vida, la autonomía, la libertad, el respeto, la dignidad, la garantía de no discriminación, la igualdad y equidad de género, así como la prevención, atención y erradicación de la violencia en las relaciones de pareja, incluyendo la violencia sexual. Todos estos temas asociados con condiciones que pueden derivar en infertilidad.

Líneas de acción

1. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Implica una formación integral sobre el reconocimiento de la autonomía, del derecho a la salud y de la salud sexual y reproductiva desde la primera infancia y a lo largo del curso de vida.
2. Equidad de género. Comprende el desarrollo de capacidades para el reconocimiento de las condiciones de desigualdad asociadas a las construcciones de género y los sistemas de discriminación que las determinan, así como las intervenciones para reducirlas con especial énfasis en aquellos determinantes que se relacionan con la infertilidad.
3. Educación para la prevención y tratamiento de la infertilidad. Implica procesos de información, educación y comunicación para el desarrollo humano, sobre los factores de riesgo y protección asociados con los estilos de vida, así como los de orden biológico y ambiental. De igual forma, información amplia y suficiente sobre los tratamientos para la infertilidad y sus posibles resultados, tanto para padres y madres, como para hijos producto de los mismos y su impacto en la dinámica familiar y de sostenimiento.

Componente 3. Prevención

Este componente está orientado al desarrollo integral e interdisciplinar de estrategias de prevención de la infertilidad y de las enfermedades y factores asociados a ésta, atendiendo a los modos, condiciones y estilos de vida de las personas por curso de vida, y entornos.

Líneas de acción

1. Prevención de factores de riesgos asociados a los estilos de vida: comprende acciones dirigidas a desarrollar capacidades individuales que incidan en la adopción de prácticas saludables, que reduzcan o eviten riesgos asociados con conductas sexuales de riesgo, la obesidad, la malnutrición, el consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades crónicas prevalentes, entre otras.
2. Prevención de causas asociadas a factores ambientales: implica la transformación de los entornos que son potencialmente nocivos, y se asocian específicamente a factores químicos y físicos del ambiente.
3. Prevención de causas asociadas a factores biológicos. Comprende todas las acciones orientadas a la identificación y detección temprana de alteraciones fisiológicas y anatómicas, así como la intervención terapéutica oportuna de éstas.

Componente 4. Diagnóstico y Tratamiento oportuno

El diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, se realiza a partir de la atención primaria en salud. De este modo, la atención inicial se orientará a establecer la etiología de la infertilidad, y una vez realizado el diagnóstico, se preverá un plan integral de cuidado y tratamiento que incluye la intervención por parte de un equipo interdisciplinario a fin de brindar soporte frente a posibles efectos emocionales, provocados por las formas de asumir la infertilidad y las consecuencias del tratamiento.

Cabe anotar que el acceso al tratamiento de la infertilidad, implica considerar la garantía de atención integral a todas las personas en el marco de la atención primaria en salud principalmente aquellas personas con intención reproductiva a corto plazo, que en la consulta preconcepcional de la ruta materno perinatal se sospeche de infertilidad, salvo, que existan condiciones de excepción establecidas por la normatividad vigente o en el lineamiento de atención dictado para este fin, derivado de esta política.

Líneas de acción

Este componente comprende dos líneas de acción:

1. Integralidad de la atención en salud

Se orienta a la evaluación de necesidades y riesgos para la salud que pueden conllevar a situaciones de infertilidad, o a tratar la infertilidad que ya tiene confirmación diagnóstica. Implica un plan integral de cuidado, asesoría y seguimiento permanente acorde con las necesidades de cada caso. Comprende la aplicación de los principios de la atención integral en salud con calidad, garantía de continuidad y oportunidad; así como la optimización de recursos y búsquedas de alternativas terapéuticas costo-efectivas que comprende un abordaje interdisciplinario y pone énfasis en los procesos de la Atención Primaria en Salud en complementariedad con la atención especializada cuando sea requerida.

1.1 Valoración integral para el diagnóstico de la infertilidad. Comprende el proceso de evaluación clínica que permite establecer el estado de salud y su relación con la sospecha diagnóstica de infertilidad haciendo uso de las tecnologías requeridas para la identificación y clasificación de los hallazgos producto de la atención en salud en todos los niveles de atención según exista indicación.

1.2. Tratamiento de la infertilidad

Para efectos de esta política y a partir de la confirmación diagnóstica, se debe establecer un plan de cuidado y manejo, que incluye el tratamiento de acuerdo a la etiología y a lo dispuesto en los beneficios en salud garantizados a través de los mecanismos de protección, según la normatividad vigente.

El tratamiento comprende la atención de las comorbilidades asociadas a la infertilidad, así como las intervenciones orientadas a la transformación de modos, condiciones y estilos de vida. Se consideran además de apoyo fundamental en este proceso, incluir si fuese necesario en la determinación del plan de cuidado, apoyo psicológico y el abordaje familiar integral que demanda la aproximación de la infertilidad, si fuere el caso.

Una vez resueltas las posibles comorbilidades y ante la persistencia del diagnóstico de infertilidad, el tratamiento incluye técnicas de baja complejidad y de acuerdo a la evolución de los casos, conforme al seguimiento y al criterio clínico puede acudir a técnicas de alta complejidad.

Es de anotar que las intervenciones enunciadas estas sujetas a lo contemplado en los beneficios en salud garantizados a través de los mecanismos de protección, según la normatividad vigente y la reglamentación en cuanto a técnicas de reproducción asistida.

2. Gestión de las Redes de prestación de servicios para la atención a personas con diagnóstico de infertilidad.

De acuerdo a las competencias de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS-, se actuará en consecuencia atendiendo lo dispuesto en esta política y la normatividad vigente relacionada. Siendo fundamentales las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficios en Salud -EAPB y la organización de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS para la atención básica y especializada, las cuales deben garantizar dentro de los servicios que las conforman la integralidad de la atención de la infertilidad, asegurando pertinencia, continuidad, y oportunidad.

Esto implica el fortalecimiento de las competencias del talento humano en salud, la cualificación en los procesos de atención, así como la disponibilidad y acceso de los servicios.

El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá progresivamente, los aspectos técnicos, la inclusión de tecnologías y los mecanismos de financiación para el acceso a los tratamientos previamente descritos (art. 4 Ley 1953).

Componente 5. Adopción

La adopción constituye una medida fundamentalmente de protección de la niñez, establecida en el marco de la Ley 1098 de 2006, que la define y da las directrices para su cumplimiento y regulación, en conformidad con lo promulgado en la Convención Internacional de los derechos del niño (1989).

Para efectos de esta Política, este componente se dirige a orientar a las personas infértiles acerca de los requisitos para paternar o maternar a través de la adopción con el propósito de que estas personas solicitantes, tengan la información suficiente y sean consideradas como alternativa para la crianza de un niño o adolescente, a quien el Estado Colombiano en cumplimiento de lo establecido en la Constitución Nacional y tratados internacionales, les debe garantizar el derecho a crecer en el seno de una familia garante de derechos.

En aquellos casos en los cuales se ha demostrado por las autoridades competentes que un niño, niña o adolescente cualquiera no puede crecer con su familia biológica o extensa, es deber del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) convocar a personas que deseen constituirse en padres a través de la adopción y determinar los mecanismos por la satisfacción del derecho de los menores de edad que se encuentran en situación de adoptabilidad.

7. Gestión y fortalecimiento institucional

La implementación de esta política de prevención y tratamiento de la infertilidad, requiere de un proceso de gestión de carácter sectorial e intersectorial en el marco de la atención integral en salud. En esta lógica, la gestión y el fortalecimiento institucional se entiende como un proceso que promueve acciones planificadas que inciden en la organización funcional y formas de actuación para dicho cumplimiento.

7.1 Cualificación del talento humano para la prevención y tratamiento de la infertilidad

La prevención y atención de la infertilidad, requiere de un talento humano formado, con conocimientos bioéticos y suficientes en este campo de estudio, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, reconocimiento de la dignidad y la autonomía reproductiva como principios orientadores de esta política.

Garantizar profesionales idóneos, implica que la formación, capacitación y entrenamiento del talento humano, en especial desde la educación formal, incluya contenidos y desarrollo de capacidades pertinentes, lo que requiere la transformación de currículos académicos y la adopción de modelos pedagógicos acordes a las necesidades en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Es necesario fortalecer con el talento humano en salud, procesos de educación integral para la sexualidad, orientados a la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la equidad de género, la prevención y tratamiento de la infertilidad.

7.2 Fortalecimiento de la calidad de la atención de la infertilidad.

Las Instituciones prestadoras de servicios salud que realizan prevención, diagnóstico o tratamiento de la infertilidad deben cumplir con los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores y habilitación de servicios de salud determinados en la reglamentación vigente que para ello expida el Ministerio de Salud y Protección Social

En el marco de lo dispuesto por ésta Política, se promoverá la mejora continua de los procesos de atención con calidad y humanización, de acuerdo a lo definido en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud.

En cumplimiento de lo definido por el Artículo 6° de la Ley 1953 de 2019, los centros de atención especializada autorizados para realizar procedimientos y técnicas de reproducción humana asistida, en el marco del sistema único de habilitación, serán identificados en el registro especial de prestadores de servicios de salud --REPS, de acuerdo con los parámetros que para tal fin se determinen por este Ministerio, para lo cual dispondrá de un término no superior a un año a partir de la expedición de esta política.

Por su parte, el registro de los pacientes tratados se realizará con base en los dispuestos por el Registro Individual de prestaciones de servicios – RIPS-.

De acuerdo a lo establecido por el Decreto 780 de 2016, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tiene la competencia para la inspección, vigilancia y control de los requisitos que deben cumplir los Bancos de Gametos y Embriones, los cuales se encuentran contenidos en la Resolución 3199 de 1998 “Por el cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para el Funcionamiento de los Bancos de Componentes Anatómicos, de las Unidades de Biomedicina Reproductiva, centro o similares y se dictan otras disposiciones” y en el Decreto 1546 de 1998 “Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979, y 73 de 1988, en cuanto a la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de componentes anatómicos y los procedimientos para trasplante de los mismos en seres humanos, y se adoptan las condiciones mínimas para el funcionamiento de las Unidades de Biomedicina Reproductiva” De acuerdo a lo anterior, será el INVIMA quien lleve el registro de los bancos de gametos y/o embriones conforme con la normatividad vigente o aquella que la modifique o sustituya.

7.3 Participación y promoción de la asociación público privada.

Constituye un mecanismo para promover la articulación, coordinación y cooperación de entidades públicas y privadas, para orientar y asegurar el cumplimiento de los objetivos de esta política en prevención y atención de la infertilidad.

Para tal fin debe considerar la participación voluntaria de actores involucrados, orientando la participación en la atención de la infertilidad en sus diferentes componentes: investigación, educación, prevención, diagnóstico y tratamiento. Por tanto, se pretende que, para lograr la integralidad de la atención y en materia de prestación de servicios, se cuente con la participación de actores de carácter privado, mixto y públicos, según la disponibilidad de los servicios.

Por tanto, la Asociación Público Privada, se asume como una oportunidad para la implementación de esta política en consideración de estudios, diseño de proyectos, puesta en marcha de procesos y tecnologías, implementación de sistemas de información, seguimiento y evaluación, entre otros.

7.4. Seguimiento y evaluación.

Para efectos de la implementación de esta política se diseñará y pondrá en marcha un mecanismo de seguimiento y evaluación, con el cual se pretende generar información clave y retroalimentación en desarrollo de cada uno de los componentes y líneas de acción de la política. Esto implica garantizar un adecuado plan de acción, acorde con las disposiciones de esta política en todos sus componentes, para el cumplimiento de sus objetivos, y atendiendo a la viabilidad de las normas vigentes y el funcionamiento del

sistema general de seguridad social en salud.

Finalmente, esta política asume los retos que impone abordar de manera integral la prevención y tratamiento de la infertilidad respetando la dignidad humana y la autonomía reproductiva de las personas, lo que exige la revisión permanente de acciones proporcionales frente a las necesidades y preferencias individuales en el marco del sistema de salud.

A su vez, la corresponsabilidad de la sociedad y del individuo está determinada por el número de hijos y los desenlaces que se presenten posterior a los procesos y procedimientos para el tratamiento de la infertilidad, como el sostenimiento de la familia entre otros, así mismo pagos compartidos para los tratamientos requeridos, lo anterior teniendo en cuenta los fines del Estado y la no intervención estatal en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Conforme lo solicita la Ley 1953 de 2019 que da origen a la formulación e implementación de esta política, se construirán los lineamientos técnicos que abarcaran entre otros el protocolo para el tratamiento de la infertilidad con técnicas de reproducción asistida.

8. Referencias Bibliográficas.

1. Datta J, Palmer MJ, Tanton C, Gibson LJ, Jones KG, Macdowall W, et al. Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*. 2016;31(9):2108-18.
2. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*. 2007;22(6):1506-12
3. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertility and sterility*. 2017;108(3):393-406.
4. Brugo-Olmedo S, Chillik C, Kopelman S. Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2003;54:227-48.
5. Recent advances in medically assisted conception. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organization technical report series. 1992;820:1-111.
6. Mondragón Cedeño AL. Prevalencia de causas de infertilidad en una clínica de nivel II de Cali, Colombia - 2002 a 2004. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2008;59:26-30.
7. Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sexually Transmitted Infections*, 2000, 76:80–87
8. Mac Donald AA, Herbison GP, Showell M and Farquhar CM. The impact of body mass index on semen parameters and reproductive hormones in human males: a systematic review with meta-analysis. *Human Reproduction Update*. 2009.
9. Hall, R., Manski-Nankervis, J., Goni, N., Davies, M. C., and Conway, G. S. (2006). Resultados de fertilidad en mujeres con hipopituitarismo. *Clinical Endocrinology*, Volume 65, Issue 1, Pag 71–74.
10. Zenzes M.T. Smoking and reproduction: gene damage to human gametes and embryos. *Human Reproduction Update*. 2000 6:122- 131
11. Jensen. Does moderate alcohol consumption affect fertility? Follow up study among couples planning first pregnancy. *British Medical Journals* 1998 317:505.
12. Committee on Gynecologic Practice of American College of Obstetricians and Gynecologists; Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Age-related fertility decline: a committee opinion. *Human Reproduction* 2008; 90(3):486-7.
13. Johnston J, Zacharias R, The Future of Reproductive Autonomy: Just Reproduction: Reimagining Autonomy in Reproductive Medicine. 2017
14. Ministerio de Salud y Protección Social/Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2015.

Referencias generales consultadas.

1. Ministerio de Salud. Guía para estudio y tratamiento de la infertilidad. Programa nacional de salud de la mujer 2015. Gobierno de Chile.
2. Gobierno Federal. Diagnóstico de la pareja infértil y tratamiento con técnicas de baja complejidad. Estados Unidos Mexicanos. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-621-13
3. O'Flynn N. Assessment and treatment for people with fertility problems: NICE guideline. Br J Gen Pract. 2014;64(618):50–51. doi:10.3399/bjgp14X676609Guia
4. Ministerio de Salud. Guía sobre fertilidad para equipos de atención primaria de la salud. Programa nacional de salud sexual y procreación responsable. República Argentina. 2015.
5. Documento del Conceso de Población y Desarrollo Montevideo 2013.
6. Plan Decenal de Salud Pública. Colombia 2012
7. Resolución 3280 de 2018. Ministerio de Salud de Colombia.
8. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. CEPAL 2018.
9. Decreto 780 de 2016 Ministerio de Salud.