

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

**Salud sexual y reproductiva: un análisis del embarazo en adolescentes en el municipio
de Cáchira – Norte de Santander en el año 2014**

**Tesis presentada como requisito para optar al título de
Especialista en gerencia de instituciones de seguridad social en salud**

**José Luis Flórez Romero, Johana Marcela Ibáñez Ropero, Dalgie Esperanza Pacheco
Torrado**

**Director
M.Sc. Albeiro Acosta Sanjuan**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
Especialización en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud
Facultad de Economía
2015**

Dedicatoria

Queremos dedicar la elaboración de esta tesis de grado a Dios quien con su inmensa bondad y amor infinito inspiró nuestro espíritu para la conclusión de esta tesis. A nuestros familiares por brindarnos su apoyo constante, sus consejos y amor y hacer de cada uno de nosotros una mejor persona.

Agradecimientos

Este trabajo de tesis, es un esfuerzo en el cual participaron distintas personas, asesorando, impulsando el desarrollo de nuestra formación, corrigiendo y acompañando en los momentos difíciles; igualmente nos ha permitido aprovechar la competencia y experiencia de muchos que deseamos agradecer en este apartado.

En primer lugar a nuestro asesor de tesis, el Ingeniero Albeiro Acosta Sanjuan, por su paciencia ante nuestras inconsistencias, por su valiosa dirección y apoyo para concluir esta tesis

Al Doctor Henry Ortiz y la Doctora Diana Paez, quienes con su amplia experiencia y conocimiento, nos brindaron toda la asesoría, apoyo y acompañamiento para culminar con éxito este trabajo y permitirnos lograr nuestros objetivos

Desde un especial agradecimiento a la Universidad Santo Tomas, quien con su equipo de trabajo nos brindó su apoyo incondicional

A todos nuestros más sinceros sentimientos de gratitud.

Contenido

	Pág.
1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN ANÁLISIS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE CÁCHIRA – NORTE DE SANTANDER EN EL AÑO 2014	15
1.1 Planteamiento del problema.....	16
1.1.1 Formulación del problema.....	17
1.2 Justificación	17
1.3 Objetivos.....	18
1.3.1 Objetivo General	18
1.3.2 Objetivos Específicos.....	18
2. Marco de Referencia.....	20
2.1 Marco Conceptual.....	20
2.1.1 Derechos fundamentales.	20
2.1.2 Derecho fundamental a la salud.	20
2.1.3 Enfoque de derechos.	20
2.1.4 Enfoque diferencial.	21
2.1.5 Plan Decenal de Salud Pública.....	21
2.1.6 Plan de Desarrollo.....	21
2.1.7 Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).	21
2.2 Marco legal	22
2.3 Marco Teórico.....	25
2.3.1. Estado del Arte.....	25

3. Metodología.....	31
3.1 Tipo de estudio:	31
3.2 Universo y muestra:	31
3.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos:.....	31
3.4 Recursos empleados.....	31
3.4.1 Humanos	31
3.4.2 Materiales.....	32
3.5 Plan de tabulación de datos.....	32
4. Caracterización Municipal.....	33
4.1 Localización.....	33
4.2 Población	34
4.3 Dimensión social y económica	36
4.4 Educación.....	40
4.5 Salud	41
4.6 Economía	42
4.7 Recreación y deporte	44
4.8 Cultura	44
5. Resultados.....	45
5.1 Diagnóstico del estado actual en salud sexual y reproductiva en el componente de embarazo en adolescentes.....	45
5.2 Análisis del Estado del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (Embarazo en Adolescentes), en el Marco del Plan de Desarrollo Municipal	58
5.3 estrategias para el fortalecimiento del programa de salud sexual y reproductiva -embarazo en adolescentes-	62
6. Conclusiones.....	64

7. Recomendaciones	66
Referencias	68
Apéndices	72

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Inventario normativo y documental técnico relacionado.	22
Tabla 2. Distribución de la población por enfoque diferencial y de género Municipio de Cáchira 2014.	35
Tabla 3. Distribución de la población víctima por grupo de edades en el municipio de Cáchira año 2014.	36
Tabla 4. Distribución de viviendas, hogares y personas. Municipio Cáchira 2005.	36
Tabla 5. Personas con NBI. Municipio Cáchira 2005.	37
Tabla 6. Proyección de la población adolescente 2005-2014. Municipio Cáchira 2014.....	45
Tabla 7. Plan Operativo Anual en Salud. Municipio Cáchira 2014.	58
Tabla 8. Objetivos de resultado sector salud. Municipio Cáchira 2012-2015.....	60
Tabla 9. Indicadores de resultados. Municipio Cáchira 2012-2015.....	60

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Localización del municipio de Cáchira 2014.....	33
Figura 2. Pirámide poblacional proyectada por sexo grupos de edades para el Municipio de Cáchira 2014.	34
Figura 3. Tipología de la vivienda a escala municipal. Municipio Cáchira 2005.	37
Figura 4. Cobertura de servicios públicos. Municipio Cáchira 2005.	38
Figura 5. Promedio de personas por hogar. Municipio Cáchira 2005.....	38
Figura 6. Hogares con actividad económica. Municipio Cáchira 2005.	39
Figura 7. Hogares según número de personas. Municipio Cáchira 2005.	39
Figura 8. Tasa de analfabetismo, población de 5 años y más y 15 años y más cabecera resto. Municipio Cáchira 2005.	40
Figura 9. Asistencia escolar en población de 3 a 24 años de edad. Municipio Cáchira 2005.....	40
Figura 10. Distribución de personas que acceden al sistema general de seguridad social en salud. Municipio Cáchira 2012-2015.	42
Figura 11. Establecimiento según actividad económica. Municipio Cáchira 2005.....	43
Figura 12. Establecimientos según escala de personas ocupadas el mes anterior al censo 2005. Municipio Cáchira 2005.	43
Figura 13. Pirámide de la población por sexo y edades entre los 14 y 19 años. Municipio Cáchira 2014.	46
Figura 14. Edades simples adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cáchira 2014.....	47

Figura 15. Distribución geográfica de adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio CÁCHIRA 2014.....	48
Figura 16. Estado de afiliación al sistema de seguridad social en salud de adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio CÁCHIRA 2014.....	48
Figura 17. Adolescentes con vida sexual activa Municipio CÁCHIRA 2014.....	49
Figura 18. Distribución geográfica de mujeres adolescentes que afirman haber tenido relaciones sexuales Municipio CÁCHIRA 2014.	50
Figura 19. Distribución geográfica de adolescentes que desconocen métodos anticonceptivos Municipio CÁCHIRA 2014.	51
Figura 20. Rango de compañeros sexuales relacionados Municipio CÁCHIRA 2014.	52
Figura 21. Adolescentes que han estado embarazadas Municipio CÁCHIRA 2014.....	52
Figura 22. Frecuencia de embarazos en adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio de CÁCHIRA 2014.	53
Figura 23. Número de adolescentes que han utilizado algún método anticonceptivo Municipio CÁCHIRA 2014.	54
Figura 24. Métodos anticonceptivos utilizados según adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio CÁCHIRA 2014.....	54
Figura 25. Sitios de obtención de métodos anticonceptivos Municipio CÁCHIRA 2014.	56
Figura 26. Formas de acceso al conocimiento asociado a la salud sexual y reproductiva Municipio de CÁCHIRA 2014.	57

Lista de apéndices

Pág.

Apéndices 1. Encuesta sobre sexualidad 72

Resumen

La política pública en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes en el país, se replantea por medio de la formulación de un instrumento de planificación y de gestión denominado Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual reconoce a la salud como un derecho humano interdependiente y como la dimensión central del desarrollo humano. La estrategia general de la acción estatal se basa en la articulación entre sectores y actores públicos, privados y comunitarios responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud, a través del abordaje de los determinantes sociales, con el fin de crear condiciones que garanticen bienestar integral y calidad de vida en Colombia; en donde el estado sea el garante de los derechos humanos, en donde el reconocimiento de la diferencia sea el punto de partida hacia la verdadera concepción de un estado social de derecho; aquel que se cimienta en la descentralización, en la autonomía de sus entidades territoriales y en una democrática participativa y pluralista y que reconoce y garantiza el respeto por la dignidad humana. Sus grandes expectativas se centran en su objeto estratégico basado concretamente en:

- La consolidación de las capacidades sociales e institucionales para lograr mejores condiciones de salud individual y colectiva.
- El aseguramiento de un sistema de respuestas en salud centrado en las personas, sus necesidades y el reconocimiento de su diferencia.
- El fortalecimiento de la corresponsabilidad social e institucional en el logro de resultados en salud.

Pero, bajar esta política de estado a nivel local, implica reconocer la debilidad institucional tan evidente para hacer frente a una realidad nacional que se incrementa cada día más y que no hace ajeno a ningún municipio del país, pero sobre todo, a aquellos territorios en donde la presencia estatal es absolutamente precaria. Esto, ha hecho necesario realizar una aproximación a las realidades que en materia de salud sexual y reproductiva viven las y los adolescentes del municipio de Cáchira y desde ese saber, analizar la pertinencia de la política pública construida por la administración municipal en el Plan de Desarrollo y definida enfáticamente en el marco del plan territorial de salud y el respectivo plan de intervenciones colectivas.

Palabras Claves: salud sexual y reproductiva, embarazo en adolescentes, política pública, plan de desarrollo, plan territorial de salud, plan de intervenciones colectivas.

Abstract

Public policy on sexual and reproductive health in adolescents in the country rethinks through the formulation of a planning and management called ten-year health plan 2012-2021, which recognizes health as a human right interdependent and as the central dimension of human development. The overall strategy of state action is based on the articulation between sectors and public, private and community responsible for the effective and positive action by health actors processes, through addressing social determinants in order to create conditions ensure comprehensive and quality of life in Colombia welfare; where the state is the guarantor of human rights, where the recognition of the difference is the starting point to the true conception of a social state of law; one that is founded on decentralization, in the autonomous territorial entities and in a participatory and pluralistic democracy, which recognizes and guarantees respect for human dignity. His great expectations focus on its strategic object based specifically on:

- The consolidation of social and institutional conditions for better health of individual and collective capacities.
- Securing a health response system focused on people, their needs and the recognition of their difference.
- Strengthening the social and institutional responsibility for the achievement of health outcomes.

But this policy of state down to the local level means recognizing the institutional weakness so obvious to deal with a national reality that is increasing every day and that does not oblivious to any municipality in the country, but especially in those territories where state presence is quite precarious. This has become necessary to make an approach to the realities on sexual and reproductive health and adolescents living the Township Cáchira and from this knowledge, analyze the relevance of public policy built by the municipal administration in the development plan and emphatically defined under the territorial health plan and the respective plan of collective interventions.

Keywords: sexual and reproductive health, adolescent pregnancy, public policy, development plan, territorial health plan, plan of collective interventions.

1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN ANÁLISIS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE CÁCHIRA – NORTE DE SANTANDER EN EL AÑO 2014

La salud es fundamentalmente un derecho consagrado en la Constitución Política de Colombia y es así como el Estado colombiano a través del poder popular y las instituciones en el marco de un estado social de derecho, consagra a la salud como un servicio público a cargo del Estado. Para efectos de reglamentar este mandato expresado en la carta política, es oportuno contextualizar a la Ley 100 como el marco normativo que instituye y reglamenta el plan de atención básica en salud, que tiene como fin garantizar derechos irrenunciables de la persona y la comunidad en general para obtener calidad de vida acorde a la dignidad humana. En este mismo sentido las entidades nacionales y territoriales están orientadas de acuerdo con la Ley 152 de 1994 o Ley orgánica del plan de desarrollo y la resolución 5165 de 1994 expedida por el Ministerio de Salud, la cual se encarga de elaborar, aprobar, hacer seguimiento, evaluación y controlar a las acciones propuestas en los planes de desarrollo, que son instrumentos de planificación y de gestión construidos con la sociedad y los sectores del desarrollo para articular políticas públicas desde el territorio.

Ahora, articular la política pública en salud a través de un instrumento de planificación y de gestión como el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, es pretender fomentar una política de estado con un horizonte de largo plazo en el que se haga posible y viable cumplir con los objetivos estratégicos del plan, que son, alcanzar mayor equidad en salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población, cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables.

Para el caso particular del departamento Norte de Santander, todavía no se conoce un estudio que haya permitido contextualizar el comportamiento de la salud desde lo local; desde el territorio, y ello no garantiza la esencia de la descentralización hacia la construcción de lo público, pues, estas metodologías se construyen desde el nivel central y nunca a escala local.

Es oportuno, analizar los aspectos estructurales que han influido en la construcción de la política pública de salud para los municipios del país y particularmente para el municipio de CÁCHIRA, que como uno más de los entes territoriales, adolecen de una verdadera descentralización administrativa y financiera.

El desarrollo del presente trabajo se explica en 3 capítulos, los cuales son, Diagnóstico del estado actual del componente de embarazos en adolescentes, análisis del embarazo en adolescentes en el marco del plan de desarrollo municipal y propuestas para el fortalecimiento del programa embarazos en adolescentes en el municipio de CÁCHIRA, de igual forma contará con conclusiones y recomendaciones para el fortalecimiento y la elaboración de estrategias dirigidas a la intervención en el manejo del embarazo en adolescentes en el municipio de CÁCHIRA.

1.1 Planteamiento del problema

Hoy el país registra unas cifras desalentadoras en materia de resultados en salud sexual y reproductiva, lo que conlleva a reflexionar en la ejecución, seguimiento y evaluación en términos de eficiencia y eficacia hacia el cumplimiento de los objetivos que pretenden mejorar un derecho fundamental para la población del país, como es el derecho a la salud y el municipio de CÁCHIRA no es ajeno a esta problemática.

Resulta oportuno señalar la falta de escolarización de la población del municipio como otro de los factores determinantes en la incidencia de los eventos en salud sexual. Según datos del Ministerio de Educación Nacional, para el año 2011 el municipio alcanzó una tasa de cobertura bruta de educación categoría primaria de 120,65%, en categoría secundaria 78,45% y en categoría media 51,97%. *MinEducación*.

En el municipio de CÁCHIRA – Norte de Santander, existe unos planes de salud pública, los cuales no han venido siendo efectivos, generando altos costos para el gobierno en la atención en salud, daños en el tejido social y afectando la calidad de vida de la población.

Una de las grandes dificultades se centra en el manejo de los recursos, los cuales se encuentran centralizados en el Ministerio de Salud lo que limita el desarrollo de las actividades en los tiempos establecidos y los que generalmente se convierten en periodos de

ejecución de cuatro meses. Así mismo, la normatividad que regula los planes de salud pública, obliga a las entidades territoriales a contratar con la red pública, sin tener en cuenta su desempeño. De igual manera la Empresas Sociales del Estado, pretenden minimizar costos para aumentar ganancias, y un ejemplo concreto es el escaso personal contratado para la ejecución del proyecto y el desarrollo de las funciones asistenciales. Las ESE no cuentan con unos estándares que permitan hacer un seguimiento, vigilancia y control al personal encargado de su desarrollo.

Adicionalmente, se advierten dificultades relacionadas con las vías para el traslado de urgencias, ya que el municipio de CÁCHIRA está ubicado a 87 kilómetros de la capital del departamento, por medio de una vía destapada y a 37 kilómetros de la intersección que intercomunica al municipio con el departamento de Santander y la costa atlántica, atendiendo a una población dispersa concentrada en un 70% en el área rural. Finalmente, el bajo nivel socioeconómico de las familias en el sector rural, influye en el acceso al servicio y redundante en la ausencia de conductas de autocuidado. Dane2014, Minsalud.

1.1.1 Formulación del problema

Este trabajo propone determinar ¿cuáles fueron los principales aspectos estructurales que han influido en la ejecución del programa de salud sexual y reproductiva para el componente de embarazo adolescente, en el municipio de CÁCHIRA en el año 2014

1.2 Justificación

Cada vez, el embarazo en adolescentes es más común y hoy es considerado como un problema de salud pública en América Latina, por su magnitud y repercusiones biológicas, culturales y sociales. En cada una de las etapas por las que pasa el y la adolescente está relacionada con el inicio de la sexualidad, en donde al mismo ritmo afloran periodos evolutivos que se caracterizan por cambios en el intelecto y la afectividad. Estas etapas de crisis en la pubertad o adolescencia, emanan en comportamientos sexuales dinámicos si se considera el periodo de latencia de cuatro años desde la niñez. Precisamente este punto de partida, origina uno de los problemas más graves que acarrea este iniciar sexual, en donde

el comienzo de las prácticas sexuales, son la causa de las altas y crecientes cifras de embarazo en adolescentes, detonando en una serie de problemas para el adolescente, su familia y la sociedad en general. Alvarado R, Martínez O, 2007.

En ese marco, esta investigación es justificable porque las personas adolescentes en este país, atraviesan por una serie de complejidades que afectan negativamente su salud sexual y reproductiva y ello conlleva al derrumbamiento del proyecto de vida de cada una y cada uno de ellos, al incremento en el riesgo de la salud de la madre y del bebé y al contagio de enfermedades de transmisión sexual como es el caso particular del VIH sida.

Es fundamental caracterizar las condiciones socio-demográficas, culturales y familiares de las mujeres adolescentes del municipio de Cáchira, para evidenciar una realidad que no es asumida como un caso de salud pública por las administraciones municipales y desde esa perspectiva, establecer desde el conocimiento contextualizado de este fenómeno en municipio, las acciones para el reconocimiento de una población y desde ese saber, adelantar acciones desde el estado y con la participación de la ciudadanía en general.

Los resultados se podrán utilizar para definir prácticas de educación en salud y adecuación de la atención, implementando estrategias para mejorar la cobertura y rediseñar la referencia de estas pacientes de acuerdo al riesgo.

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General

Analizar la estructura de la política pública en salud sexual y reproductiva, específicamente en el componente embarazo adolescente, en el municipio de Cáchira en el año 2014

1.3.2 Objetivos Específicos

- Elaborar un diagnóstico del estado actual en salud sexual y reproductiva en el componente de embarazo en adolescentes.

- Analizar el estado del programa de salud sexual y reproductiva (embarazo en adolescentes), en el marco del Plan de Desarrollo Municipal.
- Proponer estrategias para el fortalecimiento del programa de salud sexual y reproductiva (embarazo en adolescentes)

2. Marco de Referencia

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Derechos fundamentales.

“Una definición sintética de estos derechos es la siguiente: son los derechos inherentes a la persona humana. Usualmente se les ha identificado con los derechos individuales, sin embargo en Colombia han sido reconocidos por la Corte Constitucional algunos derechos pertenecientes a la llamada segunda generación, es decir, ha reconocido como derechos fundamentales ciertos derechos sociales que son necesarios para que la persona humana cuente con una vida digna” (“Los derechos fundamentales”, 2015).

2.1.2 Derecho fundamental a la salud.

“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado” (Ley 1751, 2015, art 2)

2.1.3 Enfoque de derechos.

Para el derecho internacional de derechos humanos el enfoque de derechos es una especie de marco conceptual reconocido y adoptado por la generalidad de la comunidad internacional, capaz de orientar el proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas en el campo del desarrollo, y como una guía para la cooperación y la asistencia internacionales respecto a las obligaciones de los gobiernos donantes y receptores, el

alcance de la participación social y los mecanismos de control y responsabilidad que se necesitan a nivel local e internacional. (Abramovich, 2006, p. 36)

2.1.4 Enfoque diferencial.

La fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. Es decir, “el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública. (Baquero citado por Ministerio de Salud, 2013, p 31)

2.1.5 Plan Decenal de Salud Pública.

“El PDSP, en el marco de los mandatos vigentes, se presenta como un plan a mediano plazo que compromete más de un período de gobierno y que permite en el país hacer propuestas estratégicas de mayor alcance; es una ruta trazada por los ciudadanos, los expertos y el gobierno para hacer converger el desarrollo social, económico y humano de nuestro país” (Ministerio de Salud, 2013, p 25)

2.1.6 Plan de Desarrollo.

“Es un instrumento de gestión pública empleado para propulsar planificación y de gestión pública empleado para propulsar el desarrollo social de un determinado territorio, que puede ser el estado en su conjunto o bien una subdivisión del mismo (una región rural, un barrio...). En este segundo caso se habla de plan de desarrollo local” (Plan de desarrollo, 2014)

2.1.7 Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

“Tiene por objeto definir la metodología que deberán cumplir las entidades territoriales para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones

Colectivas de obligatorio cumplimiento a cargo de las entidades territoriales” (Ministerio de Protección Social, 2008)

2.2 Marco legal

Tabla 1.
Inventario normativo y documental técnico relacionado.

Ley	Disposiciones
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones
Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
Ley 115 1994	Por la cual se expide la Ley General de Educación.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 152 de 1994	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del decreto ley 1298 de 1994.
Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
Ley 136 de 1994	Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.
Ley 294 de 1996	Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política de 1991 y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.

Ley	Disposiciones
Resolución 2358 de 1998	Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Art. 77 del Decreto 1292 de 1994.
Acuerdo 117 de 1998 CNSSS	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Decreto 330 de 2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas
Ley 691 de 2001	Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política de 1991 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 762 de 2002	Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999.
Ley 906 de 2004	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.
Sentencia T-025 de 2004	Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento.
De 2005	Encuesta Nacional de la Situación en Salud, 2005.
Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.

Ley	Disposiciones
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1145 de 2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.
Conpes 109 de 2007	Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia”.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Resolución 425 de 2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
Conpes 3550 de 2008	Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
Ley 1185 de 2008	Por la cual se modifica y adiciona la Ley 397 de 1997, Ley General de Cultura, y se dictan otras disposiciones. Especialmente en lo referente a las normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura.
Ley 1295 de 2009	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1448 de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
Ley 1450 de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.

Ley	Disposiciones
Conpes 140 de 2011	Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015.
Conpes 147 de 2011	Prevención del embarazo en adolescentes.
Resolución 4505 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Ley 1616 de 2013	Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1841 de 2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.
Resolución 518 de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas PIC.
Ley 1752 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

2.3 Marco Teórico

2.3.1. Estado del Arte

Los bebés que nacen de madres adolescentes son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; 95% de ellos ocurren en los países en desarrollo, según cifras de la organización mundial de la salud. Para algunas madres jóvenes, el embarazo y el parto son algo previsto y deseado. Para muchas otras, no. Son varios los factores que contribuyen a esa situación. Las adolescentes pueden estar bajo presión para casarse y tener hijos temprano, o pueden tener perspectivas educativas o de trabajo muy limitadas. Algunas no saben cómo evitar un embarazo, u obtener anticonceptivos. Otras pueden no ser capaces de rehusar relaciones sexuales no deseadas o de resistir sexo bajo coacción. Las que se

embarazan tienen menos probabilidades que las adultas de obtener abortos legales y seguros. También tienen menos chances que las adultas de acceder a cuidados calificados prenatales, del parto y de post-parto. En países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres entre 15 y 19 años; y en el 2008, según la misma OMS, hubo un estimado de tres millones de abortos inseguros entre las niñas de este grupo etario. El embarazo en adolescentes genera efectos adversos, los que también se extienden a la salud de sus recién nacidos. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo.

Las causas más importantes que originan este fenómeno en el mundo son: la pobreza, la imposibilidad de acceder al derecho a la educación y a la salud; así como la permisividad o aceptación del matrimonio o las uniones temporales. Las minorías étnicas y los grupos marginados son más vulnerables si esta población se relaciona con su localización rural, muchas veces remota si se considera el abandono estatal como algo común en estos territorios. Todas estas situaciones triplican la propensión a que las niñas y adolescentes queden embarazadas en comparación con sus pares educadas y que habitan en zonas urbanas. Toda esta complejidad genera el nacimiento de 7.5 millones de bebés de mujeres adolescentes durante cada año en el mundo. La gran mayoría de estos embarazos adolescentes no responden a una decisión de la mujer, y no eran buscados o deseados en ese momento. Mantener a las niñas en el colegio es una barrera protectora frente a los embarazos tempranos. En América Latina se estima que el número anual de abortos inseguros entre las adolescentes de 15 a 19 años, alcanza un número de 670 mil. Lo más preocupante es, que en el mundo cada día mueren 200 adolescentes al dar la vida. En la adolescencia, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es doblemente mayor que en mujeres adultas.

La juventud colombiana es una población muy grande en cantidad y con una diversidad de factores actitudinales expresados en sus formas de ser. En términos cuantitativos, según censo poblacional 2005, la población colombiana entre los 10 y los

24 años de edad, se encontraba en un porcentaje aproximado del 28.73%. Ha sido costumbre en el país, que las políticas públicas encaminadas a garantizar el derecho a la salud no hayan sido impartidas con un enfoque diferencial; esto ha conllevado a que no se reconozca a la juventud y específicamente a la adolescencia, como un grupo prioritario, debido seguramente, a que la frecuencia con la que se contrae algún tipo de enfermedad durante estas etapas del desarrollo, es baja, y por tanto, los servicios de salud no han sido implementados con el énfasis que se requiere, por tanto, no han dispuesto estrategias de valoración e intervención integral.

Según cifras reportadas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, una de cada cinco jóvenes entre los 15 y los 19 años en Colombia es madre o está embarazada. Según cifras DANE, se puede conocer oficialmente, que entre el 2008 y el 2013, en promedio cada año han nacido 159.656 hijos de madres entre los 10 y los 19 años; estableciéndose con este indicador, que la tasa diaria estaría por los 435 nacimientos diarios y el 64% de esta tasa, son embarazos no planeados. Una preocupación adicional, se centra en el embarazo subsiguiente, pues se estima, que el 20% de las mujeres gestantes vuelven a quedar embarazadas entre los 7 y 14 meses siguientes, y el 33 por ciento, entre los 14 y 24 meses siguientes.

Aunque el país, posee una importante base jurídica sustentada en tratados internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los pactos internacionales de Derechos Civiles y Políticos, Económicos, Sociales y Culturales, las Cumbres y Convenciones que han reconocido los derechos de las mujeres y han planteado la meta de reducir la mortalidad materna, como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague 1995) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), la Convención de los Derechos del Niño (1989); así como una política de largo plazo ajustada hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en donde se contempla a la mortalidad materna como una prioridad, en donde concretamente el objetivo No. 5, que propende por mejorar la salud materna y garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del embarazo adolescente, sigue

siendo el más rezagado a nivel mundial y Colombia no es ajena al incumplimiento del plazo para alcanzar esos objetivos de Desarrollo, que es, bajar la tasa de embarazo adolescente de 19.5% actual a 15%.

En contraste, el ICBF, realizó en el 2014 una consulta abierta con 50.000 jóvenes del país entre 12 y 18 años, y la que permitió a su vez, identificar que a los adolescentes no les gusta usar métodos de planificación, pese a tener conocimiento de varios de ellos, dejando una gran preocupación adicional, relacionada con el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Según cifras oficiales del mismo instituto, indican que hay 41.900 casos de VIH en el país, pero se cree que son más de 120 mil los no registrados. Otros indicadores revelan que una de cada tres niñas sufre herpes y crece cada día más por los crecientes casos de cáncer de cuello uterino.

Pero, aunque las políticas públicas estatales, están construidas con enfoque de derechos humanos, y parten del reconocimiento social de que todas las personas somos titulares de derechos por el solo hecho de ser humanos, y se propende por hacer surgir una relación entre los titulares de derechos y los titulares de deberes como un componente principal de este enfoque; no satisfacen el ideal de que el estado, a través de las instituciones, la familia y la sociedad son a la vez titulares de obligaciones para que se cumplan esos derechos, bajo los principios de universalidad, indivisibilidad, interdependencia, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, y rendición de cuentas, pues, hacer efectivos esos esos derechos implica reconocer que existe una responsabilidad compartida entre las instituciones del estado y la sociedad civil.

El país, posee un instrumento de planificación y de gestión hacia la generación de resultados en materia de la garantía del derecho fundamental a la salud, como lo es el plan decenal de salud 2012-2021, el cual, pretende armonizar las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, con su entorno y en sociedad, hacia mejorar el nivel de bienestar, entendido éste, como un indicador esencial para generar mejor calidad de vida. Se pretende concretamente, estructurar el sistema nacional de la protección social, desde la consolidación de las capacidades técnicas necesarias en los ámbitos nacional, y territorial para posibilitar la planificación, seguimiento, evaluación y rendición de cuentas de las acciones convertidas en política pública, concordantes todas ellas con el

cumplimiento de los objetivos del milenio; interviniendo de manera individual y colectiva en el sector salud y en todos los sectores que se deben imbricar para garantizar la promoción de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales, en perspectiva y enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, para sumir el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades.

Bajar a escala territorial todo este instrumento es para definir la intervención realizada, es oportuno informar que de los 40 municipios que conforman el departamento Norte de Santander, únicamente 6 de ellos se encuentran certificados; estos son: Cúcuta, El Zulia, Herrán, La Playa de Belén, Los Patios y Villa del Rosario. Esta certificación implica haber cumplido con lo dispuesto en el decreto 3003 de 2005, por el cual se reglamenta el artículo 44 de la ley 715 de 2001, aquella que dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la salud y la educación entre otros.

Concretamente brinda autonomía a los municipios que demuestres la capacidad de gestión en las áreas de dirección y de prestación de servicios de salud, evaluada de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de la Protección Social. Si un municipio tiene la capacidad instalada para realizar un adecuado manejo de los recursos financieros destinados al sector salud en los componentes de aseguramiento, salud pública y prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda; la capacidad de implementar procedimientos de gestión de la dirección del sector salud en el ámbito municipal; la capacidad de articular las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas del orden municipal a la red departamental de prestación de servicios de salud; la capacidad para demostración condiciones de sostenibilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas de carácter municipal; la capacidad de ejecutar los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, debidamente soportada en la compra de servicios de salud; pueden prestar los servicios de salud. Qué implica no estar certificado en términos de autonomía:

Que el departamento asume la responsabilidad de gestionar y administrar los recursos públicos para la atención de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda.

No contar con la descentralización en la protección social, lo que implica desconocer que el modelo de desarrollo ideal de debe ser el endógeno.

Territorializarse en salud, implica tener la posibilidad desde lo local, de diseñar planes propios, ajustados a las realidades del espacio habitado y construido, manejar los recursos, contratar personal, así como lograr el mejoramiento de las instituciones de salud; pero aún es un proceso inconcluso, que ha encontrado múltiples obstáculos para muchos entes que aún tiene la aspiración de generar desarrollo construido desde lo local con la participación real y efectiva de la sociedad civil.

El municipio de Cáchira no está certificado, luego las políticas públicas en salud vienen diseñadas desde la capital del departamento, y en donde, tratando de aproximarse a una realidad generalizada y no propia de cada territorio, diseñan el recetario que va a ser preparado desde lo local sin ningún contexto.

3. Metodología

3.1 Tipo de estudio:

La presente es una investigación descriptiva, consiste en identificar los factores situacionales asociados a la intervención estatal a través de la política pública encaminada hacia la disminución de la frecuencia de los embarazos en adolescentes y con ello la disminución asociada de los factores de riesgos biológicos de la madre y del feto y/o recién nacido, psicológicos y sociales.

3.2 Universo y muestra:

El universo lo conforman 267 adolescentes mujeres estudiantes de las instituciones educativas Nuestra Señora del Rosario e Instituto Técnico Agrícola, localizados en el área urbana y el Colegio Reyes Araque y Centro Educativo rural el Silencio, localizado en el área rural estudiantes del periodo educativo 2014, del municipio de Cachira.

3.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos:

La información se recolectó por medio de una encuesta. Fueron realizadas a la población estudiantil definida como muestra, la cual fue escogida aleatoriamente y partiendo desde la selección de cada institución educativa. (anexo 1)

3.4 Recursos empleados

3.4.1 Humanos:

Investigadores. Personal directivo (director), y estudiantes de las cuatro instituciones educativas, escogidas al azar.

3.4.2 Materiales:

Materiales de oficina, datos estadísticos del SISBEN, datos estadísticos de la empresa social del estado (ESE) Regional Occidente, encuestas para la recolección de información y transporte.

3.5 Plan de tabulación de datos.

La presentación de los datos resultantes se hizo en gráficos estadísticos tipo tortas y tablas. Para su análisis se utilizó medidas de frecuencia relativa como los porcentajes que resumirán la importancia de la investigación.

Es conveniente aclarar, que aunque el embarazo adolescente no es un asunto exclusivo de las mujeres y sus capacidades para la reproducción humana, sino por lo contrario, una problemática que conlleva reflexionar sobre la paternidad, la maternidad, la reproducción precoz, el abuso sexual y la explotación sexual y las condiciones sociales, se tomó una muestra exclusivamente de mujeres preadolescentes y adolescentes debido a que los preadolescentes y adolescentes postulados para ser encuestados, no quisieron en general, participar en el proceso de toma de información primaria, a través del modelo de encuesta, pues ellos, argumentaron que la situación del embarazo en adolescentes es propia de las mujeres y de ninguna manera de los hombres, imposibilitando parcialmente la caracterización de las y los adolescentes del municipio de Cádiz. Esto, produce evidentemente un sesgo en el análisis de resultados hacia la elaboración de las recomendaciones en materia de política pública en procura de la promoción y la prevención en términos del embarazo adolescente en el territorio focalizado, pero, en vista de la limitante expuesta, ha sido con mujeres la aproximación a los saberes y experiencias en materia de salud sexual y reproductiva; concretamente en embarazos adolescentes.

4. Caracterización Municipal

4.1 Localización

El municipio de Cáchira es uno de los 40 municipios que conforman el departamento Norte de Santander. Posee una extensión aproximada de 606 km², representando el 2,8% del área total del departamento, según información del plan de desarrollo 2007-2011

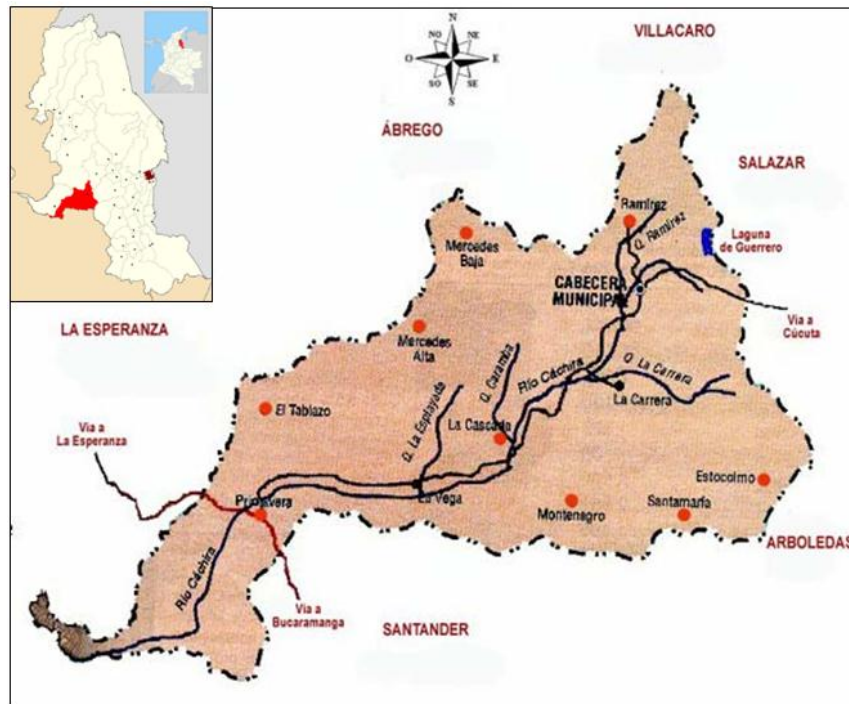


Figura 1. Localización del municipio de Cáchira 2014.

Fuente. http://www.cucutanuestra.com/temas/geografia/Norte_mapas_datos/cachira.htm

Espacialmente limita por el norte con los municipios de Ábrego y Villacaro, por el sur con el municipio de El Playón perteneciente al departamento de Santander, por el oriente con Salazar y Arboledas y por el occidente con el municipio de La Esperanza. Cáchira, está ubicada a una distancia aproximada de 63 km de Cúcuta departamento Norte de Santander y, aproximadamente a 311 km de la misma, tomando la ruta Cáchira-Bucaramanga-

Pamplona-Cúcuta; en donde el tramo inicial Cáchira-Bucaramanga, consta de 70 km aproximadamente.

4.2 Población

La población proyectada para el año 2014, tomando como base el censo DANE 2005 es de 10923 habitantes, de los cuales 1682 habitan la cabecera municipal y 9241 el área rural. La misma población está distribuida en 5743 hombres y 5180 mujeres. Según información del boletín censo general DANE 2005, 76 personas que representan aproximadamente el 0.7% de la población total, se reconocen como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente.

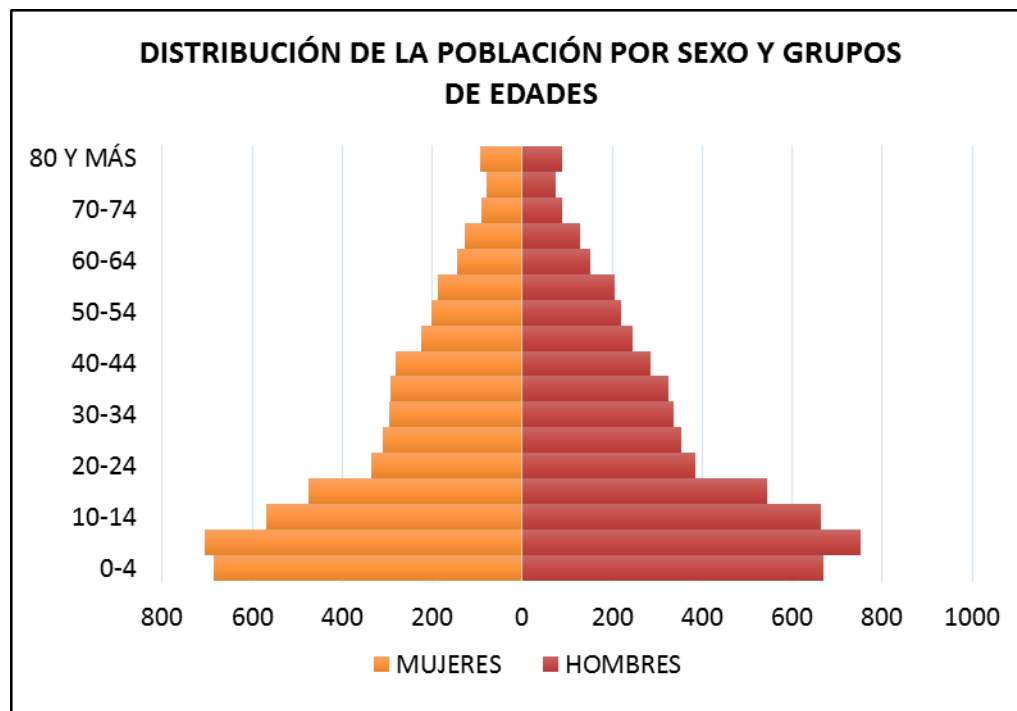


Figura 2. Pirámide poblacional proyectada por sexo grupos de edades para el Municipio de Cáchira 2014.

Fuente. Estimaciones de población 1985-2020 y proyección de población municipal 2014

Esta población reconocida con un enfoque diferencial y de género se puede distribuir de la siguiente manera:

Tabla 2.
Distribución de la población por enfoque diferencial y de género Municipio de Cáchira 2014.

Grupo de edades	Etapas del ciclo de vida	Personas	Hombres	Mujeres
0-5 años	Primera infancia	1462	749	713
6-12 años	Infancia	1606	833	773
13-17 años	Adolescencia	1151	610	541
18-26 años	Juventud	1641	893	748
27-60 años	Adulthood	3825	2035	1790
61-100 años	Persona mayor	1238	623	615

Fuente. Proyección de población a 2014 por edades, ciclo de vida y sexo

De toda esta población proyectada para el 2014, se ha relacionado para el presente estudio, aquella distribuida entre las edades (14-19 años), la que a 2014 consta de 1345 personas, de las cuales 718 son hombres y 627 son mujeres. Pero, no se debe desconocer una población en alto riesgo, y es aquella comprendida entre las edades (10-13 años), la que a 2014 consta de 927 personas, de las cuales 485 son hombres y 442 son mujeres.

En la población objeto no se logró reconocer población LGBTI, ya que, en Colombia no existen sistemas de información sobre la situación de los derechos humanos de estas personas; en consecuencia, el estado no cuenta con datos, mapeos, patrones, caracterizaciones, etc. que le permitan conocer las problemáticas que enfrenta esta población. Concordantemente, en el municipio de Cáchira todavía no se ha reconocido a la población LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales). Defender los derechos de las personas de la población LGBTI debe ser parte de la democracia de Colombia y, si se desea avanzar en Colombia, es a través del reconocimiento y el respeto por los derechos de estas personas, que como el resto de la población, debe ser parte integral de una política integral en materia de Derechos Humanos. No puede existir una política integral de derechos humanos y DIH sin que se incluyan los derechos humanos de la población LGBTI.

La población discapacitada existente en el municipio, según datos del plan de desarrollo 2004-2007, consta de 159 adultos y 79 niños.

La población víctima del conflicto armado consta de 715 personas, de las cuales, 700 no poseen ninguna pertenencia étnica, 14 son negros o afrodescendientes y 1 es raizal del

archipiélago de San Andrés y Providencia y existen 25 personas con algún tipo de discapacidad.

Tabla 3.
Distribución de la población víctima por grupo de edades en el municipio de Cádiz año 2014.

Edad Actual	Personas
Entre 0 y 5 años	25
Entre 6 y 12 años	83
Entre 13 y 17 años	79
Entre 18 y 26 años	127
Entre 27 y 60 años	262
Entre 61 y 100 años	60
Sin información	79

Fuente. Reporte caracterización víctimas del conflicto armado. Unidad de reparación integral para las víctimas del conflicto armado.

4.3 Dimensión social y económica

Cádiz según datos del SISBEN 2010, cuenta con 10228 personas sisbenizadas, de las cuales, 7329 (71,66%) se encuentran en el sector rural y, 2899 (28,34%) en el sector urbano.

Cádiz, según información extraída del boletín censo general 2005, posee una distribución de vivienda, hogares y personas que representa de la siguiente manera:

Tabla 4.
Distribución de viviendas, hogares y personas. Municipio Cádiz 2005.

Área	Viviendas Censo	Hogares General	Personas 2005	Proyección Población 2010
Cabecera	476	406	1.516	1.610
Resto	2.242	2.007	9.041	9.171
Total	2.718	2.413	10.557	10.781

Fuente. Boletín censo general 2005.

Las necesidades básicas insatisfechas NBI, están medidas en el municipio de manera espacial y se representan de la siguiente manera

Tabla 5.
Personas con NBI. Municipio Cáchira 2005.

AREA	Prop(%)
CABECERA	14,78
RESTO	54,95
TOTAL	49,2

Fuente. Boletín censo general 2005.

La distribución de la vivienda en términos de tipología, tiene el siguiente comportamiento:

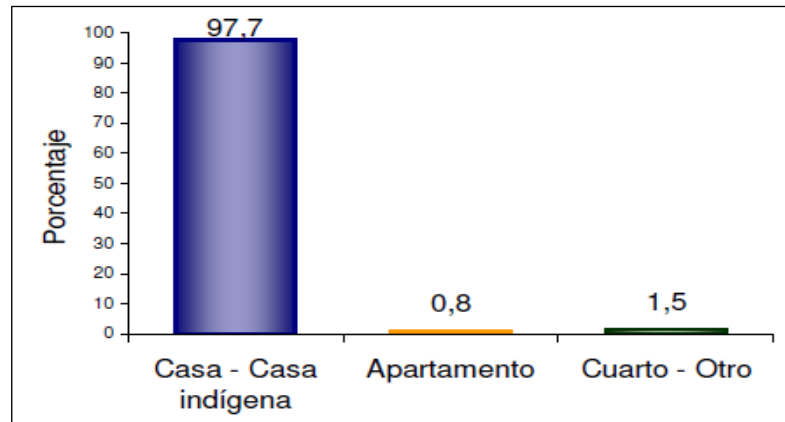


Figura 3. Tipología de la vivienda a escala municipal. Municipio Cáchira 2005.

Fuente. Boletín censo general 2005.

En lo que respecta a los servicios públicos se expresa mediante la siguiente gráfica:

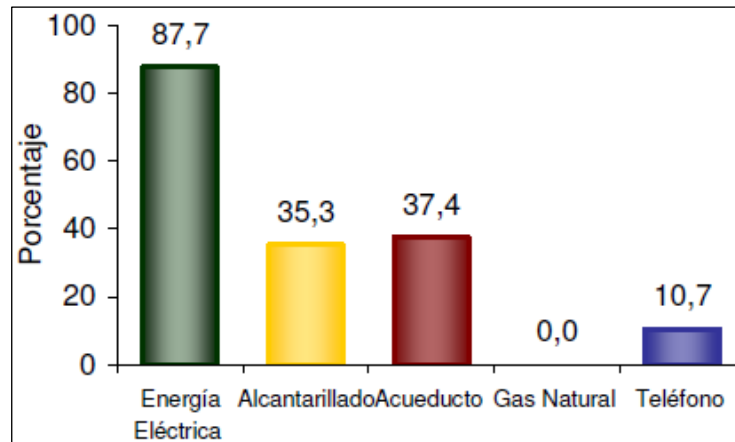


Figura 4. Cobertura de servicios públicos. Municipio Cacha 2005.
Fuente. Boletín censo general 2005

Aunque la gráfica muestra que la energía eléctrica posee una cobertura del 87,7%, hoy puede decirse que mediante la política nacional de electrificación rural, a través del FAER, fondo de apoyo para la electrificación rural del ministerio de minas y energía, este municipio prácticamente está ya electrificado en un 100%.

El promedio de personas por hogar se distribuye espacialmente de la siguiente manera:

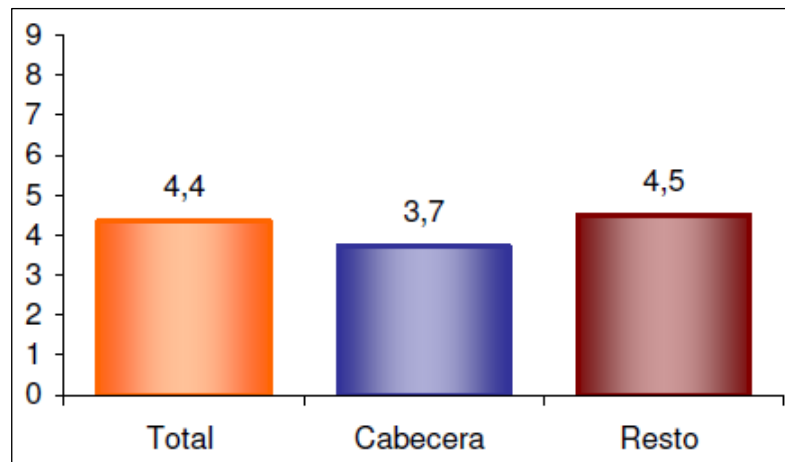


Figura 5. Promedio de personas por hogar. Municipio Cacha 2005.
Fuente Boletín censo general 2005

Existe una mayor densidad de población por hogar en el sector rural que en la cabecera municipal.

Los hogares que tienen actividad económica a nivel municipal son muy pocos, lo que implica reconocer que acceder a bienes y/o servicios para cubrir necesidades básicas es poco probable.



Figura 6. Hogares con actividad económica. Municipio Cáchira 2005.
Fuente Boletín censo general 2005

Ahora, la siguiente es la distribución de hogares por número de personas que lo integran:



Figura 7. Hogares según número de personas. Municipio Cáchira 2005.
Fuente Boletín censo general 2005

4.4 Educación

El municipio de Cáchira, posee los siguientes indicadores relacionados con el sistema educativo:

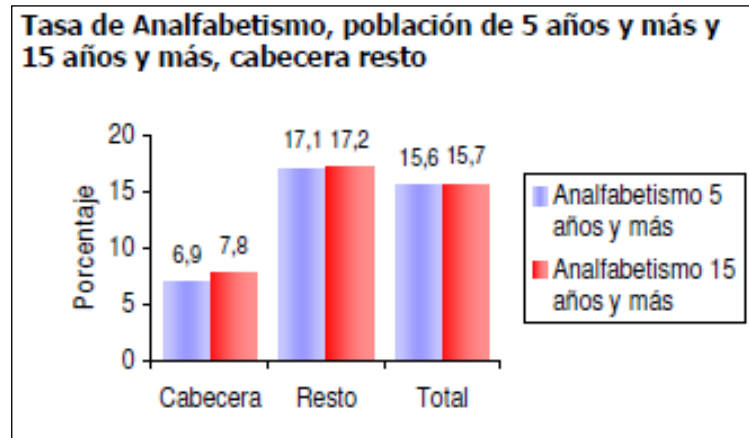


Figura 8. Tasa de analfabetismo, población de 5 años y más y 15 años y más cabecera resto. Municipio Cáchira 2005.

Fuente Boletín censo general 2005

El 15,6% de la población del municipio de Cáchira de 5 años y más, y el 15,7% de 15 años y más no sabe leer y escribir. El 73,5% de la población en la cabecera municipal de 3 a 24 años de edad asiste a un establecimiento educativo.

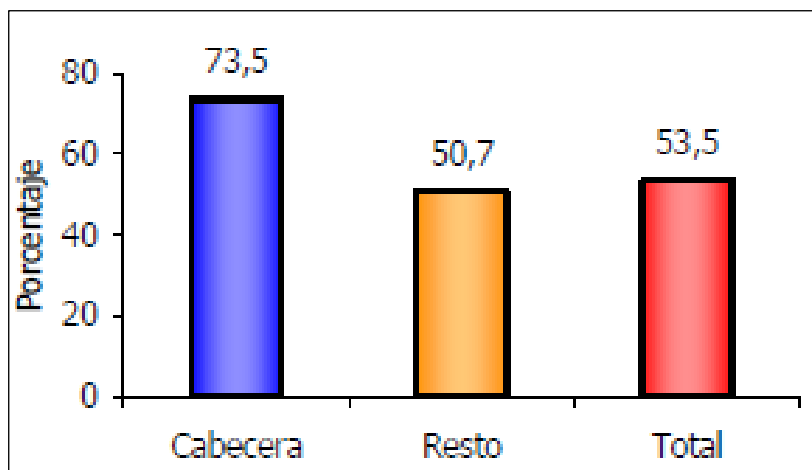


Figura 9. Asistencia escolar en población de 3 a 24 años de edad. Municipio Cáchira 2005.

Fuente Boletín censo general 2005

El 57,3% de la población que habita en el municipio de CÁCHIRA, ha alcanzado el nivel básico primaria; el 14,9% ha alcanzado secundaria y, el 2,7% el nivel superior y posgrado. Finalmente, la población sin ningún nivel educativo que habita en el municipio es de 18,6%.

El municipio de CÁCHIRA, según el plan territorial de salud (2012-2015) relaciona 6 instituciones educativas: Institución Educativa Nuestra Señora del Rosario, Instituto Técnico Agrícola, Colegio José Celestino Mutis, Centro Educativo La Primavera, Centro Educativo El Silencio, Centro Educativo La Carrera, Institución Educativa Colegio Reyes Araque. Se encuentra el colegio José Celestino Mutis que ofrece bachillerato por ciclos y por otro lado El Hogar Infantil San Pedro Claver regido por ICBF. La totalidad de la población que en el 2012 se encuentra matriculada en estos centros educativos es de 2.394. La población de 3 a 26 años, representa una población de 2271 estudiantes y, si se compara esta cifra con la población total de ese mismo grupo poblacional, que es 7393, se puede inferir que la población estudiantil en términos de cobertura es muy baja. Referente a la educación superior en el municipio de CÁCHIRA, se reconoce la oferta en tecnología a través de la Universidad Francisco de Paula Santander, la cual actualmente cuenta con 49 estudiantes en sus aulas de clase.

4.5 Salud

Según datos del plan territorial de salud 2012-2015, el municipio de CÁCHIRA tiene afiliadas a 10228 personas, en donde la mayor parte de la misma se encuentra en el sistema de seguridad social en salud, a través del régimen subsidiado (7808), entendiéndose que la mayoría de la población se encuentra en los niveles de pobreza y que tienen acceso a los subsidios de la demanda. Igualmente, se encuentran dentro de la población pobre no asegurada, 2141 personas y con capacidad de pago, apenas 269 personas.

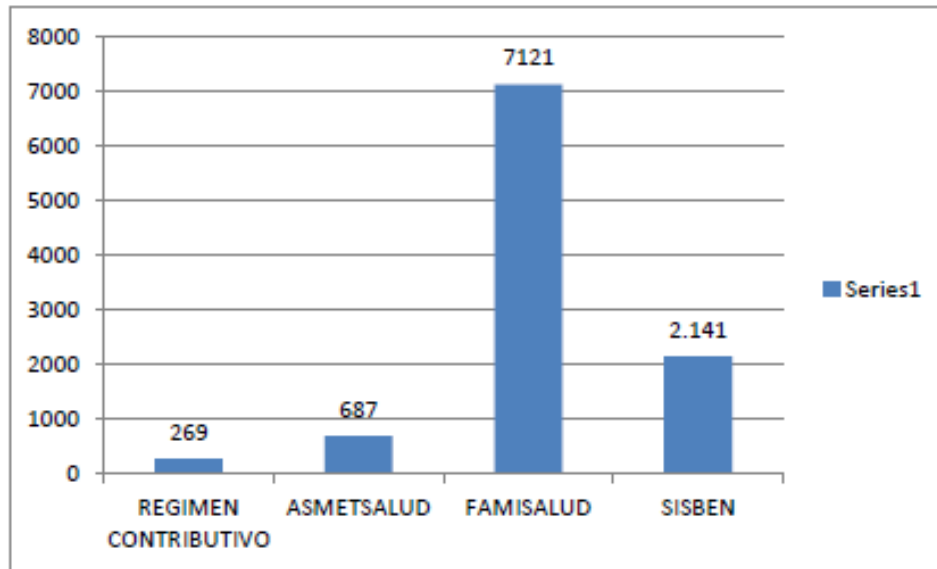


Figura 10. Distribución de personas que acceden al sistema general de seguridad social en salud. Municipio Cacha 2012-2015.
Fuente. Plan Territorial de Salud (2012-2015)

La empresa social del estado Hospital Regional de Occidente, presta la atención en salud correspondiente al bajo nivel de complejidad a los municipios de la Esperanza y Cacha. Los servicios de baja complejidad ofertados son: consulta médica, consulta odontológica, urgencias, laboratorio clínico, hospitalización, imágenes diagnósticas, promoción y prevención, farmacia y como una actividad de mediana complejidad, el servicio de fisioterapia.

4.6 Economía

La actividad mayor económica se da en el comercio, seguida de la oferta de servicios, de la industria y de otras actividades

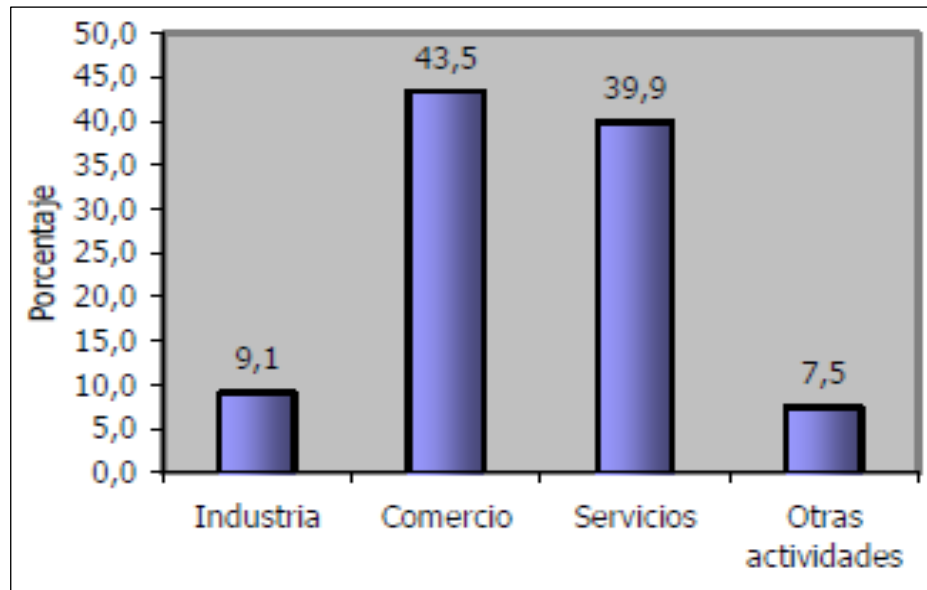


Figura 11. Establecimiento según actividad económica. Municipio Cachaera 2005.
Fuente: Boletín censo general 2005

El 96,8% de los establecimientos existentes en el municipio, generó entre 1 y 10 empleos con corte al mes anterior a la realización del censo 2005 en el municipio.

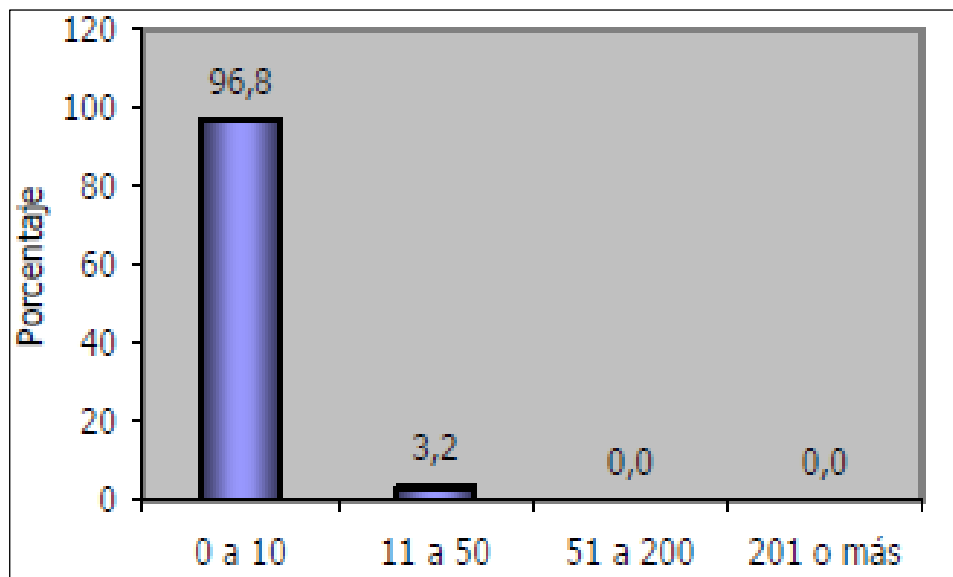


Figura 12. Establecimientos según escala de personas ocupadas el mes anterior al censo 2005. Municipio Cachaera 2005.
Fuente: Boletín censo general 2005

Los establecimientos que emplean de 1 a 10 personas, son de actividad comercial en un 51,2%, seguido por los servicios con un 38,0% y la industria con un 10,8%. Ahora, en el grupo de 11 a 50 personas empleadas, solamente la actividad de prestación de servicios la cubre en un 100%.

4.7 Recreación y deporte

El municipio de Cádiz a nivel rural cuenta con 28 polideportivos los cuales representan el 47.4% de las Veredas, de ellos, 10 se encuentran en buen estado, 13 en regular estado y 5 en mal estado. En el Corregimiento de la Carrera existe 1 polideportivo, en el centro poblado del Corregimiento de la Vega existen 2 polideportivos en buenas condiciones y en el casco urbano de Cádiz existen 6 polideportivos.

4.8 Cultura

Cádiz cuenta con una biblioteca en la cabecera municipal dentro y bajo la dirección de la Casa de la Cultura denominada Eladio Sarmiento Garavito, ésta presenta buena dotación pero no la suficiente para suplir las necesidades de lectura e investigación de la población. Se hace urgente y necesario complementarla con una sala virtual que permita a través del internet, promover la lectura e investigación en los estudiantes y demás personas interesadas en crecer personal, cultural y profesionalmente.

5. Resultados

5.1 Diagnóstico del estado actual en salud sexual y reproductiva en el componente de embarazo en adolescentes

La población adolescente del municipio de Cáchira proyectada para el año 2014 es de 1345 personas, que representan el 12,31% de la población total municipal, la cual para el mismo año está proyectada en 10923 habitantes. De los 1345 adolescentes, 718 representan el 53% y son hombres y 627 representan el 47% restante y son mujeres.

Tabla 6.

Proyección de la población adolescente 2005-2014. Municipio Cáchira 2014.

PROYECCIÓN DE POBLACIÓN 2005-2014 POR SEXO Y GRUPO DE EDAD (14 AÑOS A 19 AÑOS)										
Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	1.251	1.271	1.280	1.283	1.286	1.297	1.309	1.324	1.341	1.345
Hombres	669	683	691	695	699	704	710	715	722	718
Mujeres	582	588	589	588	587	593	599	609	619	627

Fuente. Datos tomados del censo proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo y edades simples de 0 a 26

Si aplicamos una mejor escala de detalle a la población adolescente, podemos identificar con mayor grado de precisión, la distribución por edades y sexo hacia la cuantificación del riesgo en términos de las edades más representativas; para ello, se ha utilizado una gráfica piramidal y en la misma se ha realizado el respectivo análisis desde el enfoque diferencial denominado mujer adolescente, reiterando que es la etapa del desarrollo comprendida entre los 14 y los 19 años de edad, tal como lo reconoce la organización mundial de la salud.

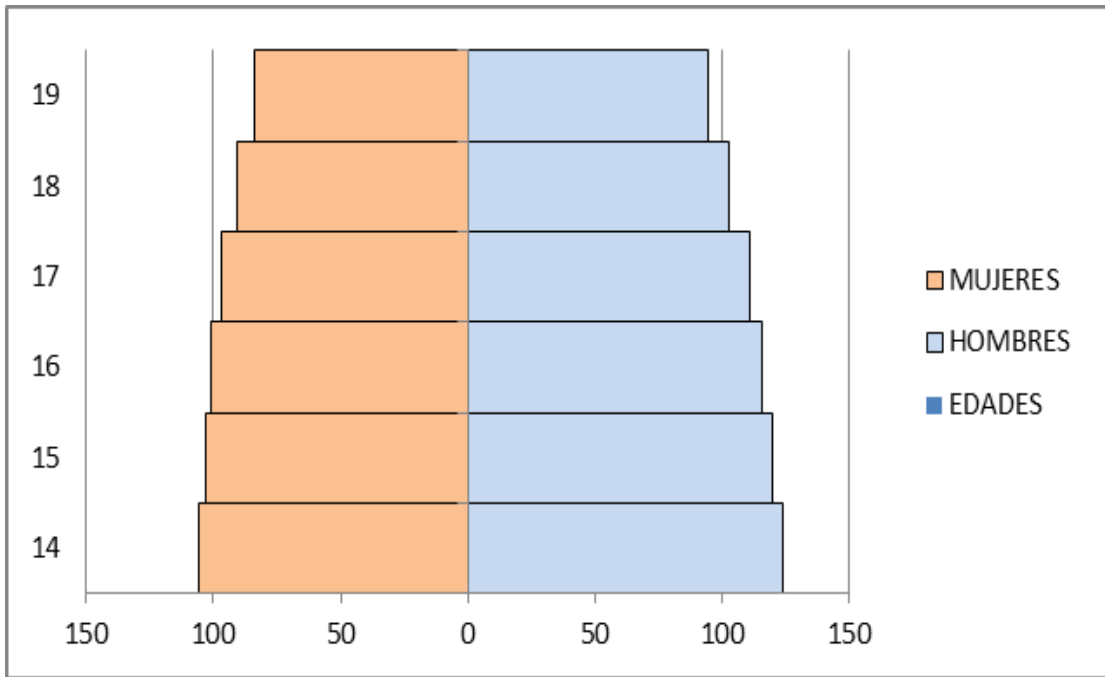


Figura 13. Pirámide de la población por sexo y edades entre los 14 y 19 años. Municipio Cáchira 2014.

Fuente: Proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo y edades simples de 0 a 26

Según la gráfica, la población mujer adolescente se encuentra en mayor número en las edades menores, decreciendo a medida que aumenta la misma. Esto puede significar que, existe una mayor probabilidad de riesgo en ese rango de edades; específicamente, 14, 15 y 16 años respectivamente. Esto debe poner en alerta al aparato estatal, debido a que la vulnerabilidad es mucho mayor en las adolescentes que apenas comienzan el proceso evolutivo hacia la búsqueda de una identidad como persona humana y desde esa conexión el reconocimiento de su sexualidad.

La encuesta conformada por 12 preguntas sobre sexualidad realizada a las 267 adolescentes de 12 a 19 años de cuatro instituciones educativas del área rural y urbana del municipio de Cáchira arrojaron los siguientes resultados:

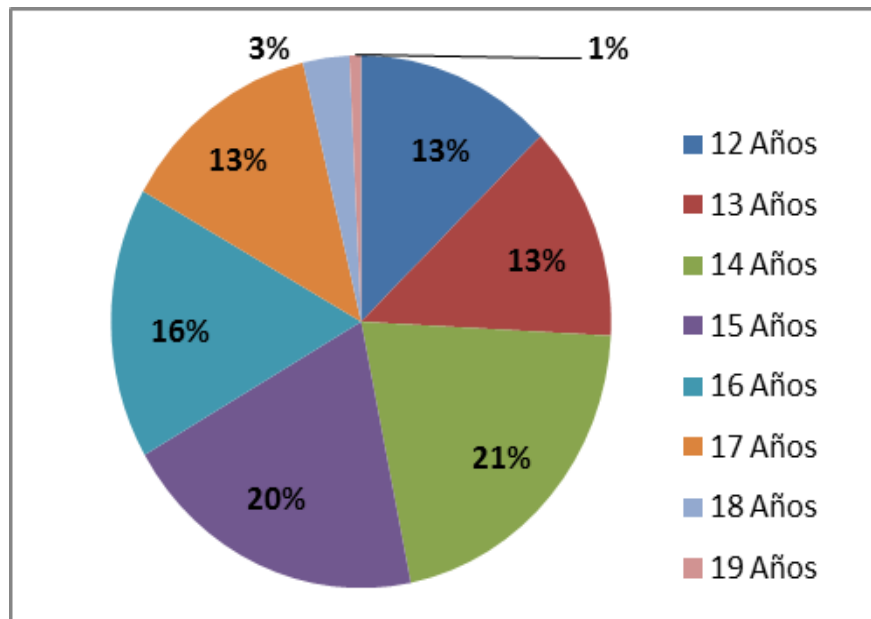


Figura 14. Edades simples adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cáchira 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Las personas adolescentes encuestadas no estuvieron distribuidas en igual número en las áreas rural y urbana, debido a que en la primera área intervenida, no todas adolescentes mostraron el interés para entregar la información de una manera libre y espontánea; esto desequilibra el análisis en términos cuantitativos, al comparar espacialmente el comportamiento del embarazo adolescente, pero de ninguna manera el interés social que pretende analizar la estructura de la política pública en salud sexual y reproductiva, específicamente en el componente embarazo adolescente.

Así las cosas, la población objeto del presente trabajo está identificada como mujer adolescente, buscando dentro de la muestra obtenida, el reconocimiento de la población LGBTI, el origen étnico, la situación de discapacidad y la situación de ser víctimas del conflicto armado evidenciando que en las 267 encuestas aplicadas, no existe ninguna mujer adolescente con ese enfoque diferencial.

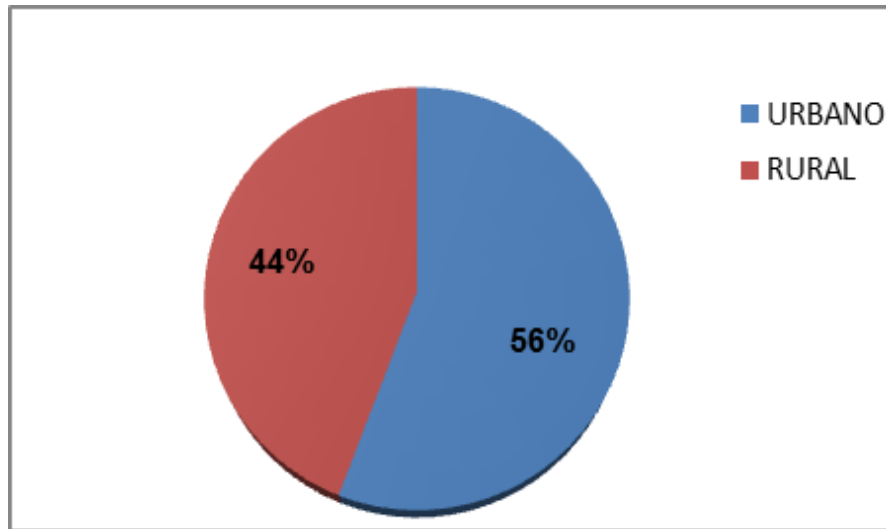


Figura 15. Distribución geográfica de adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cacha 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Desde la concepción del derecho fundamental a la salud, la información concerniente al estado actual de la inclusión al sistema general de seguridad social en salud, está distribuida de la siguiente manera:

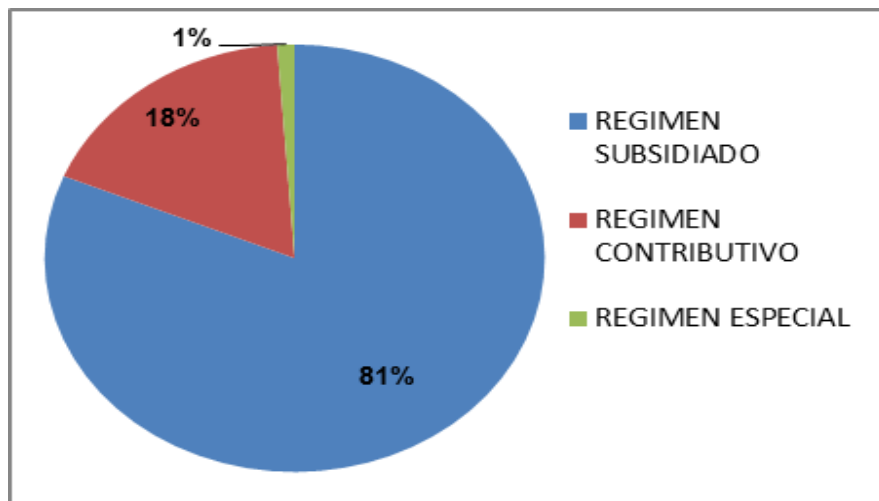


Figura 16. Estado de afiliación al sistema de seguridad social en salud de adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cacha 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

La información anterior, muestra que toda la población se encuentra incluida dentro del sistema de seguridad social en salud, lo que expresa claramente que, toda la población adolescente tiene acceso a los servicios de salud, y debe gozar de todas las acciones de promoción y prevención, las que propenden por el bienestar de la comunidad, en este caso la adolescente.

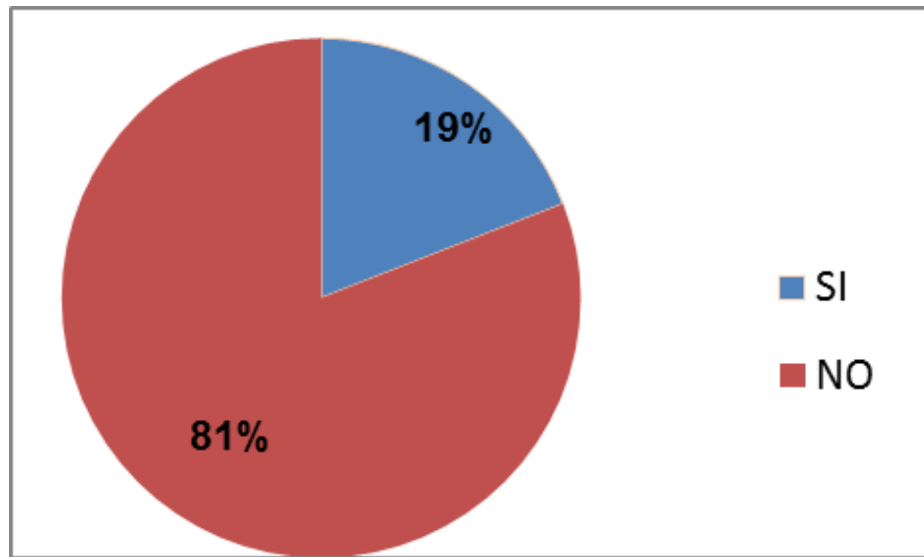


Figura 17. Adolescentes con vida sexual activa Municipio CÁCHIRA 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Para poder identificar los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes, se hace necesario indagar sobre los inicios de la vida sexual activa; ello amerita un acercamiento personal desde la perspectiva de garantizar el derecho a la intimidad; pero a su vez, poder reconocer una realidad que debe ser asumida con el conocimiento y la responsabilidad necesarios para no interrumpir los proyectos de vida, en términos de la integración del potencial biopsicosocial que debe desarrollar el individuo a lo largo de su vida y sin ningún tipo de interrupción.

De las personas que contestaron afirmativamente, se infiere que su distribución espacial es la siguiente:

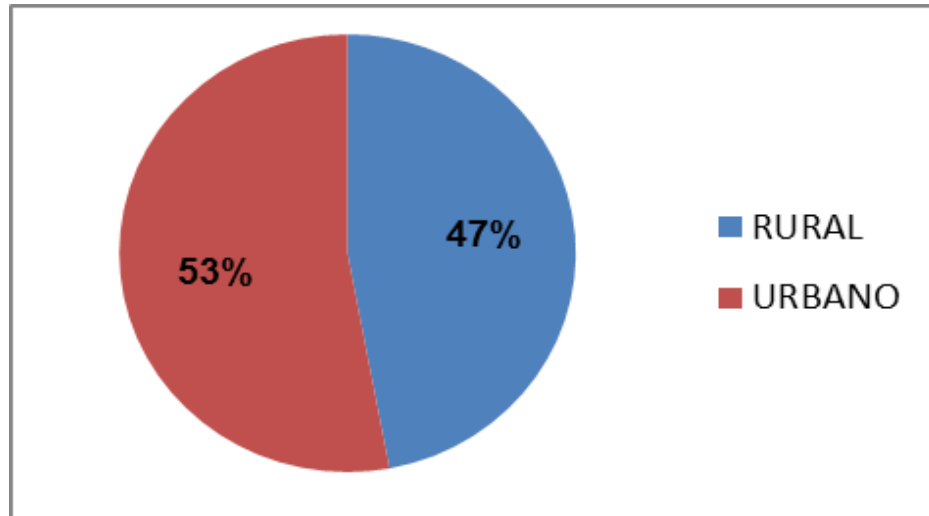


Figura 18. Distribución geográfica de mujeres adolescentes que afirman haber tenido relaciones sexuales Municipio Cáchira 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Según expresan los resultados estadísticos, es indiferente la forma de vida (rural-urbano) de las adolescentes en el marco del inicio de las relaciones sexuales; no obstante y aunque las encuestas arrojan esos resultados, es absolutamente evidente que el aumento de las probabilidades de inicio de actividades sexuales se convierte en un riesgo, si no existe un sistema escolar capaz de garantizar el derecho fundamental a la educación y desde ese mandato, acceder a los programas formales e informales de educación sexual. Dicho esto, es necesario relacionar las formas de vida urbana y rural, en donde, la información es un factor preponderante, y ésta, puede llegar con mayor oportunidad al área urbana que al área rural. La localización prepondera, si en términos de accesibilidad al derecho a la educación se refiere, ya que, la oferta de bienes y servicios es evidentemente diferenciable entre los dos escenarios de vida.

Es importante relacionar desde el punto de vista de la localización, el conocimiento y la utilización de métodos anticonceptivos, para poder discriminar desde esa perspectiva, la

eficacia de los programas de prevención por parte de las instituciones estatales encargadas y, se concluye según la gráfica, que es indiferente el área (urbana-rural) donde se habite. De las 48 adolescentes que afirman desconocer algún método anticonceptivo su distribución geográfica es la siguiente:

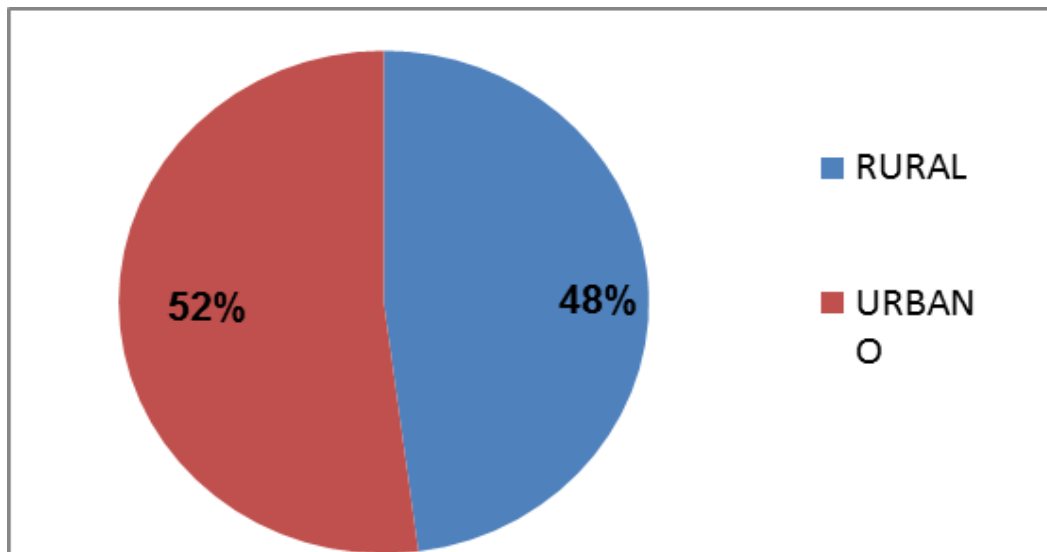


Figura 19. Distribución geográfica de adolescentes que desconocen métodos anticonceptivos Municipio Cáchira 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Un elemento fundamental de análisis, es el número de compañeros sexuales que ha tenido cada una de las mujeres adolescentes encuestadas, identificándose según la gráfica, que la gran mayoría ha tenido únicamente un compañero, un 33% asegura haberlo hecho con más de dos personas y el 2% restante expresa haber tenido más de 5 compañeros sexuales. Ello conduce a reflexionar, sobre todo en el 35% de la muestra, aquella que representa un mayor riesgo en términos de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual.

En el municipio de Cáchira se evidencia que aunque la tendencia a tener más de una persona es mucho menor, no se debe desconocer que un alto número de adolescentes ha tenido más de una pareja sexual, y ello, en la misma proporción incrementa todo el escenario de riesgos asociados.

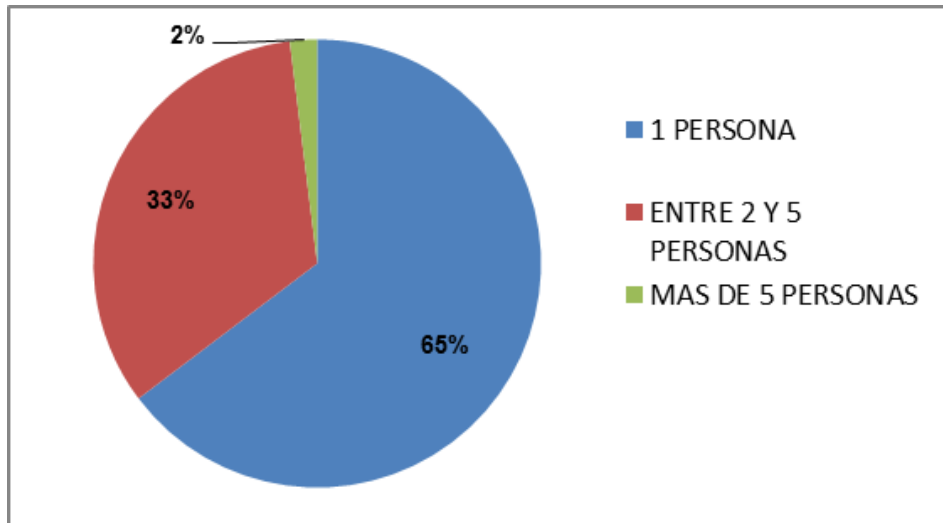


Figura 20. Rango de compañeros sexuales relacionados Municipio Cacha 2014.
Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

La tasa de adolescentes que han estado embarazadas es alta, lo que implica un riesgo evidente de aborto. Estos procedimientos usualmente se realizan en sitios clandestinos y sin las mínimas condiciones requeridas para realizar este tipo de intervenciones. Todo esto maximiza las nefastas consecuencias físicas y psicológicas que se ocasionan por este tipo de actividades ilegales.

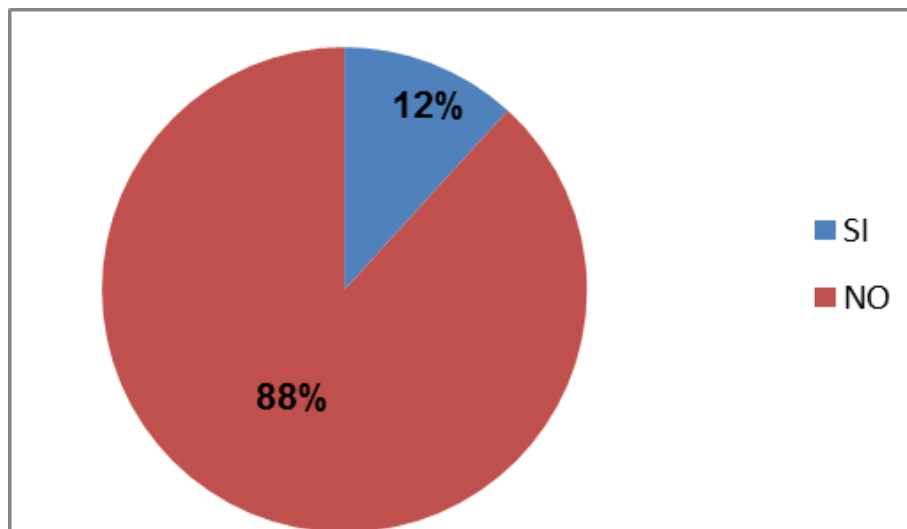


Figura 21. Adolescentes que han estado embarazadas Municipio Cacha 2014.
Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Lo que tiene que ver con la frecuencia de los embarazos en las mujeres adolescentes del municipio de Cáchira, se puede expresar en la baja ocurrencia de los mismos.

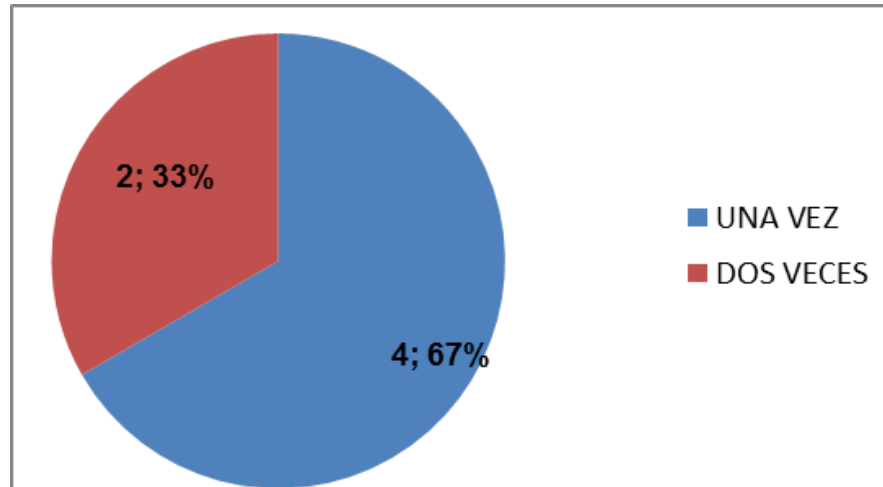


Figura 22. Frecuencia de embarazos en adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio de Cáchira 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Lo anterior amerita suponer que el uso de métodos anticonceptivos es eficaz.

Las adolescentes que habitan en el municipio de Cáchira conocen una diversidad de métodos anticonceptivos, que debe minimizar el riesgo de embarazo y de adquirir enfermedades infecto-contagiosas. Esto denota que ha habido intervención por parte del Estado, a través de la educación sexual y reproductiva impartida formal o informalmente.

Los métodos más utilizados son considerados por expertos como eficaces, el uso del preservativo parece que es el método que tiene menos restricciones para su acceso, es el más promocionado y el que no tiene ninguna contraindicación para su uso. Pero, y aunque son comparativamente eficaces, debería establecerse la forma como se accede a ellos, porque, no existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos basándose solo en razones de edad.

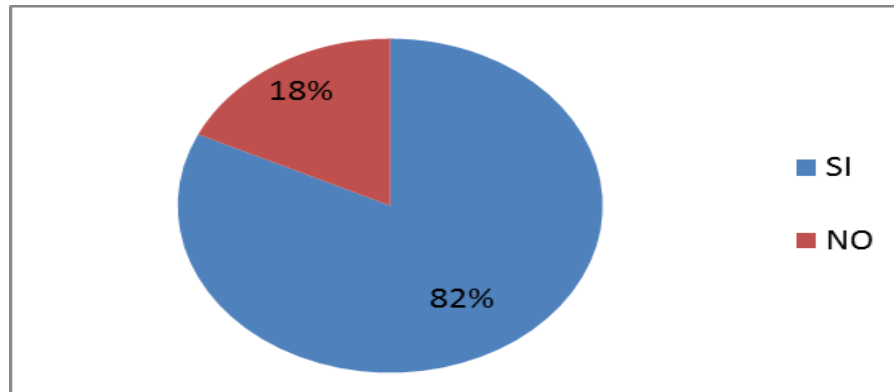


Figura 23. Número de adolescentes que han utilizado algún método anticonceptivo Municipio Cacha 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

El mejor método será aquel que la adolescente y, en el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja, escojan, una vez que hubiesen recibido una completa y detallada información, y hayan sido interrogados exhaustivamente sobre cuestiones inherentes a su sexualidad y derecho reproductivo, lo que facilitará, finalmente, que se produzca el acuerdo entre el proveedor de salud y la pareja. Deberán tomarse en consideración también a la hora de la selección del anticonceptivo, los hallazgos del examen físico general y de la esfera reproductiva, así como aspectos no médicos, pues estos no solo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la no menos importante de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual.

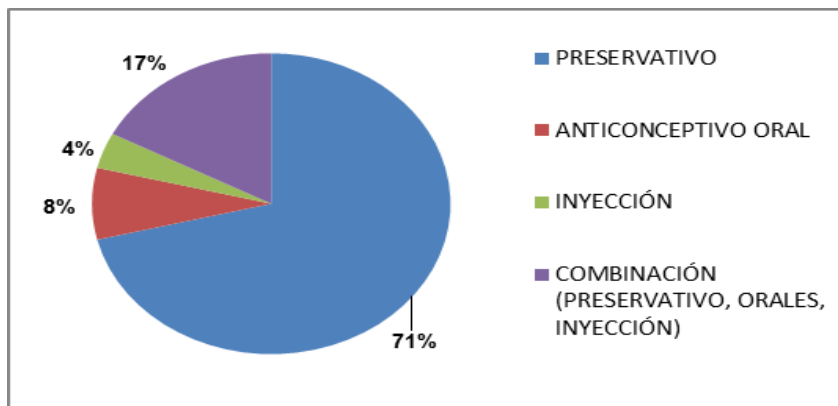


Figura 24. Métodos anticonceptivos utilizados según adolescentes encuestadas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cacha 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Del mismo modo, es fundamental establecer los lugares autorizados por parte del Estado para acceder a todos y cada uno de los métodos establecidos y certificados para tal fin; ello incrementa la trazabilidad de los productos distribuidos, redundando en la seguridad de cada uno de los consumidores que demandan el bien. El municipio de Cáchira no posee una capacidad instalada en aquellos responsables directos de la administración y el consecuente suministro del anticonceptivo en particular; sobre todo en métodos como:

- Inyectables de tipo acetato de medroxigestrona (DMPA) de 3 meses de duración.
- Inyectables mensuales por sus altas dosis de estrógeno.
- DIU en la adolescente con vida sexual activa, pero sin historia de embarazo previo (nuligesta) y adolescente con antecedente de aborto espontáneo o provocado, pero que todavía no es madre o que ya lo es.
- Anticoncepción hormonal, cuando existe historia de menarquia tardía, sin valoración integral hecha por un especialista.
- Anticoncepción hormonal, ante la presencia de signos de androgenización.
- Anticoncepción de algún tipo, cuando existen contraindicaciones para su uso específico en estos casos, que aparecen reflejadas en las normas generales.

Aunque el riesgo se relaciona con la obtención del método, el desconocimiento que tiene el proveedor y él o los usuarios si es el caso; son las droguerías los lugares con mayor oferta. Las instituciones prestadoras de salud son las responsables de brindar el conocimiento en procura de la mejor elección y que ésta a su vez, sea asumida con responsabilidad por parte del o los demandantes y el oferente.

Un gran porcentaje de adolescentes no ha participado en ningún programa de educación en salud sexual y reproductiva, lo que amerita cuestionar la omisión de las entidades encargadas de desarrollar dicha política, concretamente: la alcaldía municipal a través de la oficina de salud pública, las empresas promotoras de salud y fundamentalmente las instituciones educativas del municipio.

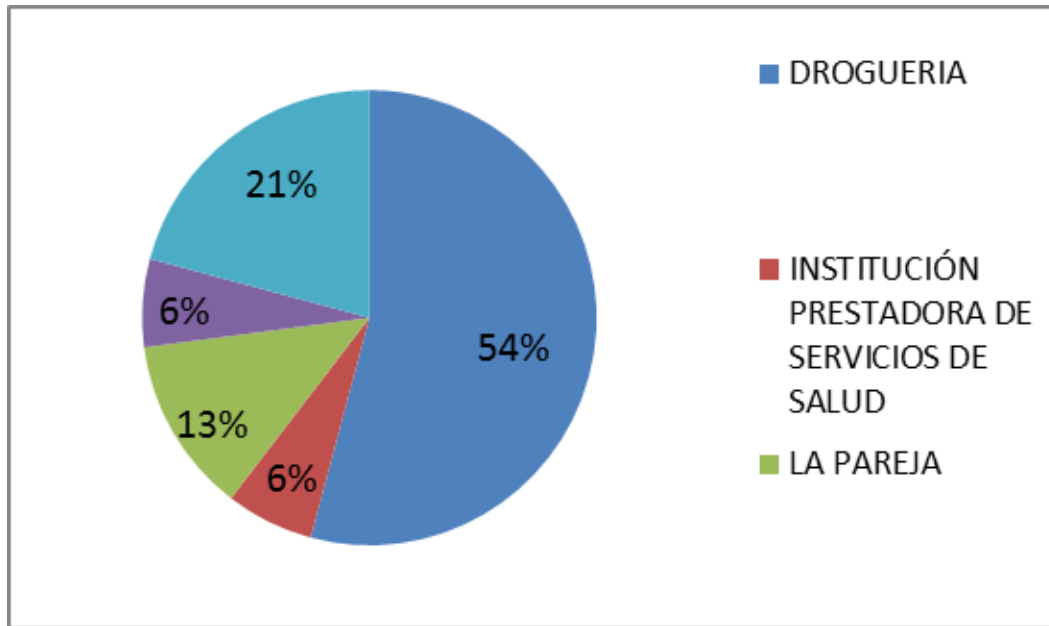


Figura 25. Sitios de obtención de métodos anticonceptivos Municipio Cáchira 2014.
Fuente Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Complementariamente, si bien existe otro porcentaje de adolescentes que ha accedido a estos escenarios de educación, lo ha hecho únicamente para informarse de aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva; pero nunca para educarse en términos transformadores hacia el reconocimiento y el respeto por la vida, actuando en sociedad y cultura, con prácticas sexuales responsables y seguras.

Acceder al conocimiento en temas de salud sexual y reproductiva implica ciertas complejidades en términos de la estructura educativa necesaria que ello conlleva. Es deber del Estado garantizar la educación sexual y reproductiva a todas y todos los nacionales, para que a su vez, se generen los mínimos básicos en todos y cada uno de los medios que difundan ese conocimiento. Esto garantiza en alguna medida que, los amigos, la familia, los maestros y las personas encargadas para ello, puedan transformar las conductas asumidas en una etapa del desarrollo fundamental de la persona como es la adolescencia.

Los medios de comunicación, complementan esa acción transformadora, siendo responsables de la difusión e información que se requiere como complemento y refuerzo para que la política pública comience a obtener réditos.

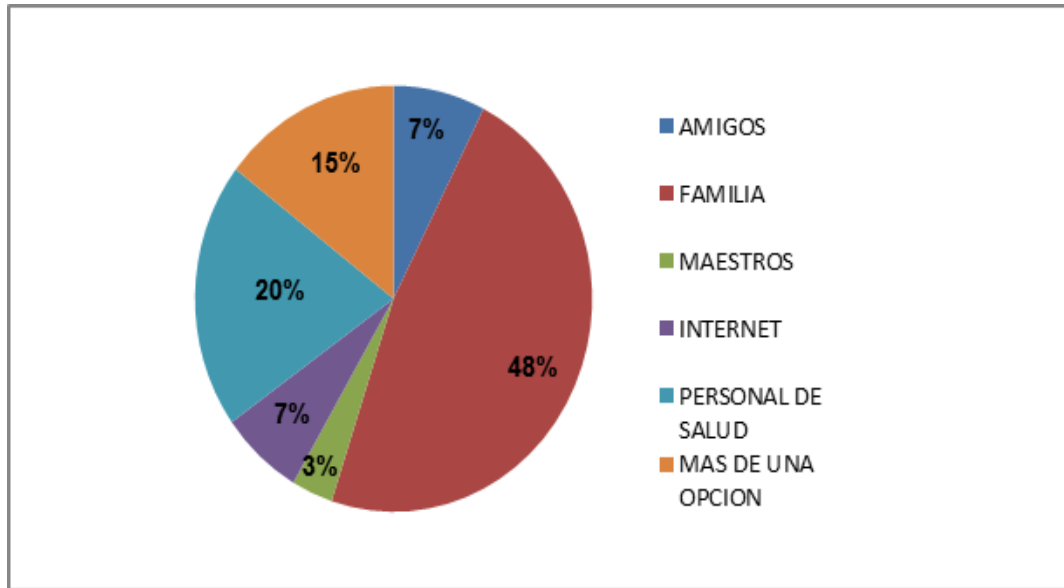


Figura 26. Formas de acceso al conocimiento asociado a la salud sexual y reproductiva Municipio de Cáchira 2014.

Fuente. Encuestas sobre embarazo en adolescentes Municipio Cachira 2014

Cáchira, no posee una estructura institucional capaz de asumir esos retos, y es aquí donde se puede evidenciar que la gran mayoría del supuesto acceso a la información en temas de salud, es a través de la familia, siguiendo en la escala con los pares o amigos y en mínima significancia el personal de salud y los maestros; siendo estos últimos paradójicamente, los que deberían asumir el rol y las competencias relacionadas con la educación en salud sexual y reproductiva.

Resulta contundente y de manera final, significar la participación real y efectiva que deben tener las y los adolescentes en escenarios de transformación como éstos. Lo que simplemente ocurre, es que las instituciones encargadas de esos procesos asumen un carácter informativo y nunca construyendo procesos “participativos”, en donde el saber adolescente y la experiencia estatal converjan en la construcción de verdaderos escenarios de formación hacia el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la concordante práctica de la sexualidad, vista ésta como un proceso natural de la persona humana.

5.2 Análisis del Estado del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (Embarazo en Adolescentes), en el Marco del Plan de Desarrollo Municipal

El programa denominado Salud sexual y Reproductiva, está enmarcado dentro del plan operativo anual en salud 2012-2014, eje programático salud pública, área subprogramática denominada acciones de promoción de la salud y calidad de vida, nombre del proyecto Salud Sexual y Reproductiva y la meta del producto anual número 5 que establece que el 50% de la población de 13-17 años sea sensibilizada en el ejercicio de su sexualidad responsable.

Tabla 7.
Plan Operativo Anual en Salud. Municipio Cáchira 2014.

Metas de Producto Anual	Descripción de Actividades del Proyecto	Indicador de producto esperado del proyecto por trimestre			
		Trimestre			
		I	II	III	IV
5. El 50% de la población de 13-17 años sensibilizada en el ejercicio de su sexualidad responsable	1. Elaborar un plan de trabajo con el 50% de docentes de 4 instituciones educativas (2 rurales y 2 urbanas) para fortalecer estrategias de educación en los temas de orientación para padres con hijos adolescentes, Proyecto en Salud Sexual y competencias ciudadanas, prevención de VIH-ITS, el desarrollo evolutivo de la pubertad en la adolescencia. *Certificado firmado por los directivos de cada I.E.	Planeación	35%	35%	30%
	Presentar plan de acción ejecutado según cronograma establecido con los docentes y CSPM.				
	2. Articular con el Rector y/o Director de las Instituciones educativas para socializar y educar a los Padres de adolescentes 13-17 años sobre Proyecto en Salud Sexual y competencias ciudadanas, pautas de crianza, el desarrollo evolutivo de la pubertad en la adolescencia, la TV y su influencia, la relación entre padres y educadores, dialogo con hijos adolescentes. *Certificado por rector o coordinador educativo.	Planeación	35%	35%	30%

Metas de Producto Anual	Descripción de Actividades del Proyecto	Indicador de producto esperado del proyecto por trimestre			
		Trimestre			
		I	II	III	IV
	<p>3. Desarrollar una actividad lúdico-recreativa con adolescentes del municipio de 13 a 17 años que permita la difusión de los Derechos y deberes en Salud Sexual y reproductiva, importancia Planeación de los Embarazos, Planificación familiar, Decisiones asertivas, autocuidado, relaciones interpersonales, resolución de conflictos, Interrupción Voluntaria del Embarazo, ruta de maternidad segura, postergación del inicio temprano de las relaciones sexuales, uso, colocación y manejo de los preservativos. Elaborar un plan de trabajo que permita realizar adecuadamente la socialización de todos los temas. Escoger adolescentes de una institución educativa. Realizar en cabecera municipal y Corregimiento de La Vega y La Carrera.</p> <p>Presentar oficio de invitación a las instituciones educativas, evidencias fotográficas y certificados de asistencia. Feria de la Salud.</p>	Planeación	35%	35%	30%
	<p>4. Socializar a los actores sociales del municipio el CONPES 147 sobre prevención de embarazos en adolescentes y articular acciones que deben ser incluidas en el plan de acción del comité de infancia y adolescencia. Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas y elaborar informe del impacto alcanzado.</p>	Planeación	35%	35%	30%

Fuente. Coordinación de Salud Pública Municipal Cáchira.

En la actividad 5.3 y 5.4, se alcanza a observar la generalidad de temas referentes a salud sexual y reproductiva, aparentemente en el marco de la ley de infancia y adolescencia. Esto parece ser la única intervención que el POA establece para el año 2014 y concretamente para el segundo trimestre de la anualidad. Es de suponerse que esta actividad debe estar articulada con el Plan Territorial de Salud 2012-2015 y a su vez con el Plan de

Desarrollo Municipal 2012-2015. Veamos entonces la articulación supuesta con el plan de desarrollo municipal en el marco de los objetivos planteados en política pública.

Tabla 8.
Objetivos de resultado sector salud. Municipio Cáchira 2012-2015.

NÚMERO	OBJETIVO
1	Universalización del aseguramiento.
2	Formular políticas públicas intersectoriales de que permitan impactar los determinantes sociales de la salud.
3	Formular el Plan Decenal de Salud Pública territorial con enfoque diferencial que articule todas las políticas públicas.
4	Alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la desnutrición infantil. • Reducir la mortalidad infantil y en la niñez. • Reducir la tasa de mortalidad materna. • Lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. • Reducir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
5	Fortalecer el Sistema de Información territorial en Salud que permita evaluar el avance municipal en salud

Fuente. Plan de desarrollo municipal 2012-2015

Es utópico suponer que existe una concordancia entre los objetivos del plan de desarrollo y el POA, sobre todo cuando el plan de desarrollo plantea reducir del 9% al 7% la probabilidad de embarazo en adolescentes sin demostrarse nada concreto.

Tabla 9.
Indicadores de resultados. Municipio Cáchira 2012-2015.

Código indicador de resultado	Indicador de resultado	Línea de base	Meta de resultado	ODM	Sinergia	Unidos	Niñez y Adolescencia
15	Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres actualmente unidas y no unidas sexualmente activas.			X			
16	Porcentaje de mujeres de 12 a 14 años que han sido madres o están en	9%	7%		X		

Código indicador de resultado	Indicador de resultado	Línea de base	Meta de resultado	ODM	Sinergia	Unidos	Niñez y Adolescencia
	embarazo.						
17	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo.	9%	7%	X	X		

Fuente, Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015

Se podría continuar reflexionando, que si el plan de desarrollo municipal vigente de Cáchira y por supuesto el plan territorial de salud, no están concebidos con un enfoque de derechos, en donde se aplique por supuesto, el enfoque diferencial, de género, étnico, de víctimas del conflicto, entre otros; es apenas lógico suponer que la política pública aplicada en busca de soluciones a los problemas de salud en el territorio, está completamente descontextualizada y sesgada, aun, si existen buenas intenciones; y es precisamente aquí, en donde merece resaltarse la filosofía del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, consistente en reconocerse a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, cuya gestión trasciende los esfuerzos sectoriales y reconoce que solo en la medida en que se compartan objetivos intersectoriales comunes es posible que ellas y ellos alcancen su desarrollo integral.

Volviendo al contexto municipal, ni siquiera existe un programa expreso en donde se evidencie una política pública clara hacia la prevención del embarazo adolescente. En el plan territorial de salud, que es el instrumento de planificación para el cuatrienio, no se ve por ningún lado, la articulación que debe existir con el plan de desarrollo y, lo único que se puede resaltar en materia de población adolescente en Cáchira son algunos apartes que muestran la implementación de una normatividad para proteger los derechos de los menores de edad, desconociendo también que, a través del código de infancia y adolescencia, el código de policía y la reglamentación nacional, se puede estructurar una acción

gubernamental transectorial hacia la protección de los derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.

Finalmente se analiza, que existe un distanciamiento entre la institucionalidad que posee el conocimiento técnico y el saber necesario, para construir una política pública coherente, contextualizada y apegada a las realidades y dinámicas de un territorio, en el que nunca se garantiza el derecho a la participación de la sociedad civil, no simplemente convocada a espacios frívolos y sin un horizonte, sino, luego de haber sido informada, formada, convocada a participar y con el criterio para concertar una acción colectiva en procura del bienestar general, concebido éste, como la imbricación de la dimensión sociales, política, económica, cultural, institucional, ambiental y físico-espacial.

5.3 estrategias para el fortalecimiento del programa de salud sexual y reproductiva - embarazo en adolescentes-

Es fundamental, que se incluya dentro de las instituciones educativas un proyecto formador en educación sexual basada en la evidencia que brinde información adecuada y apoye las necesidades de los adolescentes durante su desarrollo. Es necesario aclarar aquí, que para ello, se requiere una capacidad instalada tal, que comprenda que el proceso educativo no es una instrucción en una cátedra de salud sexual y reproductiva sino un proceso transformador en el que el educador y el educando comparten saberes y experiencias hacia la construcción de una persona que reconoce sus derechos y sus deberes y actúa en ciudadanía con autonomía y responsabilidad.

Es oportuno involucrar esfuerzos conjuntos desde la institucionalidad para involucrar y hacer parte del proceso de transformación a los padres de familia, para que desde una educación en derechos humanos, se generen espacios de diálogo y entendimiento en procura de una comunicación fluida dentro del núcleo familiar. La comunicación efectiva que se constituya, será la clave para comenzar un proceso de reconciliación interno, desde el cual, surjan propuestas de mejoramiento continuo en el marco de la convivencia y el respeto por los derechos humanos.

Debe implementarse un modelo capaz de garantizar un conocimiento en los métodos anticonceptivos en la sociedad en general, en la institucionalidad pública y privada y, en todos aquellos actores que se involucran en procesos asociados a su regulación, administración, y distribución; y en esa cadena, instalar responsabilidades en cada uno de los que estructuran el sistema. De esta manera, las y los adolescentes sexualmente activos, logran el acceso a anticonceptivos efectivos y asequibles.

6. Conclusiones

Todo el aparato institucional que se involucra en la ejecución de las actividades del POA, se limita únicamente a cumplir con los indicadores cuantitativos solamente en la forma, por ejemplo, número de actividades, cronogramas de ejecución etc, pero mínimamente asumiendo el grado de responsabilidad expresado en resultados de calidad; concretamente lo que se espera son procesos planificados, metodologías aplicadas en contexto territorial, seguimiento, evaluación y sostenibilidad de los proyectos en el tiempo. Todos estos factores articulados, son generadores diferenciales que producen cambios. Las personas que coordinan y actúan en el territorio dichas acciones deben gozar de las mejores calidades personales y profesionales pues, sin ese talento humano no existirá nunca una función social del estado en los territorios.

El municipio de Cáchira en su condición de municipio no certificado, desconoce y descuida el seguimiento y control a los procesos que se adelantan desde el nivel departamental.

Ninguno de los procesos que se llevan a cabo en el componente de salud sexual y reproductiva, concretamente en el programa de embarazo se transversaliza en el goce efectivo de derechos humanos, escenario en el que el gobierno nacional de turno garantiza el derecho al reconocimiento de las diferencias sociales y, en consecuencia, la aplicación de medidas en favor de aquellos grupos sociales en los que esas diferencias significan desventaja o situación de mayor vulnerabilidad, dando cumplimiento al principio constitucional que expresa: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, orientación sexual, raza, origen nacional, lengua, religión, opinión política o filosófica” (Constitución Política de Colombia, Art. 18, 1991).

La educación como factor estructurante no realiza su acción transformadora, pues, simplemente se convierte en un proceso intermedio en donde se realizan las muy reconocidas “charlitas”; sin asumir la proyección propuesta en el plan decenal de salud

expresada en que, la institucionalidad educativa pública garantizará que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.

El instituto departamental de salud, llega hasta el territorio, para generar un lenguaje de entendimiento entre las acciones aprobadas desde la capital y la asistencia técnica que precariamente puede brindar el coordinador de la oficina de salud pública del municipio, quien a su vez se convierte en un enlace quien suministra información de las acciones que se puedan estar llevando a cabo.

No existe una política pública que reconozca la problemática del embarazo adolescente como una cuestión de integralidad en el goce de derechos; esto es: garantizar la atención integral a la primera infancia, fortalecer las capacidades de las familias, garantizar el derecho a la identidad, facilitar espacios para la recreación, el juego y uso productivo del tiempo libre, garantizar la salud, garantizar educación de calidad con alimentación y nutrición, ejercer política pública de prevención del embarazo en la adolescencia desde un enfoque de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y sobre todo garantizar la participación de los niños, niñas y adolescentes incluyendo personas con discapacidad o aptitudes excepcionales.

Analizando los resultados arrojados por la encuesta sobre sexualidad se evidencia que el inicio de la actividad sexual de algunas adolescentes fue incluso antes de los 12 años, sin embargo la mayoría de las que iniciaron su actividad sexual tratan de mantener una pareja estable.

No se encontró diferencia en el desconocimiento de los métodos anticonceptivos de la población rural y urbana, a pesar que un porcentaje importante de la población encuestada no conoce sobre los métodos anticonceptivos, no obstante el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado por la población adolescente

Una parte significativa de la población adolescente no conoce de programas de educación sexual ejecutados en el municipio por las diferentes instituciones competentes en el tema aunque la gran mayoría manifiesta el interés y están dispuestos a promoverlos.

7. Recomendaciones

El municipio de Cáchira debe asumir el proceso de la obtención de la certificación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, ya que, esto se traduce en la descentralización que le permite al municipio autonomía en algunos aspectos, en especial en el manejo de los recursos. Sin certificación, cómo se pueden garantizar los criterios de subsidiariedad, coordinación y complementariedad de los servicios, así como los niveles de atención, entre otros.

Se recomienda realizar un proceso conjunto de formación en salud sexual y reproductiva a docentes y funcionarios de salud. Fomentar intencionalmente el trabajo en equipo interdisciplinario en las comunidades involucradas en la política pública implementada.

Las comunidades deben ser tenidas en cuenta en los procesos de construcción de política pública relacionada con la salud sexual y reproductiva; para ello, es necesario implementar un proceso de formación para la participación, en donde la representación de las comunidades se empodere de sus derechos y su exigibilidad, procurando instalar en los formados la capacidad multiplicadora para llevar los procesos aprehendidos a sus respectivas comunidades.

La institucionalidad debe estar dotada de personas profesionales capaces, esto es, con todas las calidades que se requieren para asumir las responsabilidades que desde el nivel central se delegan para ser instaladas en el territorio.

Es oportuno realizar una serie de mejoras al plan territorial de salud y al POA, para que en articulación con el plan de desarrollo municipal, se comience a entender la política pública de salud, desde la concepción del enfoque diferencial de los derechos humanos de todas y todos los habitantes del territorio.

Es indispensable realizar actividades educativas basadas en el proyecto de vida de cada una de las adolescentes, de tal manera que se entienda que un embarazo puede truncar sus metas propuestas y Establecer canales de comunicación asertiva entre la población adolescente y las personas quienes suministren la información de educación sexual.

Involucrar los diferentes órganos psicosociales del entorno de un adolescente para poder establecer cuáles son sus necesidades y encaminar e intensificar los programas de educación sexual y así permitir un empoderamiento de los adolescentes en estos temas con el fin de que ellos mismos sean los impulsores de los programas de educación sexual.

Referencias

- Alba L. (2010). Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ. Méd. Bogotá; 51 (1): 29-42.
- Abramovich, V. (2006). “Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”, en Revista de la Cepal, núm. 88, 2006, pp. 35-50.
- Alvarado R, Martínez O, Baquero M, Valencia C, Ruiz A. (2007). Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). Rev. Cienc. Salud.;5 (1): 40-52.
- Bautista L, Hakspiel M, Rincon A, Borre D, Roa Z, Galviz D. (2012). Cambios persistentes en conocimientos, actitudes y prácticas sobre Sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander–Colombia. Salud UIS; 44(2): 21-33.
- Colombia. Congreso Nacional de la República. (1993), “*Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*”, en Diario Oficial núm 41148, 23 de diciembre, Bogotá.
- Colombia. Congreso Nacional de la República (2001), “*ley 715 del 21 de diciembre de 2001 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros*”, en Diario Oficial , núm 44654, 21 de diciembre de 2001, Bogotá.

Colombia. Congreso Nacional de la República (2007). Ley 1122 del 9 de enero de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en Diario Oficial, núm 46506, 9 de enero de 2007, Bogotá.

Colombia. Congreso Nacional de la República (2011). Ley 1438 del 19 de enero de 2015, por medio de la cual se reforma el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, en Diario Oficial, núm 47957, 19 de enero de 2015, Bogotá.

Colombia, Congreso Nacional de la República. (2015). Ley 1751 del 16 de febrero de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, en Diario Oficial, núm 49427, 16 de febrero de 2015, Bogotá.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007, 10 de agosto). Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, en Diario Oficial, núm 46716, 10 de agosto de 2007. Bogotá.

Colombia, Ministerio de Protección Social (2008). Resolución número 0425 del 2008, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales”, en Diario Oficial, núm 46902, de febrero 14 de 2008. Bogotá

Colombia, Departamento de Planeación Nacional – DNP. (2011). Plan Nacional De Desarrollo 2010-2014 ‘Prosperidad para todos’ -Resumen Ejecutivo. [documento de trabajo] disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/Resumen%20Ejecutivo%20Ultima%20Version.pdf>. recuperado: 20 de abril de 2015.

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública, DSP, 2012 – 2021” [Documento de Trabajo], disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>, recuperado: 20 de abril de 2015.

Docencia.udea..com. (2015), Los derechos fundamentales. Disponible en: http://docencia.udea.edu.co/derecho/constitucion/derechos_fundamentales.html, recuperado: 20 de abril de 2015.

González J. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Rev. Salud Pública* 11 (1): 14-26.

Langer A. (2002). El embarazo no deseado. *Impacto sobre la salud y la sociedad en América latina y el caribe*. *Rev Panam Salud Pública*; 11(3):192-205.

Ministerio de la protección social. (2014). Indicadores básicos situación de salud en Colombia.

Plan de desarrollo municipal 2012-2015. (2012). ministerio de la protección social.

Rodríguez J. (2011). *Política nacional de salud sexual y reproductiva en Colombia. Un reto en vía de superación?*. *Revista CES Salud Pública*; 2(2):257-59.

Ríos A. (2008). Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia. *Salud Uninorte.*; 24 (2): 351-358.

Vanegas B, Pabón M, Plata R. (2013). *Dimensiones de educación integral en sexualidad para la prevención del embarazo en la adolescencia*. *Revista Colombiana de Enfermería*; 8 (8): 161-174.

1. Wikipedia, (2015). Necesidades básicas insatisfechas. disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Necesidades_b%C3%A1sicas_insatisfechas. Recuperado
27 de abril de 2015.

Wikipedia, (2014,) Plan de desarrollo. disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Plan_de_desarrollo. Recuperado: 20 de abril de 2015.

APÉNDICES 1. ENCUESTA SOBRE SEXUALIDAD

Universidad Santo Tomas

Facultad de Economía

Especialización en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

Somos estudiantes de la especialización en gerencia de instituciones de seguridad social en salud de la Universidad Santo Tomas y en la actualidad nos encontramos realizando el trabajo de grado, para la cual necesitamos su valiosa colaboración respondiendo de manera precisa y objetiva las siguientes preguntas, por lo cual le estamos altamente agradecidos.

Institución _____

Edad _____ Fecha _____

Grado _____ Zona R U EPS _____ S C

1. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

Sí _____

No _____

2. ¿A qué edad inicio su vida sexual?

3. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?

0 _____

1 _____

2 a 5 _____

Más de 5 _____

4. ¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?

0 _____

1 vez por semana _____

De 1 a 5 veces por semana _____

Más de 5 veces por semana _____

5. ¿Se encuentra o se ha encontrado embarazada en algún momento de su vida?

Si ___ cuantas veces ___ a qué edad ___
 No ___

6. ¿Sabe que es un método anticonceptivo?
 Sí ___
 No ___

7. ¿Ha utilizado algún método anticonceptivo?
 Si ___
 No ___
 cual _____

8. ¿Si utiliza algún método anticonceptivo, como lo consigue?

9. ¿Ha participado de alguna charla sobre sexualidad?
 Si ___
 No ___

10. ¿Conoce algún programa de educación sexual?
 Sí ___
 No ___
 Cual _____

11. ¿Promovería usted la participación de la población en temas de educación sexual?
 Si ___
 No ___

12. Si necesita información sobre algún tema relacionado con sexualidad acude a:

Amigos ___

Familia ___

Maestros ___

Internet ___

Personal de salud ___

Otros ___ Cual _____