



**DESCRIPCION DE LA GESTION DE LOS SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD EN
EL MUNICIPIO DE NEIVA PARA EL PERIODO 2011 A 2014**

**EMMA CONSTANZA SASOQUE MEÑECA
FAINORY RODRIGUEZ MARTINEZ**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ D.E.
2016**

**DESCRIPCION DE LA GESTION DE LOS SERVICIOS AMIGABLES DE SALUD EN
EL MUNICIPIO DE NEIVA PARA EL PERIODO 2011 A 2014**

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de:

Magister en Salud Pública

Director:

Magister SP, Ana Margaret Raba Sierra

BOGOTÁ, D.E. 2016

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a Dios a mi esposo mis hijas y nieto, que con su apoyo, paciencia amor y esfuerzo contribuyeron para que hoy alcanzáramos un logro más de los propuestos en familia.

Fainory Rodríguez Martínez

A mi esposo por su amor incondicional, a mis hijos y familia por todo el apoyo, a mi esperada Luciana y Dios por esta oportunidad.

Ema Constanza Sastoque Meñeca

A todos los docentes que hicieron parte de nuestra formación académica, por sus valiosos e importantes conocimientos aportados.

Un agradecimiento especial a nuestra Tutora la Doctora Ana Margaret Raba Sierra, sin su incondicional apoyo, su inmenso conocimiento, su incansable paciencia y sabia dirección no lo hubiésemos logrado

**Ema Constanza Sastoque Meñeca
Fainory Rodríguez Martínez**

GLOSARIO

DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos.

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

EPS. Empresa Promotora de Salud.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

MPS. Ministerio de la Protección Social.

SGSSS. Sistema General de Seguridad Social en Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud

INS: Instituto Nacional de Salud

SSAAJ: Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

UNFPA: Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes

SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

CIPD: Conferencia Internacional sobre la población y el Desarrollo

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

NV: Nacidos vivos

PP: Política Pública

SGP: Sistema General de Participaciones

CARDIPAZ: Corporación para el desarrollo integral y la paz del surcolombiano

SECOP: Sistema Electrónico de Contratación Pública

RESUMEN

En el presente trabajo se describen cambios en los indicadores embarazo en adolescentes y la inversión en modelo Servicios Amigables en Salud en el Municipio de Neiva, entre 2011 a 2014; desde el año 2008 el modelo fue implementado en el municipio buscando disminuir embarazo de adolescentes y jóvenes, las estadísticas nacionales y municipales analizadas arrojaron que no se presentó la reducción esperada del 26% a nivel nacional esta tan solo alcanzo el 8.3%, situación similar ocurrió en Neiva, actualmente el modelo es reducido a una actividad incluida dentro del Plan de Intervenciones colectivas (PIC) que no tiene en cuenta la integralidad y dimensión esperada; la Institución Prestadora de Salud (IPS) contratada para implementar y adoptar el modelo presta solamente consulta preferencial. En el periodo observado hay un leve incremento en la tasa de natalidad en adolescentes (x 10.000) entre 10 y 14 años, en el grupo de 15 a 19 años no se observa incremento, por su parte la inversión de recursos sectoriales pareciera ser muy similar en los diferentes años, pero si convirtiéramos estas cifras a pesos constantes sería evidente un decremento en inversión y contratación. Se reconoce que la gestación adolescente no depende del sector salud por lo que es necesario desarrollar estudios que incluyan mayor número variables y una análisis que trascienda este estudio descriptivo; se debe resaltar que los indicadores observados y su proceso de búsqueda dejan ver poco empoderamiento de los actores de SGSS y no identificación como parte de los garantes derechos sexuales y reproductivos para adolescentes y jóvenes.

ABSTRACT

This work describes the changes in the pregnancy rate indicators among adolescents and the investment in the “Friendly Health Services” (Servicios Amigables en Salud) model in the municipality of Neiva between 2011 and 2014. The model was implemented in the municipality in 2008 with the aim of reducing the number of pregnancies among adolescents and young ones. The national and municipal statistics analyzed showed that the expected reduction of 26% was not achieved. On a national level, only a reduction of 8.3% was reached and the situation was similar in Neiva. Currently, the model has been reduced to an activity included within the Collective Intervention Plan (Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)) which does not take into account the scope and dimensions hoped for. The Health Provider Institution (Institución Prestadora de Salud (IPS)) contracted to adopt and implement the model, only provides preferential consultations. In the period under observation there was a slight increase in the birth rate among adolescents (x 10,000) between 10 and 14 years of age; in the group of those from 15 to 19 years of age no increase was seen. On the other hand, the investment of sectorial resources would seem to be very similar over the different years, but if we were to convert these figures to constant pesos, a decrease in investment and contracting would be evident. It is recognized that adolescent pregnancy is not dependent on the health sector, so it is necessary therefore to develop studies that include a greater number of variables and an analysis that transcends this descriptive study. It must be emphasized that the indicators observed and the process of searching through them revealed little empowerment of the actors within the General System of Social Security in Health (Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)) and their

lack of identity as part of the guarantee of the sexual and reproductive rights of adolescents and young ones.

PALABRAS CLAVES: “Servicios Amigables” Desc Servicios Ambulatorios de Salud, Embarazo adolescente, Servicios de Salud del adolescente, Colombia

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	xii
1. EL PROBLEMA	1
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	2
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	2
3. JUSTIFICACIÓN	3
4. MARCO DE REFERENCIA	5
4.1 MARCO TEORICO.....	5
4.1.1. Concepto de los jóvenes en los servicios de salud.....	5
4.1.2. Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ).....	9
4.1.3. Cómo funcionan los SSAAJ	11
4.1.4. Análisis de política pública.....	14
4.2 MARCO LEGAL.....	21
4.2.1 Normatividad Internacional	24
4.2.2. Normatividad Nacional.....	26
4.2.2.1. Constitución Política.....	26
4.2.2.2. Código de la Infancia y la Adolescencia.....	29
4.2.2.3. Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021	31
4.2.2.4. Resolución 518 de 2015.....	32
4.2.2.5 Sistema General de Participaciones	32
4.3 MARCO CONTEXTUAL.....	33
4.3.1. Población en Neiva	33

4.3.2. Características de la región:	34
4.3.3. Salud:	35
4.3.4. Educación:.....	35
4.3.5. Programa de ayuda social (Menos Pobreza):.....	35
4.3.6. Vivienda, agua y saneamiento básico	36
4.3.7. Balance de salud sexual y reproductiva en el Huila	36
4.3.8. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes	37
4.3.9. Derechos sexuales.....	37
4.3.10. Derechos reproductivos	38
5. METODOLOGÍA.....	39
5.1 TIPO DE ESTUDIO	39
5.1.1 Diseño del estudio.....	39
5.1.2 Muestra del estudio	39
5.1.3 Fuentes de información.....	40
5.1.4 Análisis de información	40
5.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
6. DESARROLLO DEL TRABAJO	42
6.1 VARIABLES DE ESTUDIO DESCRIPTIVO - RETROSPECTIVO	43
6.1.1 Número de Embarazos de las gestantes atendidas 2011 a 2014	46
6.1.2 Análisis financiero:	50
7. RESULTADOS	55
8. DISCUSION	57
9. CONCLUSIONES.....	58
10. RECOMENDACION	60
BIBLIOGRAFIA.....	62

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Población adolescente en Neiva 2011 a 2014.....	42
Tabla 2. Nacimientos en Colombia y Neiva 2011 – 2014, rango de Edad de 10 a 24 años	44
Tabla 3. Porcentaje de Nacimientos de Neiva comparado con los nacimientos a nivel nacional	44
Tabla 4. Régimen de Afiliación de las gestantes adolescentes 2011 a 2014	45
Tabla 5. Tasa de natalidad en Neiva por cada 10.000 mujeres.....	47
Tabla 6. Tasa de natalidad en Colombia por cada 10.000 mujeres.....	47
Tabla 7. Nivel educativo de las adolescentes embarazadas en Neiva.....	49
Tabla 8. Fuentes de financiación Salud Pública de Neiva	50
Tabla 9. Valor del contrato durante cada vigencia	51
Tabla 10. Objeto del contrato para atenciones en Salud sexual y reproductiva en cada vigencia	52
Tabla 11. Comparativo entre los recursos asignados los valores contratados y la natalidad en Neiva.....	54

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Pirámide Poblacional de Neiva 2014.....	43
Gráfica 2. Tendencia de la Tasa de Natalidad adolescente x 10.000. Neiva 2011- 2014.....	48
Gráfica 3. Valor contratado por cada Vigencia	51
Gráfica 4. Objeto del Contrato.....	53
Gráfica 5. Comparativo Recursos, Contrato y Natalidad	54

INTRODUCCIÓN

En el marco de la política de los Derechos Sexuales y Reproductivos de los jóvenes y adolescentes de Colombia, el modelo de los servicios amigables ha buscado llegar a este grupo de población con el objetivo de enfrentar las rápidas transformaciones en el abordaje de la sexualidad y la reproducción, de cara al desafío que ha propuesto en términos cuantificables los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Colombia, hoy enfrenta el reto impuesto por El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 (Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, 2012), el cual contempla dentro de la dimensión de los “Derechos y Sexualidad, la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos para garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos de género y diferencial”. El Plan Decenal de Salud Pública, es indicativo y contiene los principios rectores de política y las acciones fundamentales de intervención del entorno, de los comportamientos, de los servicios de salud y de la participación social; lo que con lleva a los gobiernos departamentales, distritales y locales adaptarlo a su propia problemática y gestionarlo para su ejecución.

Lo antes expuesto muestra la importancia de conocer la aceptabilidad del modelo de los servicios amigables, sus prácticas y el impacto en términos de indicadores, que ha tenido la implementación del modelo sobre adolescentes y jóvenes en la ciudad de Neiva desde el año

2011 a 2014, analizando el indicador de embarazo en adolescentes y la relación con aspectos de gestión de recursos económicos.

De acuerdo con las estadísticas locales y nacionales (DANE), aunque pareciera que ha contribuido en la disminución de la tasa de natalidad en los adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, durante el periodo comprendido entre el 2011 al 2014; al observar estas estadísticas se encuentra una paradoja entre la tasa de natalidad y el incremento de los recursos principalmente para el año 2013, al presentarse una variación significativa en el grupo de edad de 10 a 14 años al igual que la edades de 20 a 24 años. (Huila, 2011 a 2014)

Con este estudio y mediante el análisis descriptivo-retrospectivo del indicador de embarazo en adolescentes, se pretende aportar y contribuir a la toma de decisiones en el territorio y reorientar las políticas hacia una atención con equidad e integra que fortalezcan el ejercicio de una sexualidad libre, autónoma y sin estigma.

1. EL PROBLEMA

A pesar que Neiva lleva siete años de implementación y funcionamiento de los servicios amigables no se ha estudiado si la gestión y las acciones previstas en los servicios amigables se han desarrollado y si esto coincide con los cambios en los indicadores especialmente el de embarazo en adolescentes, lo cual hace necesario realizar una evaluación de dicho indicador en relación con el indicador de gestión y determinar si los servicios amigables han sido funcionales desde su implementación.

De esta manera, la presente investigación tiene como objeto a la luz de los postulados teóricos y prácticos de las políticas públicas, realizar una descripción comparativa a partir de dos indicadores uno de ellos de gestión otro de resultado si bien éste último –*Embarazo en adolescentes*- no pueden atribuirse de manera específica al sector salud, se ha relacionado desde siempre con los servicios amigables, por lo que se esperaría que la inversión financiera sectorial tuviese una relación con el resultado esperado respecto a la disminución de la tasa de natalidad en adolescentes y jóvenes.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Hay coincidencias entre los cambios en el indicador de embarazo en adolescentes y la inversión en los servicios amigables para adolescentes y jóvenes en la ciudad de Neiva en el periodo comprendido entre 2011 a 2014?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los cambios en los indicadores tasa de natalidad en adolescentes y jóvenes y la inversión en los Servicios Amigables en Salud en el Municipio de Neiva, en el periodo comprendido entre 2011 a 2014, identificando coincidencias y aspectos llamativos que aporten información para la toma de decisiones de este territorio.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar el indicador de embarazo en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.
- Identificar los costos económicos y las fuentes de financiación que han permitido el funcionamiento de los servicios amigables en Neiva en el periodo 2011 a 2014.
- Realizar un comparativo de las coincidencias y diferencias entre los cambios en los procesos de gestión técnica y financiera y los resultados en salud propuestos en los servicios amigables de adolescentes y jóvenes.

3. JUSTIFICACIÓN

La realización de esta investigación se justifica en la alta tasa de embarazo en adolescentes que se presenta a nivel nacional y local pese a una serie de políticas públicas contempladas en el Plan Nacional de Desarrollo para prevenir el embarazo en adolescentes.

Razón por la cual, se hace necesario, importante y justificable la revisión de los Servicios Amigables de Salud Para Jóvenes y Adolescentes que tiene como uno de sus objetivos centrales prevenir el embarazo en adolescentes mediante una serie de estrategias y políticas de acción que reduzcan la tasa de embarazo en adolescentes de un lado, y del otro, brindando todo el acompañamiento y apoyo necesario psicosocial a aquellas adolescentes que se encuentran en estado de embarazo, lo anterior ha requerido un gestión e inversión en recursos financieros que no ha sido estudiada.

Con el desarrollo del presente estudio en la ciudad de Neiva, ciudad donde la asignación de los recursos por cada una de las fuentes de financiación de la salud pública, se encuentran incluidos los SSAAJ asciende \$9.202.675.583 millones de pesos, para los años 2011 al 2014, en el desarrollo de los servicios relacionados con el adolescente, el joven, la mujer en edad fértil y otras incluidas en el Plan de Intervenciones colectivas (PIC). (Neiva, Presupuesto Municipal, Conpes 138, 148, 163,177, 2011 a 2014).

Si bien se sabe que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública donde corre un alto riesgo de mortalidad durante la gestación, el parto y post parto, al igual que una alta tasa de mortalidad de los recién nacidos, generando implicaciones de salud como malformaciones congénitas, de crecimiento, retraso mental entre otros, e implicaciones en las adolescentes y jóvenes como deserción escolar, bajos ingresos económicos y dificultades psicológicas, el embarazo en adolescentes no deben ser objeto de descuido, debido a que el ambiente o contexto socioeconómico y cultural juega un papel decisivo en la reducción o incidencia de embarazos en esta población, puesto que tanto la educación y la información sexual y reproductiva son dos factores que si el gobierno local les da el adecuado manejo, cumplirá los objetivos propuestos en este modelo, arrojando buenos resultados en materia de indicadores y variables sociales, claves para el manejo social y de los problemas asociados con embarazos no deseados en adolescentes. Vale la pena observar si podemos identificar variaciones en estos resultados que coincidan con variaciones en los procesos de gestión financiera de los servicios amigables.

Así mismo, es importante señalar que este estudio servirá de material de apoyo y de guía para de nuevos trabajos de investigación, con el fin de contrastar resultados con otros y otras variables sobre la política pública de salud y prevención de embarazo en adolescentes y de los resultados obtenidos hasta ahora en la prestación de los servicios amigables en salud en el municipio de Neiva, en el periodo comprendido entre 2011 a 2014.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEORICO

4.1.1. Concepto de los jóvenes en los servicios de salud.

La educación sexual y reproductiva más que una cátedra de los currículos académicos de colegios y universidades es un derecho de la población más joven que está protegido por la constitución política, ya que su buen desarrollo garantiza buenas y adecuadas condiciones para el desarrollo integral y facilita las condiciones para el ingreso y la participación a los variados escenarios sociales. Se sabe que la persona que asume responsablemente su sexualidad está en mejores condiciones para participar de sus diferentes roles en la sociedad.

Las políticas públicas de juventud, educación, sexualidad, diversidad y seguridad de todos los países deben velar por la protección de todos los derechos y entre ellos están los sexuales y reproductivos, que por los cambios bruscos de las prácticas, ideologías y tendencias culturales son los que se ven más afectados.

Más que una búsqueda de control de la fecundidad y la prevención de enfermedades de transmisión sexual como ITS y VIH/SIDA, el trabajo adelantado por los centros amigables para jóvenes y adolescentes, busca dotar a esta población de motivos y razones de peso que les permita tomar las mejores decisiones para su bienestar social, cultural, familiar, físico, mental y

así parezca que no, económico. (UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, 2008)

“Los adolescentes encuentran dificultades y restricciones culturales, económicas, religiosas y/o de subordinación en la casa, la escuela y en la sociedad, para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos eficaces”. (ORAS-CONHU, 2011)

La explotación sexual, los embarazos no deseados de adolescentes y el flagelo de menores con enfermedades de transmisión sexual, deben ser tema de discusión de la sociedad en general y todas las organizaciones tanto públicas como privadas deben unir esfuerzos para su solución, ya que estos males, en parte, son producto de la desorganización y el desinterés del Estado.

Según la experiencia desarrollada en la implementación de servicios de Salud amigables para adolescentes y jóvenes en el Departamento del Huila, el significado del proceso para los adolescentes y jóvenes del proceso de ejecución del SSAAJ y el fomento de la participación juvenil frente a sus problemáticas y para la apropiación del servicio es considerado por los jóvenes que han participado de éste como significativo, por varias razones. En primer lugar, por disponer de un espacio en el que pueden hablar y en donde se sienten escuchados, porque los profesionales que los atienden los hacen sentir en confianza y la atención es totalmente confidencial. Esta última está garantizada por la forma como está organizado el servicio de forma que tienen trato preferencial, no tienen que hacer algunos trámites de forma personal y porque al contar con horarios diferenciados exclusivos se minimiza la posibilidad de que los adultos estén en el centro de atención; en segundo lugar, el proceso formativo les ha permitido conocer sobre

los derechos sexuales y reproductivos y cómo ejercerlos, por ejemplo escoger libremente la pareja y planificar, tercero, su participación en el grupo de apoyo les ha permitido reconocer su capacidad de liderazgo colectivo para movilizar y brindar asesoría en estos temas con sus pares, aun cuando consideran que los padres y docentes tienen una idea diferente de la vivencia de la sexualidad de los adolescentes y jóvenes que choca con la promoción de los DSR. (UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, 2008)

La participación o no de los jóvenes en los diferentes espacios que ofrece la sociedad, depende en gran medida de sus características sociales e individuales. Es muy común ver cómo las actividades que ofrecen asistencia y recreación son más aceptadas por los jóvenes y adolescentes de niveles económicos más bajos que se encuentran en una mayor vulnerabilidad, por el contrario las actividades de formación, arte y cultura son mejor aprovechadas por las poblaciones que gozan de mejores privilegios.

Estos factores en lo referente con los sistemas amigables de salud, son determinantes, como lo es la cultura y la personalidad. Tendremos que definir estos términos para comprender la fuerza que ejercen en el desarrollo de los programas de promoción, prevención, asistencia y formación.

La cultura (F.J, 1991) es el conjunto de informaciones y de patrones de comportamiento transmitidos mediante el aprendizaje de generación en generación, dentro de la especie humana, de ahí que no existe un ser humano sin cultura. La cultura es un elemento fundamental de la

realidad humana e incluso uno de sus factores característicos, como ha puesto de manifiesto Kroeber en su ensayo: Lo superorgánico. (Louis, 1963)

La personalidad en definitiva es la caracterización individual y tendencia particular que lleva a comportarse de determinada forma independientemente de la situación específica en la que se encuentre la persona.

La cultura es un universo de códigos simbólicos, emociones, estilos, valores, normas, fantasías, creencias, símbolos, ideologías, conocimientos, esquemas de actividad y actitudes derivadas que permiten al hombre adaptarse a un medio determinado en su relación con los otros. Por medio de ese encuentro, el hombre desarrolla su formación, la de los demás y transforma el entorno que ocupa porque la cultura es el amplio mecanismo que le permite hacer frente al medio y asegurar la satisfacción de sus necesidades. (F.J, 1991)

Los sociólogos hablan de “ideología” al examinar los puntos de vista que sirven para buscar una explicación racional a los intereses creados de un grupo. Con mucha frecuencia tales puntos de vista deforman sistemáticamente la realidad social de manera muy parecida a un individuo que neuróticamente niega, deforma o interpreta aspectos de su vida que le resultan molestos. (PeterL, 2003)

La cultura es, ante todo, la característica de los hombres, del nivel de su humanización; se expresa en los modos específicamente humanos de pensar, de proceder y actuar en la sociedad. Si se dice, que una persona tiene personalidad y ésta es el conjunto de características que la

definen, podemos decir, que una sociedad tiene cultura y ésta es el conjunto de características que la definen.

4.1.2. Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ)

Los Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes (SSAAJ) brindan una serie de acciones y estrategias para abordar la atención de las personas adolescentes y jóvenes en el territorio nacional y hacen parte de una estrategia que propone el Ministerio de Salud para la atención de los jóvenes, a través de las EPS públicas y privadas. Estos servicios buscan una atención diferencial, con procesos que fortalecen a los jóvenes los conceptos y práctica saludables en lo referente a la salud sexual reproductiva. (UNFPA, 2007)

En Latinoamérica, se ha desarrollado el tema, entre ellas la tendencia de origen argentino de “Servicios Amigables para la Atención Integral de la Salud” como fusión entre el Sistema Público de Salud y la Fundación Para la Salud del Adolescente (FUSA 2000). Por su parte, en Colombia, se ha desarrollado a partir de las políticas públicas motivadas por el Ministerio de Salud y el apoyo de la OPS y el UNFPA. (UNFPA, 2007)

Para el año 2011, el Ministerio de Salud Colombiano, informó que 733 SSAAJ funcionaron en 568 municipios, los cuales se han desarrollado con énfasis en la orientación, promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva, y ha ofrecido elementos conceptuales y prácticos en el contexto que facilitan la prestación de servicios que contribuyen con la búsqueda del bienestar y desarrollo integral.

El Modelo de SSAAJ es una iniciativa que los Estados, en cumplimiento de sus obligaciones y pone a disposición de las personas adolescentes y jóvenes el acceso a las acciones de prevención, educación y atención que les garantizan el ejercicio real y efectivo de los derechos humanos sexuales y reproductivos.

“Debido a los rápidos cambios, que experimentan los y las adolescentes, existe una necesidad de servicios de educación y consejería, especialmente relacionados con desarrollo y maduración, sobre relaciones de chicos – chicas, toma de decisiones sobre sexo, aspectos de género, abuso y explotación sexual, negociación sobre sexo y anticoncepción, uso de métodos anticonceptivos y opciones en el embarazo al darse éste. Los servicios de salud necesarios incluyen prevención, tratamiento y servicios de seguimiento. Aunque para la mayoría de las clínicas de los países en desarrollo es utópico ofrecer todos los siguientes servicios de SR, un conjunto integral debería incluir: (Senderowitz, 1999)

Consejería y educación sobre sexualidad y SR (como arriba mencionado), Examen físico, incluyendo examen pélvico y del mamas para las mujeres y de los testículos para los hombres.

- ✓ Pesquisaje del cáncer cérvico-uterino (ej.: análisis citológico Pap)
- ✓ Pesquisaje de ITS, consejería y tratamiento
- ✓ Examen de VIH y consejería
- ✓ Elección de un método de anticoncepción y seguimiento

- ✓ Prueba de embarazo y consejería sobre las opciones
- ✓ Servicio de aborto (donde sea legal) y atención post-aborto
- ✓ Atención prenatal y de post-parto
- ✓ Programa de niño sano” (Senderowitz, 1999)

4.1.3. Cómo funcionan los SSAAJ

“Un servicio amigable en salud, constituye una “forma” de concebir la actividad diaria al interior de las unidades de atención en salud. Esta “forma” orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población, (entre los 10 y 29 años, en el caso de servicios para adolescentes) y promueve su participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva”. (UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, 2008)

“Este tipo de servicios parte de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. También ofrece otros servicios que los adolescentes requieren y logra mantenerlos como usuarios continuos”. (UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, 2008).

El modelo de SSAAJ tiene dos pilares fundamentales que funcionan como los ejes sobre los cuales se desarrolla la propuesta de implementación de servicios para la atención de la población

joven y adolescente. El primero de ellos es el que se refiere a las modalidades en que se pueden prestar los servicios que son tres:

- La Consulta Diferenciada,
- La Unidad amigable
- y el Centro Amigable; (UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, 2008)

La elección de cualquiera de estas modalidades depende de las características operativas, la infraestructura de la institución y lo más importante, la voluntad gerencial de comprometer al equipo administrativo y asistencial para adoptar y adaptar el modelo en su institución, con el ánimo de dar las mejores y más oportunas respuestas a la población joven y adolescente de su área de influencia.

El segundo de los pilares surge como producto de los análisis de las lecciones aprendidas en otras experiencias e investigaciones, en las que diversos autores han propuesto una serie de componentes y criterios válidos para construir un servicio amigable con énfasis en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes; entre los cuales tenemos el acceso a los servicios y oportunidad en su prestación, profesionales y personal de salud, procedimientos administrativos y de gestión, disponibilidad de una amplia gama de servicios y como quinto y último componente la participación social y comunitaria. (UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, 2008)

Abordar los conceptos adolescencia y juventud, requiere profundizar en las reflexiones que hoy se describen sobre las diferentes teorías desde las cuales se plantea conceptual y metodológicamente. Por los continuos cambios sociales que determinan la comprensión de las personas y sus realidades, no se puede caracterizar a los jóvenes y a los adolescentes sólo desde las características cronológicas ya que, cada vez son más limitadas.

Los adolescentes en general experimentan una época relativamente saludable de sus vidas, habiendo sobrevivido las vulnerabilidades y enfermedades de la infancia y niñez. Por otro lado están atravesando una fase que conlleva dramáticos cambios físicos y emocionales, así como nuevos riesgos. El avance hacia mayor independencia y toma de decisiones junto con la experimentación de nuevos estilos de vida y actividades, crea una gama diferente de riesgos para la salud, más estrechamente relacionados con el comportamiento. Los accidentes se incrementan dramáticamente en este grupo de edad; el fumar y el uso de drogas se inician típicamente en la adolescencia y adultez temprana, aunque las consecuencias de este comportamiento para la salud se pueden manifestar más adelante. (Judith, 1999)

Hay que reconocer que los roles sociales expectantes para estos individuos jóvenes, de los cuales decimos que podían generar una cuasi juventud, de ningún modo eran los mismos que se van a presentar a partir de la revolución burguesa. Básicamente con la aparición del fenómeno capitalista, el cambio de las relaciones sociales, de las relaciones de producción y las nuevas necesidades que devienen para que esa producción tenga lugar, y para que se reproduzcan esos mismos términos de la nueva relación social. En este sentido, es central el papel de la división del trabajo emergente, entre la unidad doméstica (la unidad de reproducción), y el mundo del

trabajo (o el mundo de la producción). También hay que agregar que la revolución burguesa tiene mucho que ver con el proceso de individualización gradual de los sujetos. Y la individualización va a relacionarse con la necesidad de participar en la toma de decisiones que hasta entonces no tenía necesidad de ser procesada por los individuos. (Balardini, 2000)

4.1.4. Análisis de política pública

Al respecto es importante tener claridad sobre que es una política pública y su respectiva evaluación, el cual es un proceso de interacción social en donde intervienen diferentes actores, incluyendo al Estado, donde la evaluación de una política pública aparte de analizar una serie de indicadores de resultados, tiene una función social, de brindar la oportunidad que se consolide la democracia, sea más participativa y de que las acciones del Estado sean más eficientes. (Roth, 2010)

Así mismo analizar la estrategia derivada de una política pública, razón está, por la es que debemos centrarnos en una serie de preguntas cuyas respuestas las encontramos en autores como Roth y Aguilar. ¿Qué es evaluar una política pública, para qué sirve la evaluación de una política pública, qué debe evaluarse, en qué momento debe realizarse su evaluación y quién evalúa las políticas públicas. (Andre-Noel, 2009)

Al respecto, Roth nos explica que las políticas públicas se evalúan para poder determinar las acciones que el Estado realiza, buscando legitimar estas acciones a través de su práctica y gestión administrativa, mediante la implementación de estrategias. Pero si bien este es un componente

político, también se ejecuta una política pública con el fin de brindar soluciones a una problemática dada, en un tiempo y lugar determinados. Problema que afecta a una población, cuya evaluación es necesario en términos de indicadores financieros y sociales con el fin de determinar qué impacto, efectos o resultados tuvo la política pública o tiene dicha política pública durante la etapa de ejecución. (Andre-Noel, 2009)

Así las cosas, la evaluación de una política pública y sus estrategias nos permite mejorar la política pública como tal, o bien, tomar correctivos al respecto, con el fin de determinar si está realmente cumpliendo con los objetivos propuestos. Para ello, es necesario el rediseño de las estrategias y los lineamientos que la conforman, pero también el impacto esperado en la comunidad, por parte de ella, quien es finalmente la beneficiada.

Al mismo tiempo, se puede despejar la tensión existente entre las dos formas de legitimidad que nos habla Roth (legitimidad tradicional basada en el respeto a la ley y a las normas propias de todo Estado social de derecho y la legitimidad basada en los objetivos y los resultados de acción).

Así que tenemos que la legitimidad de la acción pública está siendo desplazada por la legitimidad de resultados. Resultados que son de índole social más que económicos o políticos, reemplazando la primacía de los medios por la primacía de los objetivos.

Lo anterior debido, a que según Roth, la evaluación de las políticas públicas se considera como una nueva disciplina que “se ocupa de recolectar, verificar e interpretar la información sobre la ejecución y eficacia de las políticas y programas públicos”. (Roth, 2010)

Pero esta evaluación no debe realizarse solamente en términos económicos. Aguilar (AGUILAR, 2009) nos explica que debe hacerse en términos sociales, teniendo en cuenta inclusive el contexto sociohistórico y sociocultural en que se desarrolla la política pública.

Por lo general, según Aguilar, la evaluación de las políticas públicas se hace términos de rendimiento financiero, de costo eficacia, lo cual genera problemas en la política pública, ya que no se logran los resultados esperados. Según Roth, la evaluación debe ser “interactiva, participativa, pluralista y concebida como una herramienta para la profundización del ideal democrático” y no como una herramienta de gestión administrativa que llene la tabla de indicadores de los funcionarios públicos, para demostrar que sí están actuando o bien trabajando en procura de la comunidad. (AGUILAR, 2009)

Lo anterior, se traduce en un doble discurso, donde no hay resultados que impacten a la sociedad, solo indicadores de gestión, pero no de resultados verdaderos.

Así que Roth, nos explica que a la evaluación de las políticas públicas se les debe dar un enfoque mixto, el cual es netamente participativo, pluralista, en donde se involucran todos los actores que intervienen en la política pública, debido a que la evaluación es un proceso temporal en el que se deben tener en cuenta los aspectos científicos, metodológicos, pero también sociales, puesto que no podemos quedarnos solamente en la política como tal, sino en las necesidades que tiene la comunidad, utilizando una metodología que responda los criterios de validez y de acción. (Andre-Noel, 2009)

Por esta razón, es que la evaluación de una política pública puede hacerse en cualquier momento, de manera integral, participativa. La evaluación debe ser generadora de cambios y no solamente como un trabajo meramente técnico. Debe hacerse con el rigor científico como toda investigación aplicada lo exige de acuerdo a las realidades sociales, el cual que debe cumplir con una función social y ser útil a la sociedad.

En otras palabras, para Roth “la evaluación no puede escapar del contexto político de la acción pública que pretende analizar”. (Roth, 2010)Y es precisamente por esta razón, que las formulaciones y las recomendaciones del Banco Mundial y otros organismos no encuentran cabida en contextos sociales muy diferentes al de países desarrollados y con resultados tan negativos para nuestras democracias latinoamericanas, los cuales todos conocemos.

Es así como Aguilar nos explica que por esta razón, las políticas públicas no han dado resultado, debido a que “Gobierno y sociedad, por años, han caminado con concepciones, preferencias y expectativas específicas que modelan el análisis y la decisión de la PP para bien o mal, para su éxito o fracaso”. (Roth, 2010)

Camino que ha sido precisamente muy diferentes y que no tienen en cuenta el bienestar social ni el mejoramiento de la calidad de la población, sino que trasciende la esfera de lo público y social para pasar a la esfera de lo privado, en beneficio de este sector, dejando a la población colombiana en un mar de desconcierto y de necesidades que se agravan con el paso del tiempo y que se heredan de generación en generación, haciéndose cada vez más difícil las soluciones de esa problemática y exigiendo mayores costos financieros.

En resumen, podemos afirmar lo expuesto por Aguilar, al definir una política pública como “un conjunto de acciones intencionales y causales”, las cuales son evaluables durante su etapa de ejecución (evaluación concomitante) o de implementación o bien después de ella (evaluación ex post), por los diversos actores que intervienen en ella, pero especialmente por el propio Estado (sector público), donde en ellas se examina y se estima “la idoneidad causal de la política para lograr los objetivos propuestos, y valorar, al mismo tiempo, su eficacia social y eficiencia económica”, puesto que están “orientadas a la realización de un objetivo de interés/beneficio público”, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente (con las correcciones marginales necesarias), en correspondencia con el cumplimiento de funciones públicas que son de naturaleza permanente o con la atención de problemas públicos cuya solución implica una acción sostenida en el tiempo. La estructura estable de sus acciones, que se reproduce durante un cierto tiempo, es lo específico y distintivo de ese conjunto de acciones de gobierno que llamamos PP.”. (Roth, 2010; Aguilar, 2009)

Ahora bien, en Colombia, existe una política pública para reducción de la tasa de embarazos en adolescentes, contemplada en los Servicios Amigables de Salud, considerándose esta problemática como un problema de salud pública debido al aumento de la tasa de embarazos en adolescentes y debido precisamente a la falta de información sobre salud sexual y reproductiva y a la falta de educación sexual en los jóvenes para tener una vida sexual sana y responsable gracias a una adecuada planificación familiar.

Según datos del Ministerio de la Protección Social, de cada 100 adolescentes, el 19% queda en embarazo, de las cuales el 64% era embarazo no planeado. Lo anterior significa que tanto los varones como las mujeres deben planificar su vida sexual con el fin de tener una vida sexual plena, sana y responsable sin los problemas que genera un embarazo no deseado en los adolescentes, lo que conlleva a toda una serie de consecuencias sociales, económicas y de salud. (Social M. d., 2013)

Pero el Ministerio de Salud a pesar de que a nivel nacional ha logrado en los últimos años reducir la tasa de fecundidad en las adolescentes, ésta sigue siendo alta, se esperaba una reducción del 26% a nivel nacional y tan solo su reducción fue del 8.3%. Asimismo este ministerio presenta otras cifras que son alarmantes asociadas a este problema, las cuales deben ser tenidas en cuenta en esta investigación como variables para ser evaluadas o contrastadas en el municipio de Neiva:

“Una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada. De éstas, el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo.

El 13% de las mujeres menores de 15 años ya ha iniciado una vida sexual activa. Las mujeres con menor educación inician en promedio a los 15 años, mientras que las de más educación lo hacen a los 18 años.

En promedio, la educación sexual inicia a partir de los 13 años de edad. Las mujeres que reciben educación sexual se embarazan menos a edades tempranas.

Los adolescentes no tienen hijos con otros adolescentes, de acuerdo con la información que reporta el DANE, sólo el 0.8% de los adolescentes tienen relaciones con otros adolescentes. El restante, 99.2%, tienen hijos con adultos”. (Social M. d., 2013)

Ahora bien, según estos datos, el problema surge debido a los patrones y conductas de los jóvenes o los adolescentes en materia sexual, jugando un rol esencial el Estado para intervenir en esta problemática. Se considera que la conducta reproductiva en este grupo poblacional constituye una gran preocupación. Según datos de Profamilia, se consideran adolescentes las mujeres cuyo rango de edad oscila entre los 15 a 19 años y en cuyo proyecto de vida no está contemplado, por lo general, el ser madres a tan temprana edad. (Profamilia, 2010)

A nivel nacional, según datos de Profamilia, los departamentos que presentan mayores porcentajes de adolescentes embarazadas son Bolívar Sur, Sucre y Córdoba para un porcentaje del 6 por ciento.

Mientras que en menor porcentaje la tasa de fecundidad en adolescentes se presentan en los departamentos de San Andrés y Providencia (1.2 por ciento), el Huila, Magdalena y Boyacá (2 por ciento) y en Medellín (2.2 por ciento). Mientras que en los departamentos de Caldas y Nariño aumentan las proporciones de adolescentes embarazadas (Social M. d., 2013; PROFAMILIA, 2010)

Pese a las políticas públicas contempladas en el Plan Nacional de Desarrollo, la tasa de embarazo en adolescentes sigue siendo alta, tanto a nivel nacional como local. Razón por la cual, aunque la política nacional sobre salud y sexualidad desarrollada en los Servicios Amigables de Salud, debe ser revisada y evaluada con el fin de determinar si está cumpliendo con los objetivos propuestos o, por si el contrario, presenta fallas al respecto con el fin de tomar acciones concretas que le permitan mejorar los resultados hasta ahora obtenidos e impactar a mayor grupo de jóvenes adolescentes para prevenir embarazos no deseados en el municipio de Neiva.

4.2 MARCO LEGAL

En Colombia el ente del Estado que regula la salud pública es el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta institución es la encargada de dirigir el sistema de protección social en salud, a través de políticas de promoción y prevención y el tratamiento, aseguramiento y la rehabilitación de la enfermedad. Este ministerio con el fin de mejorar y fortalecer la calidad de vida de todos los colombianos, formula, coordina, ejecuta y evalúa las políticas públicas en materia de salud, salud pública y promoción de la salud partiendo de los principios de equidad, sostenibilidad y calidad.

En las ciudades y municipios la regulación de las políticas de salud están a cargo de las Secretarías de Salud, que son los entes responsables de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud de toda la población, a través de la implementación de un modelo de atención integral, equitativa, universal, y participativa. Las secretarías deben generar las condiciones

necesarias para garantizar los derechos, fortalecer el mejoramiento en la prestación de servicios y promover la promoción, protección, prevención y gestión de riesgos.

La Constitución Política de Colombia (1991), protege el derecho a la salud en los artículos 44, 46, 48, 49 y 50 que fueron complementados por el 366, y hacen parte del capítulo de derechos sociales, económicos y culturales de acuerdo a los convenios internacionales que regulan el cumplimiento del derecho a la salud y obligan al Estado a garantizar el bienestar y la calidad de vida de todos los ciudadanos del país.

Con la promulgación de la ley 100, en 1993, Colombia inició la reforma de su sistema de salud, en que estableció la seguridad social integral como un conjunto de instituciones, normas y procedimientos que todas personas pueden disponer con el fin de garantizar su derecho a la salud con la ayuda de entidades públicas o privadas.

La protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes se consagra en la Constitución Política de 1991 como norma de normas y de imperativo cumplimiento, responsabilidad que está a cargo del Estado colombiano a través de sus diversas instituciones.

Para dar cumplimiento al mandato constitucional, el gobierno nacional crea una serie de normas que regulan los derechos de los niños, niñas y adolescentes, siendo uno de ellos el derecho a la salud junto con otros derechos conexos como el derecho que tienen los adolescentes

y los jóvenes la salud sexual y reproductiva como un derecho pleno que el Estado debe garantizar, proteger y promover.

En vista de lo anterior, el Estado colombiano y según normatividad internacional crea los servicios amigables de salud para jóvenes y adolescentes según lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo.

ARTÍCULO 17°.- COMPONENTES. El plan de salud pública de intervenciones colectivas está compuesto por las intervenciones, procedimientos y actividades cuya ejecución se ceñirá a los lineamientos técnicos que para el efecto expida la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.

En cuanto al componente sobre Acciones de prevención de los riesgos en salud, el Numeral 2, Literal g) establece que la “Implementación del modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de métodos modernos y de emergencia”, es de obligatorio cumplimiento para las autoridades administrativas del orden nacional, departamental y local.

Al respecto, los Ministerios de Salud y de Educación señalan que:

“Los derechos y la salud sexual y reproductiva de adolescentes fueron ubicados en la agenda internacional desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994. El Plan de Acción resultante reconoce y aboga para que los países del mundo den

respuestas adecuadas a las necesidades específicas de adolescentes y jóvenes frente a las dimensiones de la sexualidad y la reproducción, abordándolas desde la perspectiva de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, y no solo desde el riesgo o la enfermedad. Y aún más allá del terreno de la salud sexual y reproductiva, la concepción de la sexualidad es entendida como una dimensión del desarrollo y bienestar de los y las adolescentes, que se nutre del entorno personal, familiar, social y cultural, a la vez que influye sobre él y lo transforma. (Naciones Unidas, Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, 1994)

4.2.1 Normatividad Internacional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos promueve la dignidad y el valor de la persona humana, en 1989 se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño en ese momento, se reconoce en el plano del derecho internacional que los niños, niñas y adolescentes, como todas las personas “gozan de los derechos consagrados para los seres humanos y que es deber de los Estados promover y garantizar su efectiva protección igualitaria”, no se trata de derechos diferentes para los menores de 18 años con relación a otras personas, sino del establecimiento de una protección complementaria (*un plus de protección*) para este sector de la población en el ámbito de sus relaciones con el Estado, la sociedad y la familia (Naciones Unidas, 1948).

El artículo 25 de los Derechos Humanos hace un importante énfasis en los exigentes cuidados y asistencias a la maternidad, a la etapa de primera infancia y promover el progreso social para elevar el nivel de vida de todos los pueblos.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y su consagración en el artículo 11, expresa el derecho de toda persona a la preservación de la salud y el bienestar. En esta misma línea, la Convención Americana de Derechos Humanos, sin hacer una alusión precisa, si afirma en el artículo 26 que todos los Estados que hacen parte de ella se deben comprometer a: “adoptar medidas internas para la cooperación internacional económica y técnica” con el fin de lograr efectividad de los derechos contenidos en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, que en el su artículo 33 hace referencia al derecho a la salud. (Naciones Unidas, 1948).

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador de 1988), que fue aprobado por el Estado colombiano en 1996 y entró en vigor en 1999, protege el derecho a la salud al afirmar en su Artículo 10, que todas las personas tienen derecho a la salud que es el disfrute de más alto nivel de bienestar mental, físico y social. Este protocolo con el artículo 19 compromete a los estados a presentar informes periódicos sobre las medidas que se toman para el cumplimiento del derecho a la salud.

4.2.2. Normatividad Nacional

4.2.2.1. Constitución Política.

ARTÍCULO 45.- El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

ARTÍCULO 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado 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. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

La Constitución colombiana, establece la preeminencia de los derechos de los niños frente a otros grupos etarios y el derecho de los adolescentes a la protección y formación integral, para lo que es indispensable que puedan tener acceso a información y servicios de salud

sexual y reproductiva, así como a métodos de regulación de la fecundidad o anticoncepción. (Constitución política de Colombia, 1991).

En ese contexto, señala que la atención de salud es un servicio público, en consecuencia responsabilidad del Estado, que es el que a través de la norma garantiza a todas las personas el acceso a servicios de promoción y protección, dentro de los que están los que nos ocupan en este análisis.

Por su parte, el Código de la Infancia y la Adolescencia, establece la protección integral que implica el reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, garantizando el desarrollo del principio del interés superior de este grupo, lo que obliga a todas las personas a asegurar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes y deben materializarse con un conjunto de políticas, planes, programas y acciones. (Ley 1098, 2006).

Se establece que en todo acto o decisión administrativa o judicial prevalecen los derechos de niños, niñas y adolescentes frente a los de los otros, involucrando a la familia que tiene la obligación de promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre el tema; y el Estado en cumplimiento de sus funciones debe garantizar el ejercicio efectivo de todos los derechos y asegurar las condiciones para ello.

Esta ley expresamente consagra responsabilidades específicas del Sistema de Seguridad Social, al establecer que se debe garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva y desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes.

Otro tema que merece destacarse en esta legislación es el relativo al restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que implica, entre otras cosas, la restauración de su capacidad para el ejercicio efectivo de los mismos cuando hayan sido vulnerados. Es decir, en el caso que nos ocupa si se niega atención, servicios o acceso a métodos anticonceptivos, esta disposición permite reclamar por ello y exigir el cumplimiento.

En el año 2008 se emitió la norma técnica para la atención de planificación familiar, que tiene por objeto brindar educación, información y métodos para dar respuesta a los derechos reproductivos, señalando en la misma norma que conociendo las implicaciones que para la salud de la mujer menor adolescente (14 a 18 años), tendría un embarazo no deseado y que existen los métodos para prevenirlo, la mujer en el ejercicio de su autonomía, podrá tomar decisiones sobre métodos de planificación familiar no definitivos.

La Ley 1438 de 2011 fue emitida para atenuar las fallas y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de un modelo de prestación del servicio público en salud frente a la Atención Primaria en Salud coordinada por el Estado, las instituciones y la sociedad, para lograr un ambiente sano y saludable y servicios equitativos e incluyentes de mayor calidad. (Ley 1438, 2011).

4.2.2.2. Código de la Infancia y la Adolescencia

“Art. 7.- Protección integral. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

“Art. 8.- Interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes. Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.”

“Art. 9.- Prevalencia de los derechos. En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona.

“Art. 39.- Obligaciones de la familia. La familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes:(...)

6. Promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre este tema. (...)"

“Art. 41.- Obligaciones del Estado. El Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. En cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá:

1. Garantizar el ejercicio de todos los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. Asegurar las condiciones para el ejercicio de los derechos y prevenir su amenaza o afectación a través del diseño y la ejecución de políticas públicas sobre infancia y adolescencia. (...)

Parágrafo. Esta enumeración no es taxativa y en todo caso el Estado deberá garantizar de manera prevalente, el ejercicio de todos los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes consagrados en la Constitución Política, los tratados y convenios internacionales de Derechos Humanos y en este código.”

“Art. 46.- Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud. Son obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:(...)

- Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva.

8. Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes. (...)"

“Art. 50.- Restablecimiento de los derechos. Se entiende por restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, la restauración de su dignidad e integridad como sujetos y de la capacidad para hacer un ejercicio efectivo de los derechos que le han sido vulnerados.”

4.2.2.3. Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021

Dentro de los derechos y sexualidad establece como un conjunto de acciones que se orientan y promueven el libre y autónomo ejercicio de la sexualidad como un derecho para su desarrollo, teniendo como marco los enfoques de género y diferencial, buscando disminuir las condiciones de vulnerabilidad, dentro de las metas del Plan Decenal de Salud Pública se encuentran:

- Para el año 2022 el 80% de las entidades territoriales cuentan por lo menos con un espacio intersectorial que coordina la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.
- Para el año 2022, el 100% de las entidades nacionales y departamentales y el 80% de las municipales, incluyen programas que garanticen los derechos sexuales y reproductivos en

los planes de desarrollo de manera incluyente (discapacidad, étnicos, comunidad LGBTI, víctimas de conflicto armado).

- Para el año 2022, el 80% de las instituciones educativas públicas garanticen que las niñas y niños adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual laica, basada en los derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde el enfoque de género y diferencial. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010 -2014)

4.2.2.4. Resolución 518 de 2015

La Resolución dicta disposiciones en relación con la Gestión Pública, en el marco de lo previsto en el Plan Decenal de Salud Pública, constituyéndose en un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, se enmarca en el ejercicio de la rectoría y apunta a la generación de gobernanza en salud, buscando la articulación al logro de los resultados en salud. (Social M. d., 2015)

4.2.2.5 Sistema General de Participaciones

El Sistema General de Participaciones SGP está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia a las entidades territoriales – departamentos, distritos y municipios, para la financiación de los servicios a su cargo, en salud, educación y los definidos en el Artículo 76 de la Ley 715 de 2001.

Esta distribuido de la siguiente manera:

- a) El 58.5% con una destinación específica para el sector educativo, denominada participación para educación.
- b) 24.5% con destinación específica para el sector salud, denominada participación para salud.
- c) 17.0% incluye los recursos para agua potable equivalente a 5,4% y saneamiento básico, denominada participación para propósito general el 11,6%.

El Departamento Nacional de Planeación DNP, emite el documento CONPES en el cual se estipula la distribución los recursos entre las entidades territoriales; incluido el Distrito Capital; estos recursos se emiten en doceavas y se establece un periodo de tiempo de giros que inicia en el mes de Febrero. (DNP, 2015)

4.3 MARCO CONTEXTUAL

4.3.1. Población en Neiva

Municipio de Neiva. La ciudad de Neiva, capital del Departamento del Huila, se encuentra situada en una planicie sobre la margen derecha del río Magdalena, cruzada por el río las Ceibas y el Río del Oro. Su territorio lo forman algunos llanos como el Jardín, 80 metros

más alto; la Manguita al Norte; Avichinte y el Chapuro al Oriente; Matamundo al Sur, por el Occidente corre el río Magdalena que separa a la ciudad del municipio de Palermo.

La ciudad se compone de dos conjuntos: Un área central, histórica, creció normalmente, un área periférica, reciente creció con base en invasiones súbitas. Pero Neiva no es solo el área urbana (la ciudad) sino un extenso territorio que va desde la Cordillera Central hasta la Cordillera Oriental.

Fundación. Solamente unos años después de la Constitución del Departamento del Huila (1905) con la ciudad de Neiva como su Capital, comienza a ser notorio su desarrollo, al igual que como muchas otras ciudades del país, permanecieron estancadas en su desarrollo durante siglos, convirtiéndose en ciudades hace poco tiempo.

El verdadero desarrollo de la ciudad comienza en 1.950, cuando de 33.000 habitantes y un área de 437 hectáreas (sin incluir 60 hectáreas del Aeropuerto), pasa a una población estimada de 330.817 habitantes y un perímetro urbano de 5.118.41 hectáreas en el 2000.

Población: 337.848 (Colombia.com, 2015)

4.3.2. Características de la región:

Neiva es un importante centro de desarrollo comercial, agrícola, ganadero y petrolero del sur de Colombia. Además, se destaca su Infraestructura turística. (Colombia.com, 2015)

4.3.3. Salud:

- Afiliados al Sistema de Salud (septiembre 2013)
- Contributivo: 194.353 personas afiliadas
- Subsidiado: 149.640 personas afiliadas.
- Giro directo IPS: \$171.753 millones entre agosto de 2011 y octubre de 2013.

4.3.4. Educación:

Tasa de Cobertura Neta Básica (2011): 96,9%.

Gratuidad educativa 2012: 63.174 niños beneficiados, 2011: 48.517 niños beneficiados.

4.3.5. Programa de ayuda social (Menos Pobreza):

Red Unida 2012: 11.454 familias acompañadas.

A septiembre 2013: 12.371 familias acompañadas.

Superando su situación de pobreza extrema a septiembre 2013: 525 familias promovidas, adicionales a las 595 familias promovidas en 2012.

Más familias en acción 2013:17.419, mientras que en 2012 fueron: 16.181 familias.
(Colombia.com, 2015)

4.3.6. Vivienda, agua y saneamiento básico

Vivienda: Se han ejecutado 26 proyectos. Se proveerán 1.175 soluciones de vivienda, por un valor de \$10.748 millones.

Acueducto: El municipio cuenta con una cobertura de 95,9%.

Alcantarillado: El municipio cuenta con una cobertura de 92,5%.

4.3.7. Balance de salud sexual y reproductiva en el Huila

Constantes acciones se desarrollan con todos los municipios en coordinación con la Secretaría de Salud Departamental, para mejorar atención y estadísticas frente a temas como maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH-Sida y violencia doméstica y sexual.

Un detallado informe de los adelantos y resultados que el Departamento ha alcanzado en desarrollo del programa de Salud Sexual y Reproductiva, presentó la Secretaría de Salud del Huila a través del boletín Epidemiológico, donde se evidencian los resultados alcanzados en esta materia.

Pese a todas las acciones y estrategias que de manera permanente se desarrollan mancomunadamente entre las autoridades de salud, todavía prevalecen conductas riesgosas y la

necesidad de concientización y sensibilización de las comunidades y algunas entidades e instituciones prestadoras de servicios de salud, frente a temas enmarcados en el programa de Salud Sexual y Reproductiva como son, maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual y VIH-Sida y violencia doméstica y sexual.

4.3.8. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes

Relevantes esfuerzos se han desarrollado para que la Salud Sexual y Reproductiva en la población adolescente sea responsable y sana y que conlleve a la prevención del embarazo precoz. Sin embargo, “durante el año 2010 el 27% de las gestantes son adolescentes, lo que significa que estamos por encima de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que nos habla del 15%, a pesar de las campañas no solo departamentales sino nacionales, se observa un aumento paulatino de este porcentaje. Es de resaltar que los espacios amigables para adolescentes se están consolidando en espera de mostrar resultados hacia la disminución de los embarazos en adolescentes en el mediano plazo”, indicó Danny Quintero de Perdomo.

De este grupo, el 6% corresponden a menores de 14 años, pero se ha analizado que en los últimos diez años se ha pasado del 17,6% al 62% la cobertura en planificación familiar en la población adolescente que se proyecta sexualmente activa, se espera que con la implementación de los servicios amigables para jóvenes esta cobertura no descienda.

4.3.9. Derechos sexuales

Se define como el derecho de mujeres y hombres a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente sin verse sometidos a coerción, discriminación, o violencia. Supone unas relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres, que garanticen el pleno respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias de su comportamiento sexual. (Naciones Unidas, Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing, 1995, 1995)

4.3.10. Derechos reproductivos

Son el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia. (Naciones Unidas, Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing, 1995, 1995).

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo y Retrospectivo: En el cual se reconocerán los aspectos más relevantes en cuanto a cambios en indicadores de embarazo en adolescentes en la ciudad y los aspectos centrales en los proceso de financiación de los servicios amigable de adolescentes y en la ciudad de Neiva desde el año 2011 hasta el 2014.

5.1.1 Diseño del estudio

No experimental – longitudinal – ecológico debido a que las variables no son contraladas por las investigadoras, únicamente se pretende describir los cambios en los indicadores de resultado propuestos en los servicios amigables y la inversión económica realizada para el funcionamiento de éstos en los años 2011 a 2014 en la Ciudad de Neiva.

5.1.2 Muestra del estudio

Neiva contaba para 2011 de acuerdo a DANE con 110302 Adolescentes y jóvenes, al 2014 contaba con 109267, para 2011 al 2014 se encontró la prestación de servicios de atención en salud sexual y reproductiva, atención a la mujer en la edad fértil, atención al joven servicios amigables para la población adolescente y joven de Neiva, siendo la ESE Carmen Emilia Ospina la que implemento solamente la consulta diferenciada por falencias en la infraestructura.

En el presente estudio se observaran los cambios en toda la población adolescente y joven el municipio de Neiva y se tendrá en cuenta la financiación de los servicios amigables desde todas la fuentes de recursos de salud pública.

5.1.3 Fuentes de información

Se emplearan para este estudio fuentes de información primaria y secundaria así:

1. Bases de datos
 - Estadísticas vitales DANE
 - ASIS Neiva 2011 a 2014
 - ASIS Nacional
 - Perfil epidemiológico Neiva 2011 a 2014
2. Presupuestos anuales
3. CONPES 138, 145, 148, 158, 160, 169, 171, 177 DNP

5.1.4 Análisis de información

Este se realizó en tres fases

1. Localización, selección y análisis de disponibilidad de la información para cumplir el objetivo de la investigación.
2. Selección, categorización de información anual.

3. Descripción y análisis cualitativo del embarazo en adolescentes sus tendencias y los recursos asignados.
4. Resultados, Conclusiones y recomendaciones.

5.2 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según lo establecido en la Resolución 8430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Salud, por el cual establece las normas científicas, técnicas y administrativa para la investigación en salud, el presente estudio se encuentra clasificado dentro del grupo sin riesgo debido a que se “que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. (Resolucion 8430, 1993)

6. DESARROLLO DEL TRABAJO

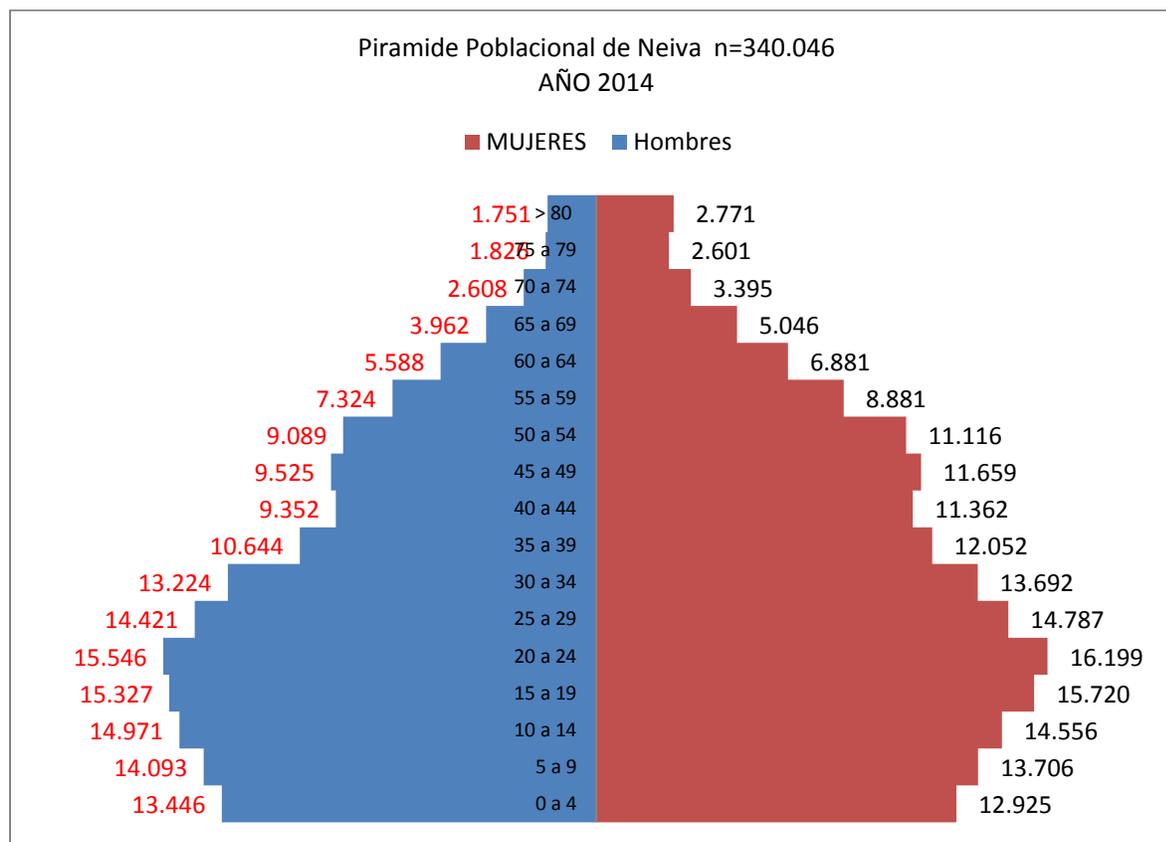
El análisis y la descripción retrospectiva del modelo de los servicios de salud amigables del 2011 al 2014, de los adolescentes y jóvenes en edades de 14 a 24 años, del Municipio de Neiva y tomando como indicador el embarazo en adolescentes y los recursos asignados por fuentes de financiación, teniendo en cuenta que estos indicadores son centrales en el modelo de servicios amigables. En la tabla No 3 encontramos las estadísticas tanto a nivel Nacional como departamental la cual nos permite verificar como es el comportamiento de Neiva frente a la estadística nacional.

Tabla 1. Población adolescente en Neiva 2011 a 2014

AÑO	Población adolescente en Neiva 2011 a 2014					
	HOM 10 A 14 AÑOS	HOM 15 19 AÑOS	HOM 20 A 24 AÑOS	10 A 14 AÑOS MUJERES	15 A 19 AÑOS MUJERES	20 a 24 AÑOS MUJERES
2011	16.039	16.044	14.690	15.444	16.596	15.466
2012	15.628	16.423	15.013	15.075	15.949	15.758
2013	15.284	15.629	15.313	14.801	16.060	16.012
2014	14.971	15.327	15.546	14.556	15.720	16.199
TOTAL	61.922	63.423	60.562	59.876	64.325	63.435

Fuente: DANE, estadísticas vitales del 2011 a 2014

Gráfica 1. Pirámide Poblacional de Neiva 2014



Fuente: DANE, estadísticas vitales del 2011 a 2014

6.1 VARIABLES DE ESTUDIO DESCRIPTIVO - RETROSPECTIVO

En los últimos cuatro años del 2011 a 2014 la población adolescente y joven ha venido disminuyendo su crecimiento en un 2% (313 adolescentes de 10 – 14 años) hasta 4,8% (794 adolescentes de 14 – 19 años) en los hombres y del 1,7% (245 adolescentes de 10 – 14 años) hasta 3,9% (647 adolescentes de 15 – 19 años) en las mujeres, sin embargo encontramos que en las edades de 20 a 24 años tanto en hombres como en mujeres se presentó un incremento de

2,2% en el año 2012 y del 1,5% para el 2014 en los hombres y del 1,9% en el 2012 y del 1,2% en el 2014 en las mujeres, evidenciando un mayor crecimiento en los hombres.

Tabla 2. Nacimientos en Colombia y Neiva 2011 – 2014, rango de Edad de 10 a 24 años

Rango de Edad de las Madres (Años)	2011		2012		2013		2014	
	Colombia	Neiva	Colombia	Neiva	Colombia	Neiva	Colombia	Neiva
	De 10 – 14	6.291	55	6.547	41	6.429	66	6.512
De 15 – 19	150.195	1.446	155.890	1.637	148.438	1.501	142.537	1.423
De 20 – 24	191.801	1.960	197.195	2.059	192.483	2.120	193.526	2.040
Total	348.287	3.461	359.632	3.737	347.350	3.687	342.575	3.520

Fuente: DANE – Estadísticas vitales, años 2011 a 2014

Tabla 3. Porcentaje de Nacimientos de Neiva comparado con los nacimientos a nivel nacional

Rango de Edad de las Madres (Años)	2011			2012			2013			2014		
	Colombia	Neiva	%									
	De 10 - 14	6.291	55	0,87	6.547	41	0,63	6.429	66	1,03	6.512	57
De 15 – 19	150.195	1.446	0,96	155.890	1.637	1,05	148.438	1.501	1,01	142.537	1.423	1,00
De 20 – 24	191.801	1.960	1,02	197.195	2.059	1,04	192.483	2.120	1,10	193.526	2.040	1,05
TOTAL	348.287	3.461	2,86	359.632	3.737	2,72	347.350	3.687	3,14	342.575	3.520	2,93

Fuente: DANE – Estadísticas vitales, años 2011 a 2014

En concordancia con la OMS el embarazo en adolescentes a nivel mundial es un problema que requiere de más educación y es preocupante por el alto número de muertes en mujeres embarazadas entre los 15 a 19 años, las estadísticas Sanitarias Mundiales del 2014 indican que la tasa media de natalidad mundial es de 49 NV por cada 1000 mujeres, en Colombia es de 70 NV por cada 1000 mujeres y en Neiva es de 86 NV por cada 1000 mujeres en edades de 15 a 19 años; aunque siendo un porcentaje bajo el 2% (equivalente a 55 NV) en adolescentes de

10 a 14, no deja de ser preocupante si se tiene en cuenta que la Ley 1098 de 2006, propende por proteger a los niños(as) menores de 14 años, a su vez el código penal está consignado que “toda relación sexual con niño(a) menor de 14 años es un delito”.

Las variables escogidas para el análisis descriptivo retrospectivo, permite determinar características que van desde lo general como lo es la población objeto de estudio los adolescentes de 14 a 24 años de edad, hasta las condiciones y formas de contratación de los recursos para el desarrollo del modelo de los servicios amigables en la ciudad de Neiva.

Tabla 4. Régimen de Afiliación de las gestantes adolescentes 2011 a 2014

REGIMEN DE AFILIACION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES				
AÑO	RANGO DE EDAD	RC	RS	%
2011	10 A 24	2995	3149	5%
2012	10 A 24	3226	3303	2%
2013	10 A 24	3125	3374	8%
2014	10 A 24	3216	3284	2%

Fuente: Perfil epidemiológico de Neiva – Huila 2011 a 2014

Con la información suministrada por la secretaria de salud de Neiva mediante el ASIS (Análisis situacional de salud de Neiva del 2011 a 2014), se evidencia que durante los cuatros años de análisis, el régimen de afiliación de las adolescentes y jóvenes embarazadas es el Subsidiado, sin embargo hay una diferencia pequeña con relación a las afiliadas al régimen Contributivo que va del 2% (68 afiliadas) al 8% (254 afiliadas), lo que se puede deducir que no solamente las adolescentes y jóvenes pertenecen al régimen subsidiado sino que hay similitud con el contributivo.

Sin embargo el estudio realizado por Corporación para el desarrollo integral y la paz del surcolombiano (“Cardipaz”), (Surcolombiano, 2014) para el año 2014 determino que tanto las IPS como las EPS al 2014 no desarrollado en modelo SSAAJ, aun siendo estas de fácil acceso no hay un reconocimiento del servicio de enfoque diferencial que se le preste al adolescente y joven, en los que ellos puedan acudir al servicio. Es claro que independientemente de su tipo de afiliación la presencia de embarazos en adolescentes y jóvenes es muy similar en ambos regímenes.

6.1.1 Número de Embarazos de las gestantes atendidas 2011 a 2014

Con base en la información consolidada frente al número de embarazos atendidos en Neiva para el año 2012 se presentaron 3387 mujeres atendidas por su primer embarazo, para el año 2013 se duplico mostrando un 103% pasando a 6874, un incremento bastante significativo, manteniéndose para el año 2014 donde la disminución fue tan solo 2% con relación al 2013, mujeres con su segundo embarazo se presentaron 1994 equivalente al – 41% con referencia al mismo año en mujeres con su primer embarazo para el año 2012, a su vez 978 mujeres cursaron su tercer embarazo para ese mismo año, siendo el año 2013 en el cual el municipio recibió más recursos del SGP y para ese mismo año se implementó el modelo de Atención Primaria en Salud con una asignación para ese año de \$1.060.857.521 de pesos.

Tabla 5. Tasa de natalidad en Neiva por cada 10.000 mujeres

TASA DE NATALIDAD NEIVA												
Grupo de Edad	2011			2012			2013			2014		
	TOTAL MUJERES NEIVA	NV	Tasa x 10000	TOTAL MUJERES NEIVA	NV	Tasa x 10000	TOTAL MUJERES NEIVA	NV	Tasa x 10000	TOTAL MUJERES NEIVA	NV	Tasa x 10000
10-14	15.444	55	36	15.075	41	27	14.801	66	45	14.556	56	38
15-19	16.596	1436	865	16.423	1636	996	16.060	1490	928	15.720	1417	901
20-24	15.466	1940	1254	15.758	2041	1295	16.012	2106	1315	16.199	2034	1256

Fuente: Perfil epidemiológico de Neiva – Huila 2011 a 2014

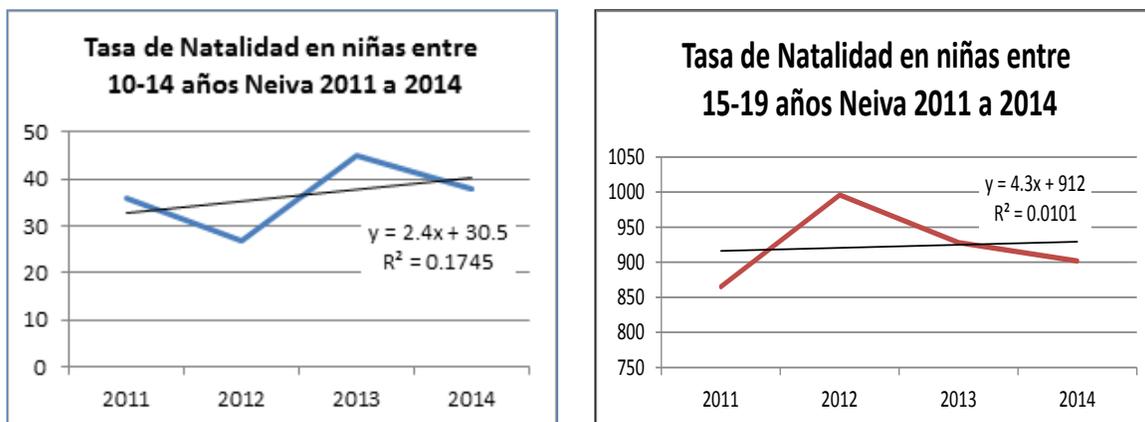
Tabla 6. Tasa de natalidad en Colombia por cada 10.000 mujeres

TASA DE NATALIDAD DE ADOLESCENTES EN COLOMBIA												
Grupo de Edad	2011			2012			2013			2014		
	TOTAL MUJERES ADOLESCENTES COLOMBIA	NV	Tasa x 10000	TOTAL MUJERES ADOLESCENTES COLOMBIA	NV	Tasa x 10000	TOTAL MUJERES ADOLESCENTES COLOMBIA	NV	Tasa x 10000	TOTAL MUJERES ADOLESCENTES COLOMBIA	NV	Tasa x 10000
10 – 14	2.150.935	6.291	29	2.134.514	6.547	31	2.118.395	6.429	30	2.104.802	6.512	31
15 – 19	2.146.518	150.195	700	2.147.601	155.890	726	2.143.506	148.438	693	2.135.740	142.537	667
20 – 24	2.012.617	191.801	953	2.037.584	197.195	968	2.061.652	192.483	934	2.081.630	193.526	930

Fuente: DANE: 2011 a 2014

El análisis de la tabla tasa de natalidad durante el periodo 2011 al 2014, refleja un aumento en el comportamiento de la misma siendo este Municipio uno de los pioneros en la implementación y desarrollo del modelo de los servicios amigables el cual busca la disminución de los embarazos en adolescentes, con las estadísticas presentadas se observa que para los años 2012 se presentó un incremento entre las edades de 15-19 años de 131 nacimientos por cada 10000 mujeres, dicha tasa de natalidad, ha sido una de las más altas en los últimos años, a su vez se ve reflejado que el promedio de edad de los embarazos en los últimos cuatro años está entre los 20 a 24 años con un mayor incremento en el año 2013, para este mismo año aumentaron los embarazos entre las edades de 10 a 14.

Gráfica 2. Tendencia de la Tasa de Natalidad adolescente x 10.000. Neiva 2011- 2014



Fuente: DANE 2015

Se observa una tendencia al aumento en la tasa de natalidad en adolescentes entre 10 y 14 años, en el grupo de 15 a 19 años no se observa incremento; sin embargo se requería un análisis comparativo con otras variables que pueda ser más concluyente, Por su parte la inversión de recursos aunque pareciera ser muy similar en los diferentes años, si convirtiéramos estas cifras a pesos constantes seguramente se observaría un decremento en la inversión.

Pese a que durante la vigencia 2013 la asignación de recursos fue una de las más altas, se pudo determinar que los programas de planificación familiar orientada por el ente territorial municipal tiene una baja efectividad.

Al comparar los recursos asignados mediante los CONPES estos han mantenido el porcentaje de asignación en cada una de las vigencias, aunque no se ve reflejado en el presupuesto municipal para el año 2013, se logró evidenciar en el Sistema Electrónico de

Contratación Pública (SECOP) la contratación realizada para desarrollo del programa de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoques diferenciales, a su vez en la relación de contratos con atenciones específicas en salud sexual y reproductiva para este mismo año supera los 2 mil millones comparado con las vigencias anteriores.

Tabla 7. Nivel educativo de las adolescentes embarazadas en Neiva

NIVEL EDUCATIVO ADOLESCENTES EMBARAZADAS				
AÑO	B. PRIMARIA	B. SECUNDARIA	MEDIA ACADEMICA	PROFESIONAL
2011	1003	1596	2429	910
2012	875	1824	2822	873
2013	796	2010	2690	911
2014	794	1565	2580	1007

Fuente: Perfil epidemiológico de Neiva – Huila 2011 a 2014

Teniendo en cuenta que los embarazos se presenta más en las mujeres afiliadas al régimen subsidiado que corresponde a los estratos 1 y dos del SISBEN, se encuentra una situación atípica en relación con el nivel educativo media académica y profesional pues es paradójico que se presenten más embarazos en las profesionales de 20 a 24 años, lo cual es claramente más deseable y reconocido socialmente como esperable, esperándose que fuera en mujeres con menos educación, posiblemente el fenómeno que se presenta de tener más embarazos en las mujeres de nivel profesional, se deba a que dichas adolescentes y jóvenes están terminando sus carreras y pueden pertenecer al régimen subsidiado, respecto a la media académica se puede deducir que las adolescentes tienen un trabajo informal, o dependen económicamente de sus padres y se encuentren afiliadas al régimen subsidiado.

6.1.2 Análisis financiero:

Tomando las fuentes de financiación como lo son los presupuestos municipales anuales del 2011 al 2014 donde se ve reflejado las asignaciones de recursos propios y departamentales para cada vigencia al igual que las asignaciones por el Sistema General de Participaciones mediante los CONPES 138,145, 148, 158, 160, 169, 171, 177 DNP.

Tabla 8. Fuentes de financiación Salud Pública de Neiva

FUENTES DE FINANCIACION								
FUENTE	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%
SGP	2.224.378.778	94%	2.318.070.541	94%	2.305.354.231	100%	2.077.216.150	100%
RECURSOS PROPIOS	2.000.000	0,1%	11.202.780	0,5%	0	0	0	0
APORTES DPTAL	128.758.919	5,8%	131.711.692	5,95%	0	0	0	0
OTROS GIROS SGP	3.982.492	0,1%	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2.359.120.189	100%	2.460.985.013	100%	2.305.354.231	100%	2.077.216.150	100%

Fuente: Presupuesto Municipal Neiva – Huila 2011 a 2014, CONPES 138, 145,148, 158, 160, 169, 171, 177 DNP

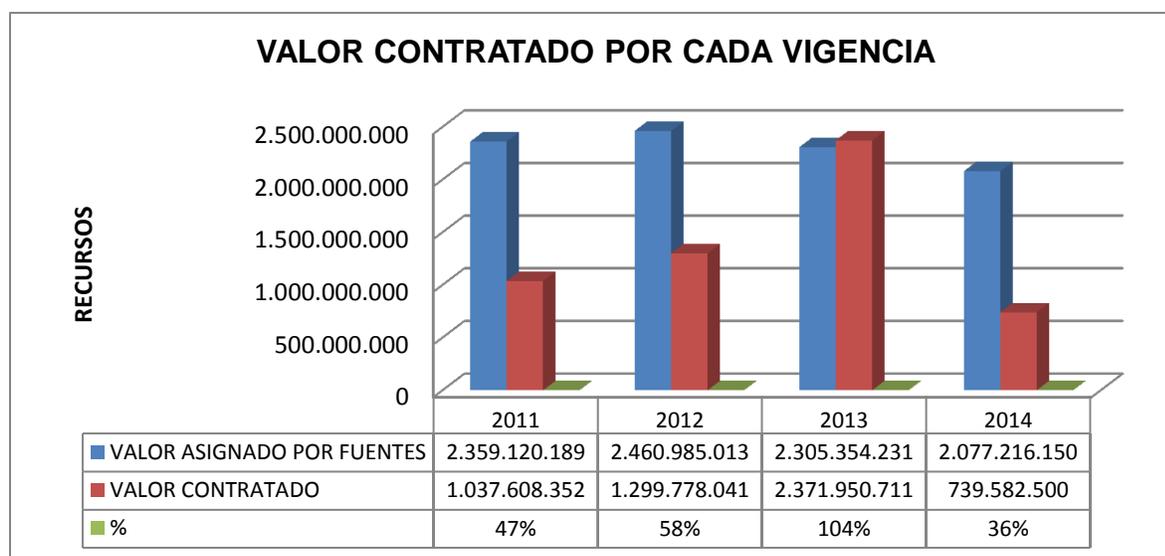
Durante los años 2011 a 2014 la principal fuente de financiación de los programas de salud pública son del Sistema General de Participaciones, sin que se evidencie cambios significativos entre los CONPES para cada vigencia y sus respectivas doceavas, no hay ajustes poblacionales durante este periodo, para el año 2011 la principal fuente de ingreso para Salud Pública es del SGP equivalente al 94% y el 6% de aportes propios y recursos departamentales, para el año 2014 solo hay financiación del SGP en un 100%.

Tabla 9. Valor del contrato durante cada vigencia

AÑO	VALOR ASIGNADO POR FUENTES	VALOR CONTRATADO	%
2011	2.359.120.189	1.037.608.352	47%
2012	2.460.985.013	1.299.778.041	58%
2013	2.305.354.231	2.371.950.711	104%
2014	2.077.216.150	739.582.500	36%
TOTAL	9.202.675.583	5.448.919.604	62%

Fuente: Presupuesto Municipal Neiva – Huila 2011 a 2014, CONPES 138, 148, 163, 177 DNP, (SECOP, 2015)

Gráfica 3. Valor contratado por cada Vigencia



Fuente: Presupuesto Municipal Neiva – Huila 2011 a 2014, CONPES 138, 148, 163, 177 DNP, (SECOP, 2015)

Con los valores asignados por las fuentes se hace necesario la suscripción de contratos para la prestación de servicios relacionados con la atención al adolescente y joven, a la mujer en edad fértil, planificación familiar entre otros, el ente territorial celebra contratos con las Instituciones de Prestadores de Servicios de Salud (IPS), para el municipio de Neiva con la ESE Carmen Emilia Ospina, aunque el valor contrato para cada vigencia según el reporte del Sistema

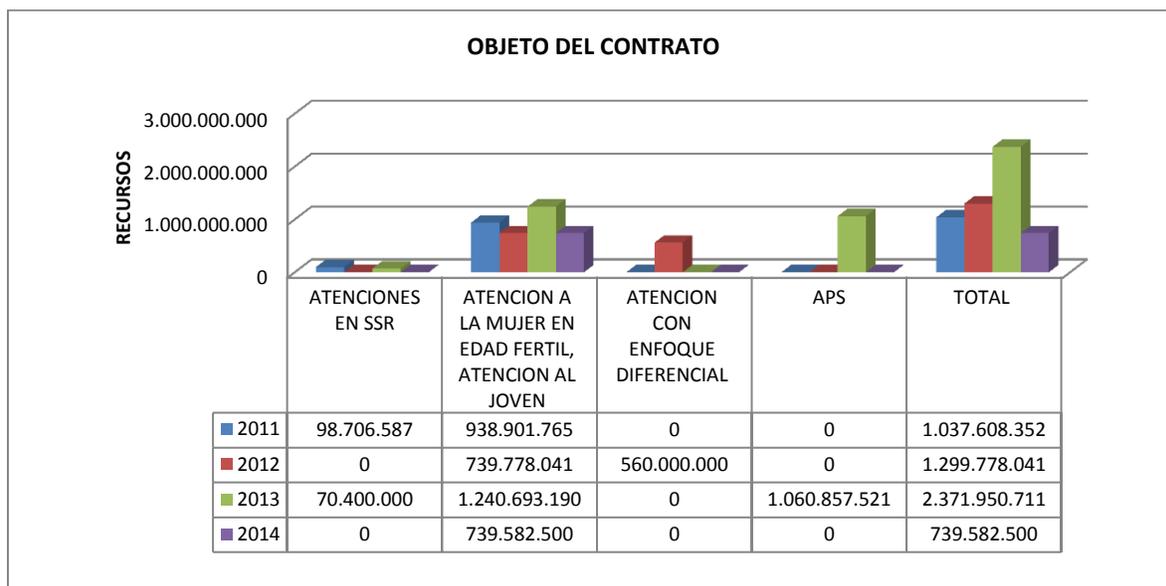
Electrónico de Contratación Pública (SECOP) no corresponde con el asignado por las fuentes de financiación, el valor contrato por vigencia durante el periodo de estudio del 2011 al 2014, equivale al 62 % del total de los recursos asignados por fuente, para el año 2013 el porcentaje de fue del 104% por la asignación de más recursos para la implementación del programa Atención Primaria en Salud (APS), situación atípica para ese año en la cual también se manejaron programas relacionados con el adolescente y joven, se puede establecer que al evaluar la eficacia de los Servicios Amigables en Salud en el periodo de análisis 2011 a 2014, los recursos asignados son suficientes pero la contratación refleja una situación diferente.

Tabla 10. Objeto del contrato para atenciones en Salud sexual y reproductiva en cada vigencia

OBJETO DEL CONTRATO				
OBJETO	2011	2012	2013	2014
ATENCIONES EN SSR	98.706.587	0	70.400.000	0
ATENCION A LA MUJER EN EDAD FERTIL, ATENCION AL JOVEN	938.901.765	739.778.041	1.240.693.190	739.582.500
ATENCION CON ENFOQUE DIFERENCIAL	0	560.000.000	0	0
APS	0	0	1.060.857.521	0
TOTAL	1.037.608.352	1.299.778.041	2.371.950.711	739.582.500

Fuente: (SECOP, 2015)

Gráfica 4. Objeto del Contrato



Fuente: (SECOP, 2015)

Se observa que el objeto de los contratos se encuentra la atención a la mujer en edad fértil, atenciones en salud sexual y reproductiva, y atenciones con enfoque diferencial, siendo los contratos específicos en las atenciones en salud sexual y reproductiva para el año 2011 y 2013, valores contratados y ejecutados en el 100%, los referentes a atenciones a la mujer en edad fértil y consulta diferencial se encuentran inmersas en el PIC (Plan de intervenciones colectivas), y como complemento a la prestación de los servicios de salud contemplados en el POS (Plan Obligatorio de Salud).

Con la información obtenida del SECOP y la forma de contratación no se puede precisar los recursos orientados a la prestación de los SSAAJ, al encontrarse incluidos dentro de las actividades del PIC a ejecutarse en cada vigencia sin asignación específica de los recursos para

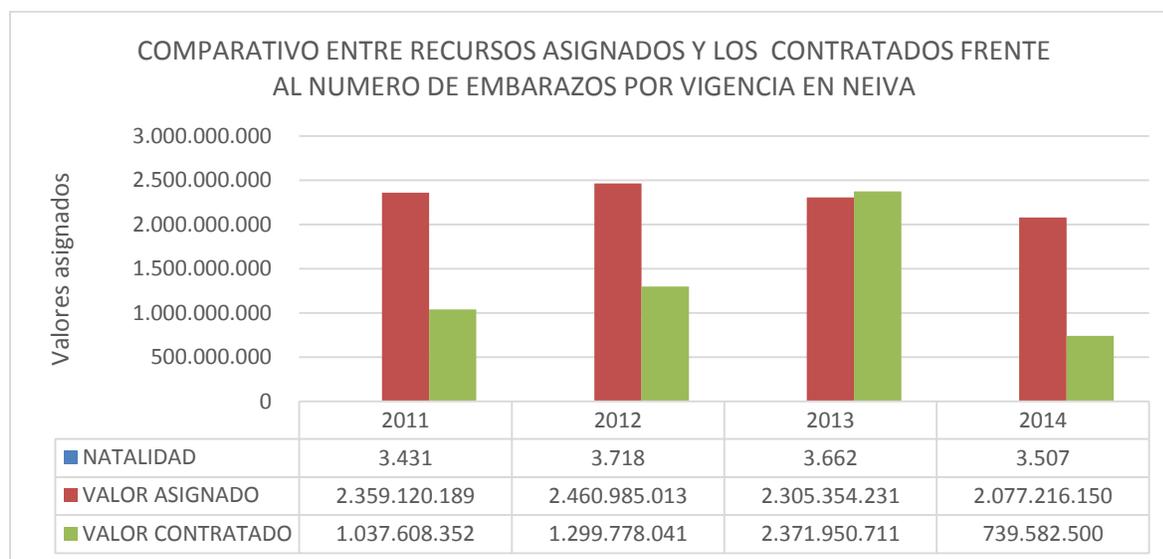
cada actividad razón por la cual no se puede determinar que recursos son asignados para el desarrollo de SSAAJ.

Tabla 11. Comparativo entre los recursos asignados los valores contratados y la natalidad en Neiva

COMPARATIVO ENTRE LOS RECURSOS ASIGNADOS LOS VALORES CONTRATADOS FRENTE AL NUMERO DE EMBARAZOS PRESENTADOS EN NEIVA DEL 2011 A 2014			
AÑO	NATALIDAD	VALOR ASIGNADO	VALOR CONTRATADO
2011	3.431	2.359.120.189	1.037.608.352
2012	3.718	2.460.985.013	1.299.778.041
2013	3.662	2.305.354.231	2.371.950.711
2014	3.507	2.077.216.150	739.582.500

Fuente: Perfil epidemiológico 2011 a 2014, Presupuesto Municipal Neiva – Huila 2011 a 2014, CONPES 138, 145,148, 158, 160, 169, 171, 177 DNP

Gráfica 5. Comparativo Recursos, Contrato y Natalidad



Fuente: (SECOP, 2015)

7. RESULTADOS

1. En este comparativo se puede observar que durante los años analizados no se presentó gran variación en la asignación de los recursos especialmente por la fuente de SGP en cada una de las vigencias, los valores contratados si presentan una gran diferencia frente a los recursos asignados para salud pública, para el 2011 fue menos del 50% al igual que para el año 2014, caso diferente lo ocurrido para el año 2013 que supera en 104% la inversión, sin embargo es preciso determinar que dicho valor es superado por que para ese año se presentó una variación con la inclusión del contrato de APS por más de mil millones pesos, razón por la cual se ve reflejado este aumento es preciso aclarar que para ese año los recursos asignados por SGP fueron de 2.305.354.231 y su valor contratado no supero el 50%, siendo precisamente este año donde se presentó un aumento significativo de embarazo en niñas de 10 a 14 años situación bastante preocupante por las edades de estas menores de edad.
2. El indicador de embarazo de las adolescentes en Neiva no ha presentado una disminución significativa, hacia el año 2008 con la implementación del modelo de SSAAJ en Colombia para ese momento se esperaba reducir el embarazo en las adolescentes en un 26%, al 2013 tan solo ha disminuido en un 8,3% en el territorio nacional, situación que no ha sido diferente en Neiva siendo este uno de los municipios pilotos en la implementación del modelo, aparentemente no habido una aceptación de los servicios amigables en el adolescente o la imposibilidad de relacionarse con el modelo.

3. En la observación general puede decirse que durante los años del 2011 al 2014 la asignación de los recursos del SGP se han mantenido durante estos años como se ve reflejado en el comparativo Tabla No 11, no ha presentado un fluctuación en los recursos, caso diferente ocurre con el embarazo en las adolescentes en el año 2011 se presentaron 287 nacimientos menos que en el 2012, comparado con el 2013 tan solo disminuyeron en 52 nacimientos y para el 2014 su disminución fue de 155 nacimientos, paradójicamente pese a la constante inversión no han disminuido la tasa de natalidad en las adolescentes.

4. Una vez realizado el análisis de tendencias se observa para el periodo observado hay un leve incremento en la tasa de natalidad en adolescentes (x 10.000) entre 10 y 14 años, en el grupo de 15 a 19 años no se observa incremento, por su parte la inversión de recursos sectoriales pareciera ser muy similar en los diferentes años, pero si convirtiéramos estas cifras a pesos constantes sería evidente un decremento en inversión y contratación. Se reconoce que la gestación adolescente no depende del sector salud por lo que es necesario desarrollar estudios que incluyan mayor número variables y una análisis que trascienda este estudio descriptivo; se debe resaltar que los indicadores observados y su proceso de búsqueda dejan ver poco empoderamiento de los actores de SGSS y no identificación como parte de los garantes derechos sexuales y reproductivos para adolescentes y jóvenes.

5. La intención era hacer una investigación de eficacia, pero aún tiene elementos faltantes para poder ser concluyente frente al tema financiero vs resultados en salud para este caso embarazo en adolescentes.

8. DISCUSION

A pesar que los SSAAJ está orientado a partir de documentos técnicos claros, es necesario integrar aspectos propios del contexto territorial como cultura, tecnología, redes, comunicación y percepciones de los adolescentes y jóvenes, su adherencia a los servicios, flexibilizando aspectos operativos del modelos donde se reconozca que hay otras maneras de ver el modelo, lo que puede ser objeto de otras investigaciones.

El modelo establece para la prestación de los servicios la exclusividad de la Consulta Diferenciada, una Unidad amigable y el Centro Amigable para Adolescentes y jóvenes, donde puedan obtener oportunas respuestas a sus necesidades en SSR; el proceso para desarrollar el presente trabajo se encontraron algunas evidencias que permiten considerar que, tanto la territorial como las IPS, no han implementado en su totalidad el modelo para la prestación eficaz de los servicios allí contemplados, siendo tomado como una actividad más del PIC y las IPS como un servicio regular contemplado en el POS, generando en el adolescente y joven poca adherencia, poco interés y baja efectividad del modelo; por lo anterior vale la pena desarrollar otras investigaciones que ahonden en dichos temas.

9. CONCLUSIONES

Las estadísticas nacionales y municipales en embarazo de las adolescentes no presentaran la disminución esperada del 26% a nivel nacional sino tan solo el 8.3% siendo muy similar esta estadística en el Municipio de Neiva.

Se observa en la contratación por parte del ente territorial y las IPS, no hay una exclusividad para el desarrollo del modelo SSAAJ, se evidencia una globalidad en los objetos contractuales, siendo los servicios amigables una actividad incluida dentro del PIC, generando imposibilidad de hacer seguimiento a uso de recursos específicos para el modelo incluidos en el POS y perdiendo la diferenciación y atención exclusiva para el adolescente y joven.

Con la asignación permanente de los recursos por las fuentes de financiación para el desarrollo de los SSAAJ en Neiva se evidencia interés en el modelo, máxime al encontrar pocas fluctuaciones en la asignación presupuestal, siendo necesario estudiar las fluctuaciones en los valores contratados y sus causas.

Una situación atípica que se evidencia referente al tipo de afiliación (Régimen Subsidiado) de las adolescentes y jóvenes embarazadas, frente al nivel educativo media académica y profesional pues es paradójico que se presenten más embarazos en las profesionales de 20 a 24 años, lo cual es claramente más deseable y reconocido socialmente como esperable, esperándose que fuera en mujeres con menos educación donde se presentara un mayor incremento de embarazos, se puede determinar que las adolescentes embarazadas están

terminando sus carreras técnicas y profesionales y aun dependen económicamente de padres o tiene un trabajo informal.

El Municipio de Neiva uno de los pioneros en Colombia en la implementación y desarrollo de los SSAAJ desde el año 2008, sin embargo la dificultad en identificación específica de recursos desde el POS para los servicios amigables puede interpretarse como de ausencia de compromiso real de los actores del sistema en la implementación institucional y desarrollo del modelo, para el año 2014 tanto las IPS como las EPS no se había adoptado en su totalidad los servicios amigables para adolescentes y jóvenes en el municipio.

Es necesario identificar en el marco de los actores del sistema las responsabilidades propias de cada uno de ellos y los recursos específicos con los que cuentan, ya que la identificación específica de los recursos orientados a adolescentes y jóvenes y un proceso de seguimiento a la inversión de los actores públicos y privados en los diferentes planes de beneficios favorecerá la implementación de los servicios amigables.

Los indicadores analizados y su proceso de búsqueda dejan ver poco empoderamiento de algunos actores propios del sistema en reconocer estos servicios como parte de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes.

Dado que este estudio tiene un alcance descriptivo se puede observar una tendencia leve al incremento en gestación en adolescentes de 10 a 14 años en Neiva y un aparente disminución en la inversión y contratación de Servicios amigables y Jóvenes.

10. RECOMENDACION

Con los lineamientos del modelo de los servicios amigables en el cual están inmersos pilares que le permiten al adolescente y joven adoptarlo como propio y sin estigmatizaciones este debe ser implementado y adoptado por los adolescentes y jóvenes que se encuentran cursando los grados 9, 10 y 11 de todas las instituciones educativas con el acompañamiento de los profesionales del área de la Salud médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de las IPS, al igual que los Psicólogos y Psicopedagogos de las instituciones educativas esto permitirá un mayor compromiso y responsabilidad de todos los actores del sistema, complementado con la aplicación de los pilares del modelo en las IPS y EPS del Municipio.

Intervención del Ministerio de Salud y Protección social y la Superintendencia de salud para que el modelo de SSAAJ debería ser obligatoria implementación y de estricto cumplimiento al 100%, con las especificaciones técnico- administrativas y de infraestructura que este requiere.

Incluir de manera activa y constante a los adolescentes y jóvenes en la sensibilización, apropiación adherencia del modelo SSAAJ, teniendo en cuenta determinantes sociales de como nacen, crecen, viven, lo cultural, tecnológico, sus percepciones que le permitan complementarse y acoplarse de manera sencilla sin estigmatizaciones y cohibiciones frente a sus familias a sus pares y consigo mismos.

Sería ideal estudiar y generar directrices que permitan identificar de manera clara los recursos provenientes del POS que integrados aportan casi todas las acciones propias de la implementación del modelo de servicios amigables y jóvenes, lo cual facilitaría el proceso de integración de las acciones POS con las acciones PIC en favor de los adolescentes y jóvenes, disminuyendo el sobre esfuerzo y generando complementariedad entre los diferentes planes de beneficio, en concordancia con lo descrito de la Resolución 518 de 2015.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar, L. (2009). *Marco para el analisis de las politicas publicas. Politica publica y democracia en America Latina. Del analisis a la implementacion* .
- Andre-Noel, R. (2009). *POLITICAS PUBLICAS*. Bogota.
- Balardini, S. (2000). De los Jovenes, la Juventud y las Politicas de Jueventud. (13). *Colombia.com*. (2015). (Neiva) Recuperado el 10 de marzo de 2015, de <http://www.colombia.com/turismo/andina/neiva>
- Constitución política de colombia. (1991). Bogota.
- DNP. (01 de Marzo de 2015). *Departamento Nacional de Planeación*. (DANE) Recuperado el 28 de Noviembre de 2015, de <https://www.dnp.gov.co/programas/inversiones-y-finanzas-publicas/Paginas/Sistema-General-de-Participaciones---SGP.aspx>
- F.J, G. C. (1991). *En busca de modelos explicativos del funcionamiento de la transmisión/adquisición de la Cultura*. Granada: A:FAAEE.
- Huila, M. d. (2011 a 2014). *Perfil Epidemiologico* . Neiva .
- Judith, S. (1999). Haciendo los servicios de Salud Reproductiva Amigables para la Juventud .
- Ley 1098. (2006). *Codigo de Infancia y adolescencia*. Bogota: Congreso de Colombia.
- Ley 1438. (2011). Bogota: Congreso de Colombia.
- Louis, K. A. (1963). *Configurations of culture growth*. California: Univ of California Press.
- Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2010 -2014). *Ministerio de Salud y proteccion social*. Recuperado el 20 de Febrero de 2015, de Ministerio de Salud y proteccion social: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>
- Naciones Unidas. (1948). *Declaracion Universal de los Derechos Humanos*. Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994*. New York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (1995). *Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing, 1995*. Beijing: Naciones Unidas.

- Neiva, M. d. (2011 a 2014). *Presupuesto Municipal, Conpes 138, 148, 163,177*. Neiva.
- ORAS-CONHU, O. A. (2011). *Análisis de marco legal vigente a nivel de la región andina y recomendaciones para que mejoren el acceso a los servicios e insumos de salud para adolescentes con énfasis en la salud sexual y reproductiva*. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unánue (ORAS-CONHU).
- PeterL, B. (2003). *Introduccion a la Sociologia* . Mexico: Limusa Noriega .
- (2012). *Plan Decenal de Salud Publica 2012 - 2021*. Bogota.
- Profamilia. (2010). (Profamilia) Recuperado el 20 de Agosto de 2015, de www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=60
- Profamilia. (2014). (Profamilia) Recuperado el 13 de 10 de 2014, de <http://www.profamilia.org.co/docs/ESTUDIOS%20A%20PROFUNDIDAD%20AF.pdf>
- Resolucion 8430. (1993). Bogota: Ministerio de Salud.
- Roth, A. (2010). *ENFOQUES PARA EL ANALISIS DE LAS POLITICAS PUBLICAS*. Bogota: Universidad Nacional.
- SECOP. (2015). *Colombiacompra.com*. Recuperado el 18 de 9 de 2014, de <http://www.colombiacompra.gov.co/>
- Senderowitz, J. (1999). *Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud*. Washington: Focus on Young Adults.
- Social, M. d. (Julio de 2013). <https://minsalud.gov.co/Documents/embarazo-adolescentes/anexo-cifras-embarazo-adolescentes-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf>. (Ministerio de salud y proteccion social) Recuperado el 20 de Agosto de 2015, de <https://minsalud.gov.co/Documents/embarazo-adolescentes/anexo-cifras-embarazo-adolescentes-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf>: <http://www.minsalud.gov.co>
- Social, M. d. (2015). *Resolucion 518*. Bogota: Ministerio de Salud y Proteccion social.
- Surcolombiano, C. p. (2014). *Evaluacion del Impacto de la Oferta de los servicios amigables para adolescentes y jovenes en 10 IPS de Salud Municipal*. Neiva: CARDIPAZ.
- UNFPA. (10 de Marzo de 2007). *Ministerio de Salud. Fondo de Población de las Naciones Unidas*. Recuperado el 15 de Octubre de 2013, de <http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2014/10/Servicios-amigables-para-adol-y-jov.pdf>
- UNFPA. (2008). *Fondo de Población de las Naciones Unidas. Servicios de salud amigables para adolescentes y jovenes*. Bogotá: Ministerio de Salud y Proteccion Social.