

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS RELACIONADAS CON EL
EMBARAZO Y SU PREVENCION EN MENORES DE 18 AÑOS EN LAS
CIUDADES DE PEREIRA Y CALI ACTUALMENTE”

BERMUDEZ MUERA LUZ STELLA
MANCO BALLESTEROS JOHAN ESTIVEN
MORENO FANNY
ORJUELA JAIRO NOLBERTO
TORO PARADA DEISSY LILIANA
Grupo 252828-1

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA - ECBTI
CURSO DE PROFUNDIZACION EN FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA
CALI
NOVIEMBRE DE 2013

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS RELACIONADAS CON EL
EMBARAZO Y SU PREVENCION EN MENORES DE 18 AÑOS EN LAS
CIUDADES DE PEREIRA Y CALI ACTUALMENTE”

BERMUDEZ MUERA LUZ STELLA
MANCO BALLESTEROS JOHAN ESTIVEN
MORENO FANNY
ORJUELA JAIRO NOLBERTO
TORO PARADA DEISSY LILIANA
Grupo 252828-1

Curso de Profundización en Fundamentos de Salud Pública

Tutora María Consuelo Bernal

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA - ECBTI
CURSO DE PROFUNDIZACION EN FUNDAMENTOS DE SALUD PÚBLICA
CALI
NOVIEMBRE DE 2013

Nota de aceptación
Eventos desarrollados
durante el curso (60%): 4.2
Trabajo final (40%): 3.9
Nota Definitiva: 4.1

NOMBRE DEL EVALUADOR
María Consuelo Bernal

CEAD
Palmira

Bogotá a los Trece (13) días del mes de diciembre de 2013.

CONTENIDO

	Pág.
Introducción.....	10
Justificación.....	11
Planteamiento del problema.....	13
Objetivos.....	15
Marco Teórico.....	16
La Adolescencia.....	17
Definición De Adolescencia Desde La Postura De Guillermo Carvajal.....	18
Factores Que Influyen En La Salud Sexual Y Reproductiva De Las Mujeres.....	21
Factores Sociales, Culturales Y Económicos.....	21
Estructura De La Familia.....	21
Papel Del Estado.....	21
Efectos De La Pobreza.....	21
Educación.....	22
Salud Sexual y Productiva en la adolescencia.....	23
Educación Sexual.....	23
Embarazo en la adolescencia.....	23
Porque Puede Ocurrir el Embarazo en Adolescencia.....	24
Probabilidades y Expectativa del Embarazo.....	24
Prevención De Embarazo En La Adolescencia.....	25

Prevencción Primaria.....	25
Prevencción Secundaria.....	25
Prevencción Terciaria.....	25
Causas.....	25
Complicaciones Del Embarazo En Adolescente	26
Factores De Riesgo.....	26
Consecuencia Del Embarazo En La Adolescencia.....	27
Antecedentes Del Problema.....	27
Fecundidad Adolescente.....	28
Población Adolescente.....	29
Marco Legal.....	30
Legalidad Sexual Colombia.....	30
Política Nacional De Salud Sexual Y Reproductiva (Pnssr)	30
Salud Sexual Y Reproductiva De Los/Las Adolescentes (En Pnssr.....	30
Identificación De Variables.....	32
<u>Diseño</u> Y Técnicas De Recolección De Información.....	33
Fuentes.....	34
Lugar.....	34
Muestra.....	34
Instrumento.....	34
Marco Geográfico.....	35
Aspectos Administrativos.....	37

Presupuesto.....	38
Cronograma de Actividades.....	39
Preguntas y Análisis de Encuesta.....	40
Conclusiones.....	66
Propuestas de solución	67
Bibliografía.....	68
Anexos.....	69

LISTA DE ANEXOS

Pág.

ANEXO. A

67

Cuatro

ANEXO B

71

Siete

ANEXO C

78

Siete

ANEXO D

84

Ocho

GLOSARIO

ECLAMPSIA: Es la presencia de [crisis epilépticas](#) (convulsiones) en una mujer embarazada. Estas convulsiones no tienen relación con una afección cerebral preexistente. La eclampsia se presenta después de una [Preeclampsia](#), una complicación grave del embarazo caracterizada por hipertensión arterial, así como exceso y rápido aumento de peso.

EMBOLIA: La embolia cerebral es un tipo de [infarto cerebral](#) ([accidente cerebro vascular](#)), es decir, se trata de una [enfermedad vascular](#) que afecta a las [arterias del cerebro](#) o a las que llegan a éste.

El problema se produce debido a la obstrucción de un vaso sanguíneo, lo que lleva a la formación de [coágulos](#) en la sangre. Estos coágulos se pueden generar en cualquier parte del cuerpo, y posteriormente viajan por el torrente sanguíneo hasta el cerebro, produciendo una [embolia](#).

Al ocurrir esto, las células del cerebro quedan sin oxígeno y pierden su función, con lo que producen daño cerebral, lo que compromete la vida, o deja secuelas permanentes en el paciente, tales como parálisis o trastornos del habla.

EMBARAZOS ECTÓPICOS: Es una complicación del [embarazo](#) en la que el [óvulo](#) fertilizado o [blastocito](#) se desarrolla en los tejidos distintos de la pared [uterina](#),¹ ya sea en la [trompa de Falopio](#) (lo más frecuente) o en el [ovario](#) o en el canal cervical o en la cavidad [pélvica](#) o en la [abdominal](#)

PREECLAMPSIA: es una complicación médica del embarazo también llamada **toxemia del embarazo** y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo; está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria). Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos graves ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Es mucho más común en mujeres con su primer embarazo.

RESUMEN

En la actualidad el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, por lo que se presentan diferentes problemas tanto para madre como su hijo.

Este trabajo se realizó en dos ciudades muy importantes para Colombia como lo son Cali y Pereira en las cuales se realizaron encuestas que nos permitió determinar las diferentes causas por las cuales las adolescentes estaban quedando en embarazo, encontramos algunos factores que afectaron directa o indirectamente como lo son: socio demográfico y el desuso de métodos de planificación familiar.

Este problema de salud pública que aunque no es una enfermedad como tal si afecta altamente la salud de las adolescentes pudiendo ver las características psicológicas, sociales que conllevan a este problema y las consecuencias derivadas del embarazo en adolescente, como ser madre a tan temprana edad.

Se logró definir que hay varios factores que afectan dicha problemática, pero el más importante es el núcleo familiar el cual es fundamental para la toma de decisiones y no el libertinaje con el que se vive en este momento, tener en cuenta los valores y que los menores tanto hombres como mujeres hablen más con sus padres. El estado debe de poner de su parte mejorando las políticas de educación y los métodos de planificación para que sean más asequibles a dicha población, esta problemática se encuentran en toda la sociedad pero la podemos ver más reflejada en las comunidades de bajos recursos. Según el estudio es donde más se debe trabajar.

INTRODUCCION

En la actualidad el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, lo que conlleva a una serie de complicaciones tanto para la madre como para el feto. Cada vez es más frecuente en nuestra sociedad que jovencitas en edades tempranas se embaracen, es por eso que creemos de mucha importancia realizar una revisión general del tema enfocándonos en aclarar el concepto de embarazo adolescente, su epidemiología actual en el país así como los conocimientos, actitudes, prácticas relacionadas con este tema, su prevención a través de diferentes métodos anticonceptivos y los factores que de manera directa o indirecta son desencadenantes en esta problemática.

Llevando a cabo un trabajo de campo se pretende recolectar la información necesaria para la investigación en dos ciudades en las cuales residen dos de los integrantes del grupo a través de la realización de una encuesta y con el análisis de estos datos conocer aspectos sociodemográficos, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar y los factores que se puedan asociar.

Se realizará pues a través del presente trabajo un estudio de la realidad en estas ciudades en cuanto a embarazo en adolescentes menores de 18 años y se presentara además la historia natural de este problema de salud pública que aunque no es una enfermedad como tal si afecta altamente la salud de las adolescentes colombianas, se presentaran las características psico sociales que conllevan a este problema y las consecuencias derivadas del embarazo en adolescente y como ser madre a tan temprana edad puede afectar la vida en sociedad de las mujeres.

JUSTIFICACION

Tanto en nuestro país como en el resto del mundo se hace cada vez más común el embarazo en adolescentes, “Según un boletín publicado por la Tarde Pereira, Colombia es uno de los países con mayores índices de embarazos adolescentes en América Latina, este tema es considerado de salud pública debido a los numerosos riesgos tanto para la madre como para él bebe, y que a su vez le cuesta al sistema de salud nacional cerca de 1.3 billones de pesos anuales.”¹ entendiendo que la “salud pública, es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida”².

El embarazo adolescente se ha convertido en un importante tema de salud pública debido al gran impacto en el desarrollo del país ya que una de sus mayores implicaciones está en la deserción escolar, lo cual incrementa los niveles de pobreza en el país reflejados en la dificultad de desarrollo personal, económico y social afectando de forma negativa a la madre y / o padre como a sus familias; además de los problemas psicológicos y sociales que esta tendencia actual trae consigo.

Son muchos los factores que intervienen en la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes colombianos “Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y se refieren a las condiciones de vida que impactan en forma positiva o negativa la salud de las personas. Entre ellos podemos mencionar, el nivel educativo, la situación económica, el acceso a sistemas de salud, el área de vivienda entre otros.”³.

Por esta razón se hace necesario para la sociedad de Pereira y Cali para este caso, realizar un estudio que evidencie aspectos sociodemográficos que se pueden ver relacionados con el embarazo en adolescentes en estas localidades y que además muestre los principales factores que asociados en su entorno social pueden desencadenar este problema de salud pública

1 <http://www.mineducacion.gov.co/observatorio/1722/article-203016.html>

2. <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

3. <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx>

Para ello se buscara indagar este problema social a través de la realización de una encuesta a una población muestra que nos permita ver la magnitud del problema y como futuros regentes de farmacia poder desempeñar una buena labor a través de la información oportuna y eficaz sobre planes de mejoramiento de salud pública que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los colombianos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país se han incrementado los porcentajes de embarazos en menores de 18 años. Según una publicación realizada el 11 de julio de 2013 por Caracol, desde 1990 y en especial los últimos años este indicador se ha incrementado en un %6,5 coincidiendo con la ONU.

Este suceso viene afectando de manera incidente a las sociedades juveniles, provocando aumento en la deserción escolar, niveles bajos de autoestima personal de las madres y padres adolescentes, dificultad de desarrollo económico y por ende aumento en los índices de pobreza.

Dicha situación no solo afecta físicamente sino también psicológica y socialmente a la menor, (la cual todavía está en el proceso de crecimiento y desarrollo, y en la búsqueda de una identidad propia) y a las personas que la rodean y en general a la sociedad colombiana debido al incremento en los gastos que se requieren para atender partos de alto riesgo tanto para la madre como para el bebé afectando de esta manera el sistema de salud nacional.

Un embarazo, que es un suceso que normalmente cambia todas las funciones del cuerpo de una mujer, requiere de mejor alimentación, tranquilidad. En la adolescente este suceso precoz puede ocasionar problemas como:

- Anemia, desnutrición y toxemia del embarazo.
- Aumento de la mortalidad materna.
- Mayor riesgo de abortos espontáneos y nacimientos prematuros o complicaciones durante el parto, por falta de madurez sexual.
- Detención del crecimiento ya que las proteínas destinadas solamente para la madre, ahora se tienen que compartir con el hijo.

Existen múltiples factores que se pueden ver relacionados con el incremento en la tasa de fecundidad adolescente; entre los cuales podríamos señalar.

- ✓ Factores sociales
- ✓ Factores económicos.
- ✓ Factores culturales
- ✓ Y factores sociodemográficos.

A través de la búsqueda teórica de estos factores y con la realización de una encuesta a una población muestra de 100 adolescentes menores de 18 años en posible estado de gestación y /o madres adolescentes, se quiere determinar qué aspectos se relacionan en forma frecuente con el aumento en el índice de fecundidad adolescente en nuestro país y en particular en Pereira y Cali, para lo cual influirán variables sociodemográficas y variables cualitativas discretas, que nos permitan indagar:

¿Cuál es el grado de conocimiento, educación y uso de los métodos de planificación familiar en las jóvenes menores de 18 años?

¿Qué factores sociales, psicológicos, familiares entre otros, se asocian de manera directa o indirecta con esta problemática social?

¿Cómo influye en la adolescente este cambio en su vida?

OBJETIVOS

General

Determinar los factores asociados al embarazo adolescente y el grado de conocimiento y / o uso de métodos de planificación familiar en adolescentes menores de 18 años en los municipios de Pereira y Cali.

Específicos.

- ✓ Determinar las características sociodemográficas de la población y los factores socioculturales que pueden asociarse con el embarazo.
- ✓ Determinar los conocimientos de las adolescentes relacionados con la planificación
- ✓ Analizar el embarazo en adolescentes menores de 18 años, como un problema de salud pública, que afecta la vida personal, familiar y social de la mujer
- ✓ Analizar los datos estadísticamente
- ✓ Comprender la importancia o rol que desempeña el regente de farmacia como promotor de una buena salud comunitaria.

MARCO TEORICO

MARCO DE REFERENCIA



“**Embarazo adolescente** o **embarazo precoz** es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados” ¹.

⁴http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente

A partir de la pubertad, comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual pero esto no quiere decir, que la niña esté preparada para ser madre.

Según “Alicia Galloti”, periodista, escritora y articulista en su libro “Guía sexual para adolescentes” la pubertad suele iniciar en las chicas a los diez u once años de edad, un año antes que los chicos, una alimentación variada y rica en vitaminas influye en el hecho de que los jóvenes de hoy alcancen la madurez sexual antes que los de generaciones pasadas.

“Podríamos decir que la pubertad se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la ovulación y los ciclos menstruales, el crecimiento de los pechos. Durante esta etapa de desarrollo físico se produce la secreción masiva de hormonas sexuales, lo cual influye considerablemente en los aspectos etológicos del individuo y determina su carácter y sus pautas de comportamiento social. La rebeldía y la búsqueda de pareja son dos de las más frecuentes actitudes en esta etapa”⁵.

LA ADOLESCENCIA

“La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición es tanto física como psicológica por lo que debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social.

Durante esta etapa se dan muchos cambios en los jóvenes; muchos de esos son físicos, psicológicos y biológicos. Se crean conflictos e inseguridades. Los conflictos con los padres son numerosos, ya que suelen presionarle y empujarle a tomar decisiones según sus definiciones. Los jóvenes hacen duras críticas a la sociedad y a sus padres. Se crean amistades sólidas. En este momento los

⁵ GALLOTI, Alicia. Guía sexual para adolescentes, todos los secretos de tu cuerpo. 2 ed. Barcelona, 2002. Pág. 22,24

jóvenes comienzan a establecer relaciones de pareja. Los padres deben establecer una serie de normas de forma consensuada con sus hijos. A partir de ahí los jóvenes pueden tomar sus propias decisiones siempre que respeten los valores y normas de las personas”⁶.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios

DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA DESDE LA POSTURA DE GUILLERMO CARVAJAL

Desde la concepción de Guillermo Carvajal Médico Psiquiatra y Psicoanalista, especialista en Niñez y Adolescencia (1993), la adolescencia es un periodo complejo de metamorfosis entre el niño y el adulto, al cual no puede escapar ningún ser humano. Los cambios conductuales en el adolescente están determinados por la cultura en la que se encuentra inmerso, por lo tanto desde esta perspectiva se identifican diferentes tipos de adolescencia.

Adolescencia amputada; la persona no puede manifestar en forma directa los conflictos esencialmente adolescentes, ya que debe preocuparse por la lucha de la subsistencia y la conservación de sí mismo. Además el sujeto suele pertenecer a ambientes carentes de educación que no le permiten desarrollar sus capacidades

La adolescencia en condensación, el adolescente suele estar esperando algo que indiscutiblemente ha de llegar en el caso de las mujeres cumplir quince años y automáticamente dejar de “jugar con muñecas y de ser tratada como niña (Carvajal, 1993. p. 18)

- ✓ *adolescencia exuberante*, se caracteriza porque no se ahorra en demostrar la inconformidad con todo cuanto los rodea, y las constantes manifestaciones de lo que anida en su mente.

6 http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_sexual

Carvajal considera que la adolescencia debe ser abordada desde sus conductas y sus manifestaciones a través de unas etapas que trae consigo crisis que debe afrontar el adolescente.

- ✓ *Etapa puberal:* durante esta etapa el menor presenta cambios biológicos, a consecuencia de la maduración hormonal y el determinismo genético, en la niña aparece la primera menstruación. Estos cambios físicos se acompañan de cambios psicológicos, aparece la necesidad de independencia, de aislamiento, rompe la comunicación, y hay un cambio exuberante en el componente afectivo con las personas que están en su entorno. Por ende se vuelve irascible, explosivo, de mal genio. Durante esta etapa el adolescente se siente muy solo e inmediatamente comienza a buscar relacionarse con alguien igual o similar a él.
- ✓ *Etapa nuclear:* Se caracteriza por la aparición del adolescente en grupo, según Carvajal (1993) "el grupo es el centro de la actividad psicológica, este adolescente tiene la necesidad de ser diferente y hace uso de la moda siendo entonces blanco de la publicidad, estos medios de comunicación promueven consumismo, agresividad, y en general anti-cultura.

En el ámbito afectivo aparece el primer amor, sin embargo las relaciones son fugaces e inestables y se interactúa en el mismo grupo. En general Carvajal (1993) considera que en esta etapa, suele presentarse una alta actividad sexual, en la cual si no hay una orientación adulta adecuada pueden quedar graves secuelas, embarazo no planeado, enfermedades de transmisión sexual y denigración del auto concepto.

- ✓ *Etapa juvenil:* el adolescente, adquiere comportamientos independientes y actividades de adultos, comienza a separarse del grupo, busca una pareja estable para compartir sus gustos y su actividad erótica. Una de las amenazas graves de esta etapa es la presión por parte de los padres para que los adolescentes se hagan responsables de sí mismo, esto puede ocasionar que tomen decisiones erradas como iniciar vida en pareja de forma prematura, o se inicien en trabajos fuera de la ley.

A continuación se describen las crisis que acompañan cada una de las etapas antes mencionadas.

- ✓ *Crisis de identidad*: constituye la crisis central de la adolescencia, se manifiesta a nivel intra psicológico, “la identidad es la vivencia que tenemos los seres humanos de ser nosotros mismos, así como todo lo que nos permite ser diferentes de los otros” (Carvajal, 1993. P.70). Durante esta etapa el adolescente lucha por liberarse de todo aquello que no pertenece a la concepción que ha creado de sí mismo y establece lazos estrechos de amistad con grupos de personas que comparten sus intereses. Se ve influenciado por los medios de comunicación quienes promueven modelos de identidad agresivos, modelos eróticos de poca moral, finalmente parece un adulto pero no está preparado para las actividades de la adultez como casarse, tener hijos.
- ✓ *La crisis de autoridad*: consiste en la oposición a todo aquello que implique autoridad, esta crisis estará mediatizada por las normas, los valores y las pautas de crianza que han interiorizado los padres y docentes en los adolescentes
- ✓ *Crisis sexual*: es la crisis más compleja y angustiante para el adolescente, esta crisis se trata de reorganizar una estructura erótica infantil en una estructura erótica adulta. por lo general la mujer canaliza su erotismo en su cuerpo en general, su presentación personal, su cabello, su rostro, aparece el complejo de belleza “⁷”.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES.

“Son muchos y muy variados los factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de toda la población y en especial la de las mujeres. Entre ellos se destacan, además de los aspectos biológicos, los factores sociales, culturales y económicos, los demográficos, los que se refieren al acceso a los servicios de salud, y sus implicaciones en los niveles de morbilidad y mortalidad.

Por otra parte, se dan situaciones relacionadas con las tradiciones que influyen de manera positiva o negativa en este importante aspecto. (Prefacio, salud sexual y reproductiva)

Además de las causas biológicas, distintos factores influyen sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Entre esos factores – que actúan tanto directa como indirectamente – se cuentan las siguientes:

7. www.sgs.edu.co/sgsone/contenido/.../IDENTIDAD%20Carvajal.ppt

FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y ECONOMICOS

ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

En las últimas décadas hubo grandes cambios en la estructura familiar. Entre estos se pueden mencionar el menor tamaño de las familias, la mayor inestabilidad familiar evidenciada por tasas de separación y divorcio, incremento en las relaciones sexuales prematrimoniales y el comienzo más temprano de las mismas, el aumento de las uniones consensuales y de los **embarazos precoces**, la incorporación de la mujer al mercado laboral y una mayor proporción de familias donde tanto el padre como la madre tienen trabajos fuera de casa.

PAPEL DEL ESTADO

En los últimos años se ha visto una transformación del papel del Estado, que en muchos casos, acompañado a una creciente privatización de empresas públicas, se está desligando de su función de proveer de servicios de educación, salud, seguridad social y vivienda. . (Salud sexual y reproductiva, organización panamericana de la salud, pág. 3) “⁸.

EFFECTOS DE LA POBREZA

Se estima que, a comienzos de la década de los noventa, alrededor de un 44% de la población de América Latina estaba viviendo situaciones de pobreza, sobre todo en las zonas urbanas, esto además de sus efectos sobre las personas, la pobreza afecta en forma negativa a la formación, estructura y funciones de la familia, y por ende, la salud y el bienestar de las mujeres, las cuales son las últimas en recibir protección laboral, recursos económicos y los beneficios de los proyectos de salud y desarrollo”⁹.

8. Salud sexual y reproductiva, organización panamericana de la salud, pág. 3)

9. *Ibíd.*, p. 6

EDUCACION

“La educación de las mujeres es un factor importante que determina su salud sexual y reproductiva. Se ha demostrado que las mujeres que han recibido educación durante varios años tienden a:

Tener familias más pequeñas y a usar métodos modernos de regulación de la fecundidad.

Hacer uso más amplio de los servicios de salud

Participar más en la toma de decisiones.

Otros beneficios importantes para las mujeres de recibir una buena educación son el de aumentar su autoestima y de exponerlas a nuevas ideas que les permitan darse cuenta que tienen derechos y posibilidades de ejercerlos en su beneficio. Además de su valor informativo, la educación tiene un importante papel **FORMATIVO**, que capacita a desarrollar conductas saludables y de autocuidado. Por ello, la falta de acceso a la educación limita las posibilidades de obtener información relacionada con la promoción y el cuidado de la salud, así como sobre la existencia y uso de métodos para regular la fecundidad.”¹⁰

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA.

“Entre los cambios que ocurren en la adolescencia están el despertar y el aumento de los deseos sexuales y de las sensaciones especiales que los acompañan.

Dentro de los cambios de las últimas décadas, la mayor liberalidad en las relaciones sexuales, su inicio más temprano y el comportamiento riesgoso de los adolescentes ha conducido al aumento en los embarazos, fenómeno que en la actualidad ha adquirido proporciones alarmantes en las Américas.

Se calcula que en América Latina más de tres millones de mujeres adolescentes completan cada año el periodo de gestación. Las adolescentes que se embarazan precozmente presentan una serie de consecuencias negativas psicológicas, sociales, educacionales, económicas y familiares”¹¹.

10. *Ibíd.*, p. 7

11. Salud sexual y reproductiva, organización panamericana de la salud, pág. 25

EDUCACIÓN SEXUAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en unas declaraciones en lo referente a los programas de educación sexual de los niños y adolescentes, aconseja que:

"Los programas de educación sexual deberían iniciarse tempranamente, ser específicos para cada edad y constituir una actividad continua de promoción de la salud durante los años escolares. Deberían empezar en la familia, con los niños en edad preescolar, y estar en conexión con la escuela.

Durante los primeros años escolares la enseñanza debería centrarse en todos los aspectos del desarrollo sexual normal -biológico y psicológico-, incluyendo las variaciones normales.

Hacia los trece años de edad los niños deberían haber recibido toda la información necesaria sobre sexualidad y la contracepción a fin de evitar angustias innecesarias y embarazos no deseados durante los años de la pubertad.

Durante los años de la pubertad el programa debería incluir información acerca de las variantes sexuales como la homosexualidad y sobre las enfermedades de transmisión sexual, sus síntomas, sus consecuencias, y su prevención, debiéndose hacer hincapié en la preparación para la vida compartida, la vida familiar y la paternidad.

Embarazo en la Adolescente

En el II Congreso de la Mujer, se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etáreo entre 12 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad¹².

12-monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtml

PORQUE PUEDE OCURRIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

El embarazo en la adolescencia puede deberse a una o más de estas situaciones:

Falta de orientación sexual

Baja autoestima

Pérdida de Valores morales

Abandono de los padres

Familias numerosas

Falta de recursos económicos

Relaciones sexuales a temprana edad

Maltrato físico o moral

PROBABILIDADES Y EXPECTATIVAS DEL EMBARAZO

Una adolescente sexualmente activa que no utiliza anticonceptivos, tiene un 90% de probabilidades de quedar embarazada en un año.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, tienen una mayor probabilidad de tener en general más hijos y menos probabilidades de:

- Recibir apoyo del padre biológico de sus hijos
- De terminar sus estudios
- De establecer una independencia y estabilidad financiera adecuada que le permita sostenerse a sí misma y a sus hijos sin necesidad de recursos externos.

Las madres adolescentes casadas, tienen una probabilidad del 80% o más de experimentar el divorcio, que las mujeres casadas que son madres hasta los 20 años. Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo.

PREVENCION DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Prevención Primaria

Antes de que ocurra el embarazo

Realizar orientación sexual a través del curso Educación para la salud conjuntamente con la Comunidad, salud y educación.

Usar medios adecuados de información.

Fomentar la comunicación entre padres e hijos.

Capacitar a los profesores para desarrollar educación desde las escuelas.

Prevención Secundaria

Durante el embarazo

Información y apoyo psicológico a la adolescente y a la familia sobre la situación dada y su estado. *Conducirla al programa de Control prenatal.

Derivar a un centro de salud más cercano para la atención del Parto.

Prevención Terciaria

Después del embarazo.

Acoger a la madre y al niño a los programas respectivos de salud.

Orientación de métodos de Planificación familiar .

CAUSAS

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de Contracepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100%, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTE.

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos, la madre y el bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la Hipertensión, Anemia importante, Parto pre término, y/o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres mayores de 20 años. Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más de probabilidades de tener Bajo peso al nacer que esos que nacen de madres de 20 años o más. Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol; alimentación inconsecuente y pobre; o parejas sexuales múltiples. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, Infecciones de Transmisión Sexual, o dependencia química. El riesgo de muerte del bebé durante el primer año de vida se incrementa en relación a la edad de la madre, cuanto menor de 20 años sea.

FACTORES DE RIESGO

El riesgo potencial para las adolescentes de quedar embarazadas incluyen:

Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia).

El uso temprano del alcohol y/u otras drogas, incluyendo productos como el tabaco.

Salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos. La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.

Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.

Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.

Creecer en condiciones empobrecidas.

Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual, o cuando sus madres a su vez les han dado a luz antes de los 19 años.

CONSECUENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de Pre eclampsia y Eclampsia.

El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como Anomalías placentarias, Nutrición deficiente y Tabaquismo.

La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a Embolia, enfermedad hipertensiva, Embarazos ectópicos.

Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida.

Hay quienes deciden tener soltera al hijo, enfrentándose a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve frenado, sufren agresiones por parte de su familia y del entorno y tienen menos oportunidades de incorporarse al trabajo, sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable.

Otras jóvenes madres deciden (si es que la pareja responde) casarse. Sin embargo existen altas probabilidades de que su matrimonio no resulte porque los chicos se enfrentan a un evento inesperado, sorpresivo; no son capaces en esos momentos de llevar una vida de pareja independiente económicamente, no están lo suficientemente maduros para que su relación perdure, ni están preparados para recibir un hijo y mucho menos cuidarlo.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Según diversos estudios el embarazo precoz es más frecuente, se trata de un problema de prioridad para salud pública por el alto riesgo de mortalidad que suele presentar. Los bebés de las madres adolescentes, por lo general, presentan bajo peso al nacer y suelen ser prematuros.

El embarazo precoz está vinculado a una cierta situación social, que combinada con la falta de educación en materia de reproducción y comportamientos sexuales, la falta de conciencia propia de la edad y otros factores, que puede ser la pobreza (que obliga a vivir en situaciones de hacinamiento, por ejemplo). En ocasiones, el embarazo precoz está vinculado a violaciones.

FECUNDIDAD ADOLESCENTE

Las encuestas de demografía y salud en Colombia permiten identificar, a partir de los años noventa, un aumento persistente en la fecundidad adolescente. La tasa pasa de 70 por mil en 1990, a 90 por mil en 2005 (Flórez y Soto, 2007). Al igual que la tasa de fecundidad adolescente, la proporción de adolescentes madres o embarazadas se ha incrementado significativamente: del 12,8% en 1990, al 20,5% en el 2005, es decir, este indicador de fecundidad adolescente aumentó en un 60% durante los últimos 15 años. Las cifras son aún mayores si se consideran las adolescentes que alguna vez han estado embarazadas, es decir, si se incluyen aquellas que han tenido alguna pérdida –ya sea nacido muerto o aborto espontáneo o inducido–, cuya proporción aumenta del 13% en 1990 al 22% en el 2005, lo que significa un aumento cercano al 70% en los últimos 15 años (Pro familia, 2005)¹³.

Según CARACOL en su publicación del 11 de julio de 2013

“ONU advierte que en Colombia una de cada cinco embarazadas es adolescente



Según el organismo, en Colombia cerca del 20% de las mujeres embarazadas están entre los 15 y 19 años, siendo unos de los 3 países en Latinoamérica que presenta índices elevados.

Según el último estudio realizado por Pro familia se presenta un aumento en la problemática ya que el indicador ha aumentado %6.5 desde 1990. Además el estudio evidencia que este aumento se ha dado en todos los estratos sociales y niveles educativos tanto en áreas rurales como urbanas.

13.dane.gov.co/revista_ibhtml_r8/articulo1.html

Las zonas con este mayor indicador son **Costa Atlántica, el Litoral Pacífico y toda la zona de la Orinoquia y la Amazonía,**

Por el contrario ciudades como **Cali, Medellín y Bogotá,** redujeron el índice hasta el 15% de adolescentes frente al total de mujeres embarazadas, siendo esta la cifra a la que espera llegar el Gobierno en todo el territorio nacional”¹⁴.

POBLACIÓN ADOLESCENTE (EN política nacional de salud sexual y reproductiva)

Las/os adolescentes están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana. Al mismo tiempo hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres (17% en 1995 y 19% en el 2000), porcentaje que es considerablemente superior entre las adolescentes de las zonas rurales (26%) y aún mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (30%) (Citado por Boada Claudia, Cotes Miriam, De la Espriella Adriana en Política Nacional de salud sexual y reproductiva, pág.17. En PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas. Bogotá, 2001)

El embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza. El factor más fuertemente relacionado con el aumento de la fecundidad entre la población de adolescentes es el bajo nivel de escolaridad (que a su vez está asociado a condiciones de pobreza).

Las adolescentes sin educación formal tienen su primera relación sexual y su primer hijo mucho antes que las que tienen algún nivel de escolaridad. El otro factor asociado al embarazo adolescente es el lugar de residencia.

Las jóvenes de las zonas rurales tienden a tener relaciones sexuales e hijos más temprano que las de las zonas urbanas. Así mismo, entre las jóvenes en situación de desplazamiento el embarazo precoz es cada vez más común, bien sea como producto de condiciones de vivienda muy

14. caracol.com.co/noticias/actualidad/onu-advierte-que-en-colombia-una-de-cada-cinco-embarazadas-es-adolescente/20131107/nota/1931395.aspx

precarias que favorecen las relaciones sexuales, o como alternativa de proyecto de vida, caso en el que se trata de una decisión tomada con información y condiciones para el ejercicio de la autonomía individual muy precarias.

MARCO LEGAL

LEGALIDAD SEXUAL

COLOMBIA

“La edad de consentimiento sexual en Colombia es a los 14 años, de acuerdo al artículo 208 y 209 de la ley 599 del 2000 (Código Penal Vigente). El consentimiento sexual será válido siempre y cuando no medie violencia, prostitución, ni pornografía. La pareja del adolescente, no podrá tomar fotografías ni realizar videos íntimos donde aparezca el menor de 18 años (Artículo 218 de la ley 599 del 2000)”¹⁵.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (PNSSR)

Este documento presenta la política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) para el periodo 2002 a 2006. Incluye un análisis de la situación de SSR en Colombia, en el cual se muestra la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y desarrollo, y se precisan los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la propuesta: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA y violencia doméstica y sexual.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES(En PNSSR)

La SSR de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Las líneas de acción en las diferentes estrategias son:

15 http://es.wikipedia.org/wiki/Edad_de_consentimiento_sexual#Colombia

Promoción de la SSR de los/las adolescentes mediante estrategias de IEC (Informar, Comunicar y educar) que involucren no sólo a los y las adolescentes sino a las redes sociales, de la sociedad civil e institucionales de las que ellos hacen parte (pares, padres y madres de familia, docentes, organizaciones juveniles, etc.).

En el campo de la promoción de la SSR mediante estrategias de IEC se plantea la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos dirigidos a que los y las adolescentes, especialmente de las poblaciones más vulnerables y con énfasis tanto en los hombres como en las mujeres:

- Lleven a cabo acciones de autocuidado centradas en la doble protección
- Demanden métodos anticonceptivos adecuados a sus condiciones.
- Desarrollen capacidades de negociación con su pareja sobre el método anticonceptivo y de protección que se elige en un momento dado.
- Se apropien de la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones genitales, la frecuencia con que éstas se tienen, y la edad de la concepción.
- Asuman que la sexualidad y la reproducción y la forma en que éstas se viven están determinadas por condicionamientos culturales y sociales que es posible de construir en el marco del proyecto de vida que cada quien elige para sí.
- Se cuestionen los modelos sociales y culturales que posicionan el embarazo precoz como una forma de ganar status o reconocimiento social o afectivo.
- Rechacen la violencia sexual y doméstica (física y psicológica) como modelo de relación afectiva o de resolución de conflicto

III.- METODOLOGIA

IDENTIFICACION DE VARIABLES

Mediante la realización de la encuesta se pretende identificar variables cuantitativas en aspectos sociodemográficos como

- ✓ Edad
- ✓ Escolaridad
- ✓ Área de vivienda rural o urbana
- ✓ Acceso a servicios de salud

Este tipo de variables nos permiten encontrar frecuencias relativas tales como la edad más repetida entre los embarazos, hallar su media o el promedio de edad en la que se presenta este fenómeno, nivel de escolaridad en este grupo etario.

Y variables cualitativas discretas como

- ✓ Inicio de la actividad sexual
- ✓ Conocimiento de métodos de planificación
- ✓ Uso de métodos de planificación familiar
- ✓ Consumo de alcohol al mantener relaciones sexuales.

DISEÑO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La investigación que se realiza es cuanti-cualitativa discreta y exploratoria, con preguntas de tipo cerrada donde el encuestado solo tiene la opción de responder a las posibles respuestas planteadas sin capacidad de emitir su propio juicio o concepto. Este tipo de preguntas nos permite obtener datos más precisos para su posterior análisis.

Cuantitativa porque nos permite medir en forma numérica datos, hallar su frecuencia relativa, entre los cuales contamos los sociodemográficos como la edad, vivienda, nivel educativo y acceso a SGSS.

Cualitativa porque además se indaga aspectos como inicio de la actividad sexual, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, uso concomitante de alcohol al mantener relaciones sexuales al igual que si mantiene relaciones con una pareja estable o no. Estos datos varían de una persona a otra en relación a sus cualidades.

Exploratoria desconocemos cual es la verdadera magnitud de esta problemática de salud pública y pretendemos explorar para conocer más del problema.

Investigación sincrónica porque se realiza durante el corto periodo del mes de octubre de 2013.

El diseño utilizado para dicha investigación es mediante una encuesta que consta de preguntas cerradas. Realizada a jóvenes menores de 18 años que viven o han vivido la experiencia de estar embarazadas a tan temprana edad.

Nos apoyaremos en datos estadísticos suministrados por entidades como la Secretaria de Salud Municipal, Pro familia y el último Censo en Colombia

INSTRUMENTOS

La presente investigación se desarrollará por medio de una encuesta, la cual pueda proporcionar información de manera objetiva y en la que se pueda cuantificar los factores que puedan estar asociados al embarazo en menores de 18 años.

Entendiéndose por encuesta a un método de investigación basado en una serie de preguntas dirigidas a sujetos que constituyen una muestra representativa de

una población con la finalidad de describir y/o relacionar características personales, permitiendo así generalizar las conclusiones (Latorre et al., 1996: 182),

Fuentes:

Consulta bibliográfica para conocer los factores asociados tanto directa como indirectamente, las consecuencias del embarazo en adolescentes, y los métodos de prevención y control, se realizan una búsqueda bibliográfica exhaustiva relacionada con la temática de interés. Así, se procedió a consultar diversas fuentes especializadas, entre las cuales estuvieron textos de desarrollo, adolescencia, estudios a nivel nacional e internacional. Y artículos de revistas. A partir de dicha revisión, se construyó el marco de referencia teórico.

Investigación metodológica porque además de indagar a las adolescentes se recogen y se analizan datos.

Lugar

Trabajo de campo se realiza trabajo de campo aplicando encuestas en las localidades antes mencionadas.

B.- Población y muestra.

Se realizan las encuestas en las ciudades de Cali y Pereira.

Muestra

50 adolescentes en las ciudades de Cali y Pereira para un total de 100 encuestas.

Instrumento

Encuesta aplicada a la muestra, previa aprobación de la tutora.

MARCO GEOGRAFICO

El presente trabajo de investigación se desarrolla en las ciudades de Pereira y Cali respectivamente, donde se aplicará una encuesta a una población muestra de 100 adolescentes.

Pereira: Capital del departamento de Risaralda, se encuentra sobre la cordillera central. Es la ciudad más poblada de la región del Eje cafetero

El área municipal es de 702 km²; se encuentra conformado por 19 comunas en la zona urbana y 12 corregimientos en el área rural, existiendo importantes niveles de concentración de población el sector sur occidental conocido popularmente como la Ciudadela Cuba, lugar donde reside aproximadamente el 30% de la población.

Actualmente, según el censo del Dane del 2005, Pereira cuenta con más de 450 mil habitantes, cifra que va en aumento, sin embargo, el incremento de la población para el año 2020 no se ve reflejada en la tasa de natalidad, al contrario se presenta en los adultos. (Chaves, Marcela en La Tarde.com)

CALI es la capital del departamento de Valle del Cauca y la tercera ciudad más poblada de Colombia. Por extensión es la segunda ciudad más grande del país al poseer un área de 564 km²

Cuenta con una de las economías de mayor crecimiento e infraestructura en el país debido a su ubicación geográfica, la ciudad se encuentra a 115 km de Buenaventura, el principal puerto marítimo de Colombia en el océano Pacífico.

En cuanto a la distribución de la población, Cali es una ciudad habitada por gente joven según estadísticas del DANE

Según el DANE la ciudad ha venido presentando una reducción paulatina de sus indicadores de pobreza en el 2010, se ubicó en 26,1%, y en el 2011 bajó a 25,1%. En 2008 el índice de pobreza en Cali fue del 30,1%. Factores como una mayor cobertura y calidad en servicios públicos, mayor nivel de subsidios en salud y educación, entre otros, han contribuido a esa mejoría.¹⁷

Cali se encuentra organizada en 22 comunas urbanas y 15 corregimientos en el área rural, con una población total para el 2011 de 2, 269,630 habitantes. En el área urbana 1, 067,126 son hombres y 1, 165,870 son mujeres. En el área rural 18,512 son hombres y 18,122 son mujeres.¹⁸

16 <http://www.latarde.com/historico/49613-poblacion-de-pereira-aumenta-y-no-por-ninos#sthash.cPDAdGT.dpuf>

17 <http://es.wikipedia.org/wiki/Cali>

18 Caliencifras2010.pdf pág. 21

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

RECURSOS HUMANOS

NOMBRE Y APELLIDOS	CIUDAD	ROL
JOHAN ESTIVEN BALLESTEROS	Cali	El asignado
FANY MORENO	Cali	El asignado
JAIRO ORJUELA CANTOR	Cumaral	El asignado
DEISSY LILIANA TORO	Soacha	El asignado
LUZ STELLA BERMUDEZ	Eje Cafetero	El asignado

PRESUPUESTO

PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACION SOBRE EMBARAZO Y SU PREVENCIÓN EN MENORES DE 18 AÑOS EN PEREIRA Y CALI				
ITEMS	CANTIDAD	PRODUCTO	V/ UNITARIO	v/ TOTAL
1	300 Horas 1Hora diaria por cada estudiante por un término de 2 meses	Acceso a internet	\$1500 Hora	\$450.000
2	1	Elaboración de la Encuesta e impresión	\$2000	\$2.000
3	100	Copias de formato encuesta	\$100	\$10.000
4	5	Transporte a los diferentes barrios o sectores del municipio, ciudad o capital.	\$10.000	\$50.000
5	3	kit para llevar a cabo las encuestas(lapiceros, tablas de apoyo, borradores, documentación)	\$6.000	\$18.000

6	3	Viáticos de los estudiantes que aplicaron la encuesta (alimentación)	\$15.000	\$45.000
		TOTAL	\$575.000	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

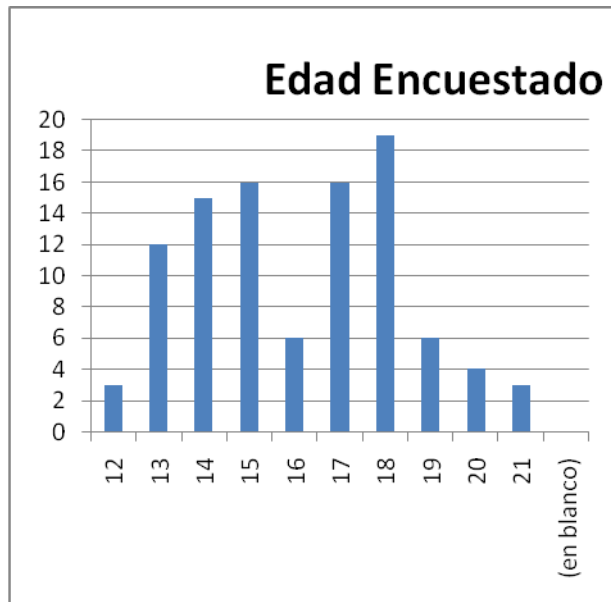
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	FECHA
Asignación de roles para la construcción participativa del trabajo	17/09/2013
El problema	18 y 30 Octubre
Marco Referencial	18 y 30 Octubre
Metodología	18 y 30 Octubre
Aspectos Administrativos	18 y 30 Octubre
Diseño y elaboración de las encuestas	31 y 05 de Noviembre
Realización de la encuestas (recolección de la información)	06 y 12 de Noviembre
Tabulación de las encuestas	12 y 17 de Noviembre
Análisis de la información	17 y 18 de Noviembre
Interpretación de resultados	18 y 20 de Noviembre
Conclusiones y recomendaciones	21 y 23 de Noviembre
Redacción de informe	24 y 27 de Noviembre
Entrega del trabajo	9 DIC/2013

ANALISIS DE ENCUESTA

ENCUESTA

1- Edad_____

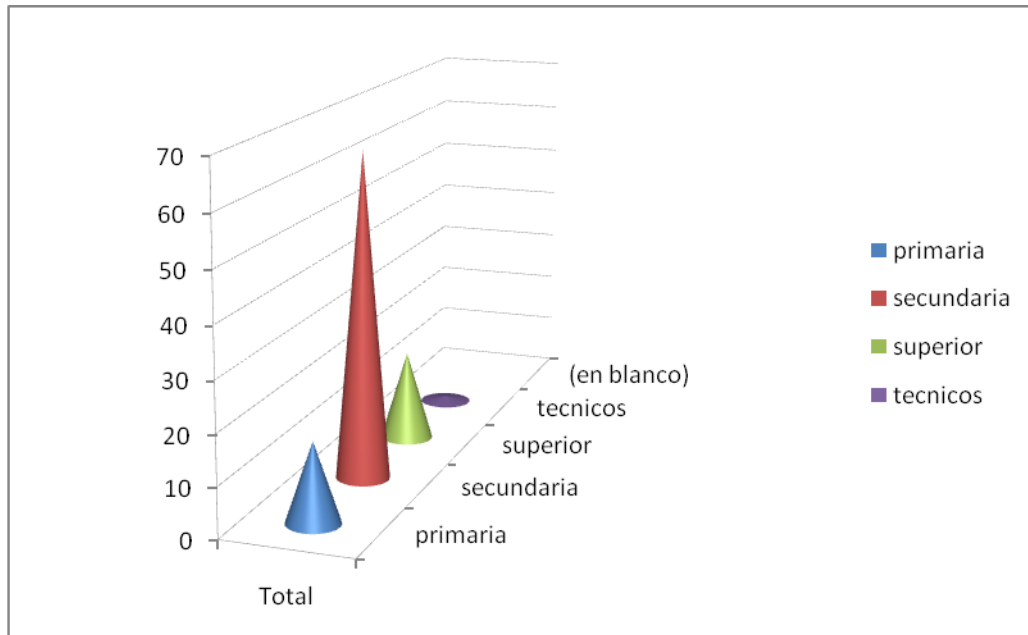
Rótulos de fila	Cuenta de Edad en años
12	3
13	12
14	15
15	16
16	6
17	16
18	19
19	6
20	4
21	3
(en blanco)	
Total general	100



Según la información recopilada se puede deducir que los jóvenes entre los 13, 14,15,17 y 18 años son las que mayor embarazos presentan.

2 Nivel educativo :primaria___ Secundaria ___ Superior___

	primaria	secundaria	superior	técnicos
Cuenta de Nivel Educativo		16	65	18
			1	



La gran mayoría de adolescentes son de secundaria, por lo que se puede deducir que asumen este tipo situación por irresponsabilidad al iniciar su vida sexual y que también nos falta mucha educación en los colegios para que no tengamos este tipo de estadísticas en estos casos.

3-Área de vivienda: Rural ____ Urbana ____

Rótulos de fila	Cuenta de Área de Vivienda
RURAL	9
URBANA	91

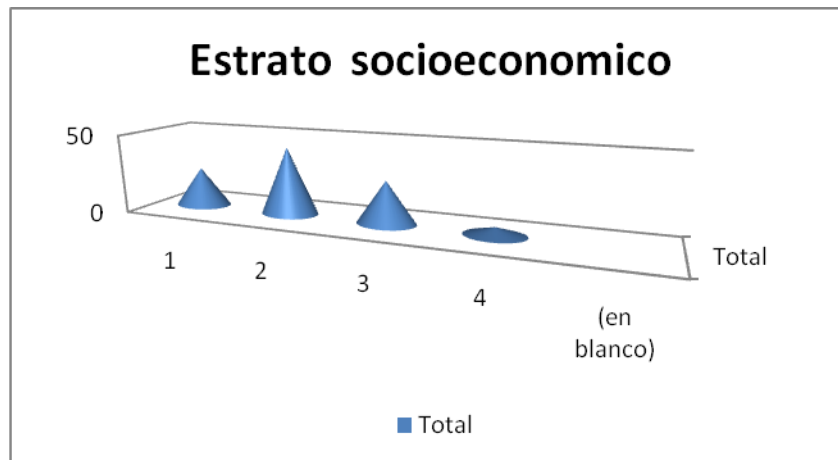


En esta gráfica y con estos datos podemos observar que el lugar de residencia si influye en esta problemática, pues según la información obtenida el 91 % de los encuestados es del área la misma cantidad de adolescentes del área rural como urbana, encuestadas han pasado por esta situación, claro que aparentemente afectadas por factores diferentes.

También podemos encontrar que al la encuestas se realizadas en las principales ciudades de Colombia como lo son Cali y Pereira el número de encuestados fue mayor en su parte urbana con el 91% de los encuestados.

4-Nivel socioeconómico 1____ 2____ 3____

Rótulos de fila	Cuenta de Estrato socioeconómico
1	25
2	43
3	27
4	5



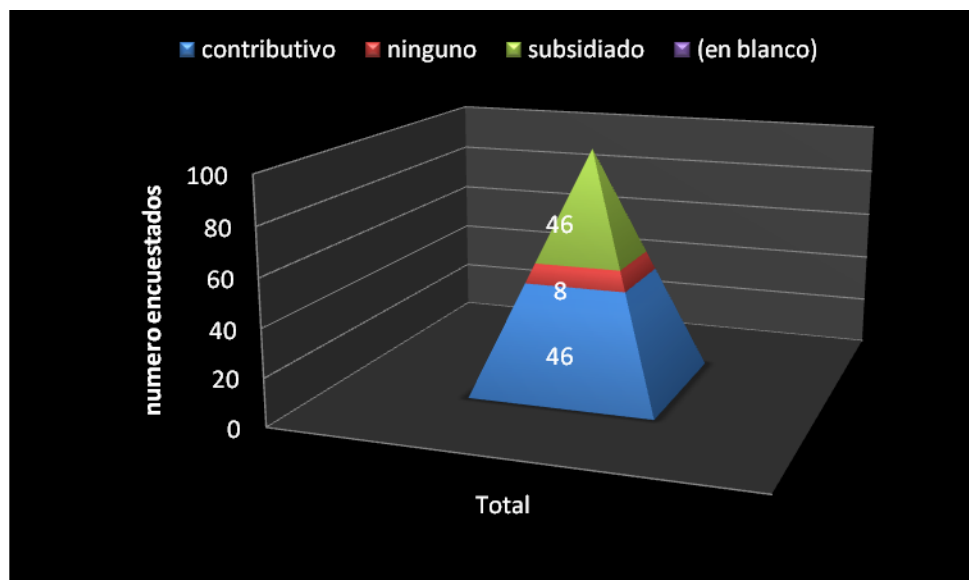
Según lo esperado la gran mayoría de adolescentes que ya son madres son de estratos 1 y 2, y no tienen en cuenta que deben luchar para conseguir el sustento de ellas y de sus criaturas.

El otro 38% son personas de estrato 3 y 4 lo cual también importa ya que sobrepasa el 35% lo que nos indica que este problema de salud pública afecta a todos los estratos socioeconómicos.

5- Está afiliada al sistema de seguridad social

Subsidiado ——— Contributivo ——— Ninguno ———

	CONTRIBUTIVO	NINGUNO	SUBSIDIADO
Cuenta de Afiliación Seguridad Social	46	8	46

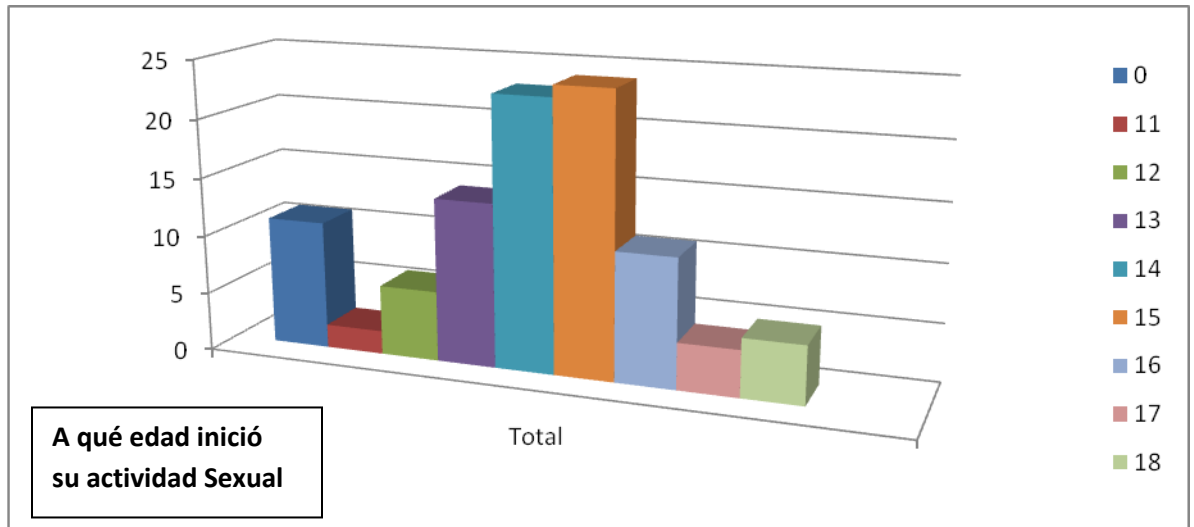


En el resultado de la encuesta se nota que la mayoría de las personas están afiliadas a un sistema de salud, y son iguales las personas afiliadas al régimen contributivo y subsidiado.

Solo el 8% no tiene seguridad social lo cual es preocupante por el estado de estas niñas y según el estado colombiano todos tenemos derecho a la salud y es un derecho innegable se puede decir que estas 8% pueden estar desinformados por parte de entidades de salud ya que no tiene como asistir a programas de educación.

6- Inicio de su actividad sexual: 11__ 12__ 13__ 14__ 15__ 16__ 17__ 18__

	Rótulos de columna	0	11	12	13	14	15	16	17	18	(en blanco)	Total general
Cuenta de Inicio Actividad sexual		11	2	6	14	23	24	11	4	5		100

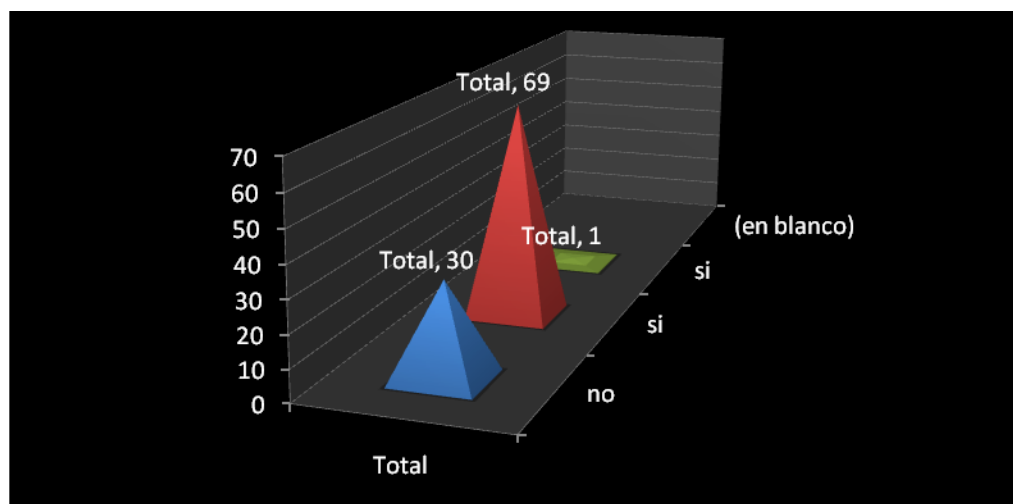


Podemos concluir que el 47 % de los encuestados inició su vida sexual entre los 14 y 15 años lo cual es una cifra muy alta para el inicio de su vida sexual y por estos se están viendo afectadas con un embarazo a muy corta edad.

7- Conoce los métodos de planificación familiar Si ___ NO ___

	no	si	(en si blanco)	Total general
Cuenta de Conocimiento de los métodos de planificación	30	69	1	100

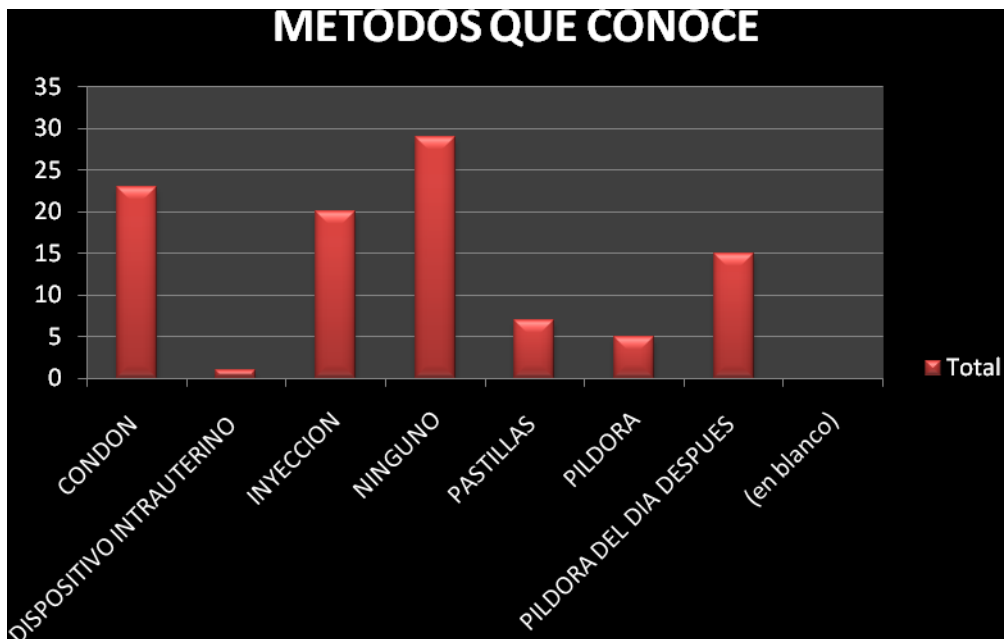
Según la tendencia de la siguiente gráfica la mayoría de las adolescentes conoce los métodos de planificación solo el 30% nos informa que no conoce los métodos de planificación podemos decir que es por su corta edad.



8. ¿Cuál? Inyección mensual ___ inyección mensual___ dispositivo___
 intrauterino ___Píldoras anticonceptivas ___implante sub dérmico
 condón ___Píldora del día después

Rótulos de fila	Cuenta de Que métodos de planificación conoce
CONDON	23
DISPOSITIVO	
INTRAUTERINO	1
INYECCION	20
NINGUNO	29
PASTILLAS	7
PILDORA	5
PILDORA DEL DIA	
DESPUES	15
(en blanco)	
Total general	100

De acuerdo a los resultados se nota que muchas adolescentes tiene información sobre la prevención de embarazos, por ende la causa de ello no es la falta de información; lo que indica que tiene una buena idea de cómo se puede prevenir pero como están tan niñas o tan jóvenes no tienen en cuenta como esta les puede afectar su vida.



8- Utiliza métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados.

SI ____ NO ____ -

¿CUAL?

Inyección mensual ____ inyección trimestral ____ dispositivo intrauterino ____

Píldoras anticonceptivas ____ implante sub dérmico ____ condón ____

Píldora del día después ____ ninguno ____

Rótulos de fila	Cuenta de Utiliza métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados.
CONDON	21
INYECCION	12
INYECCION TRIMESTRAL	1
NINGUNA	43
PASTILLAS	3
PILDORA DIA DESPUES	20
(en blanco)	



Es muy importante que los adolescentes comiencen a mejorar sus métodos de planificación y que los utilicen ya que están utilizando el condón como un método de planificación en un 21 %

Es muy importante que cumple con dos propósitos el de prevenir las infecciones de transmisión sexual y además prevenir los embarazos; pero no es el más fiable.

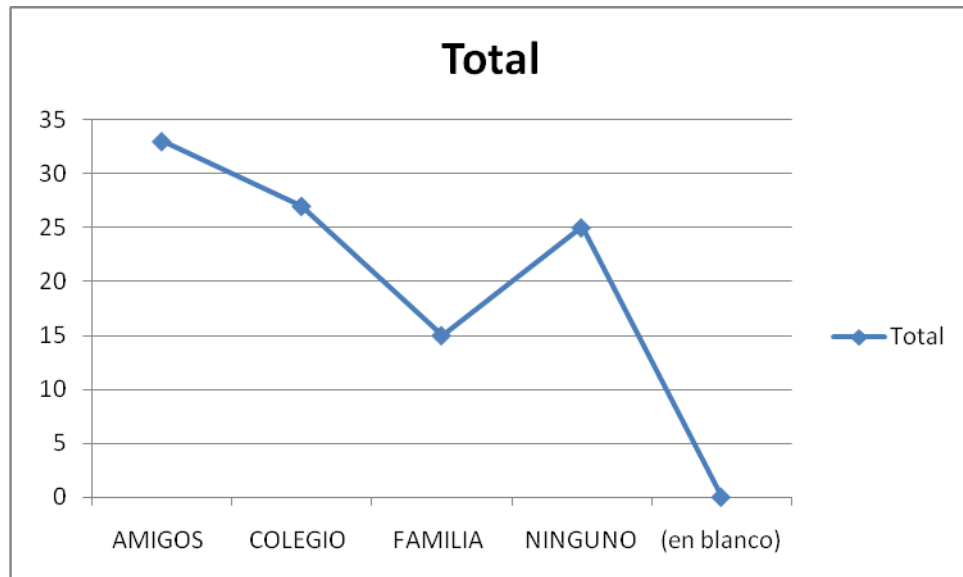
El 20 % está utilizando la píldora del día después y este tampoco es un método muy seguro ya que fue diseñado solo para utilizarse en caso de emergencia pero las personas la están tomando como un juego.

Si sumamos el 43% que no utiliza métodos de planificación nos está dando una cifra muy alta y a esto podemos adjudicar también los embarazos a tan temprana edad nos da la increíble cifra de 84% lo cual es muy preocupante.

9- Ha recibido orientación en temas de educación sexual en:

Su núcleo familiar _____ centros de salud _____
 Instituciones educativas _____ grupos de amigos _____
 Ninguno _____

Rótulos de fila	Cuenta de Ha recibido orientación en temas de educación sexual
AMIGOS	33
COLEGIO	27
FAMILIA	15
NINGUNO (en blanco)	25
Total general	100



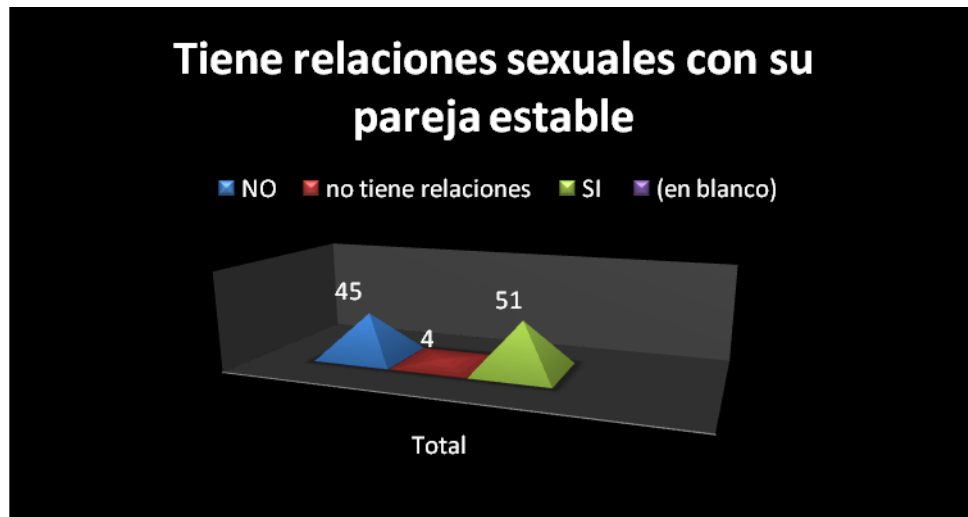
Este resultado está muy dividido pero a demás de eso las cifras mas alta son el 33% recibieron información por sus amigos mientras que el 25 porciento no recibió.

Solo el 15 % de los encuestados afirmo que la familia les brindó información y el 27% se las dio la institución educativa, lo cual debería ser lo contrario, que la información comenzar por el hogar y por las

instituciones educativas que son los encargados de enseñarles sobre la sexualidad a los niños y adolescentes.

10-Mantiene relaciones sexuales con una pareja estable
SI___NO___

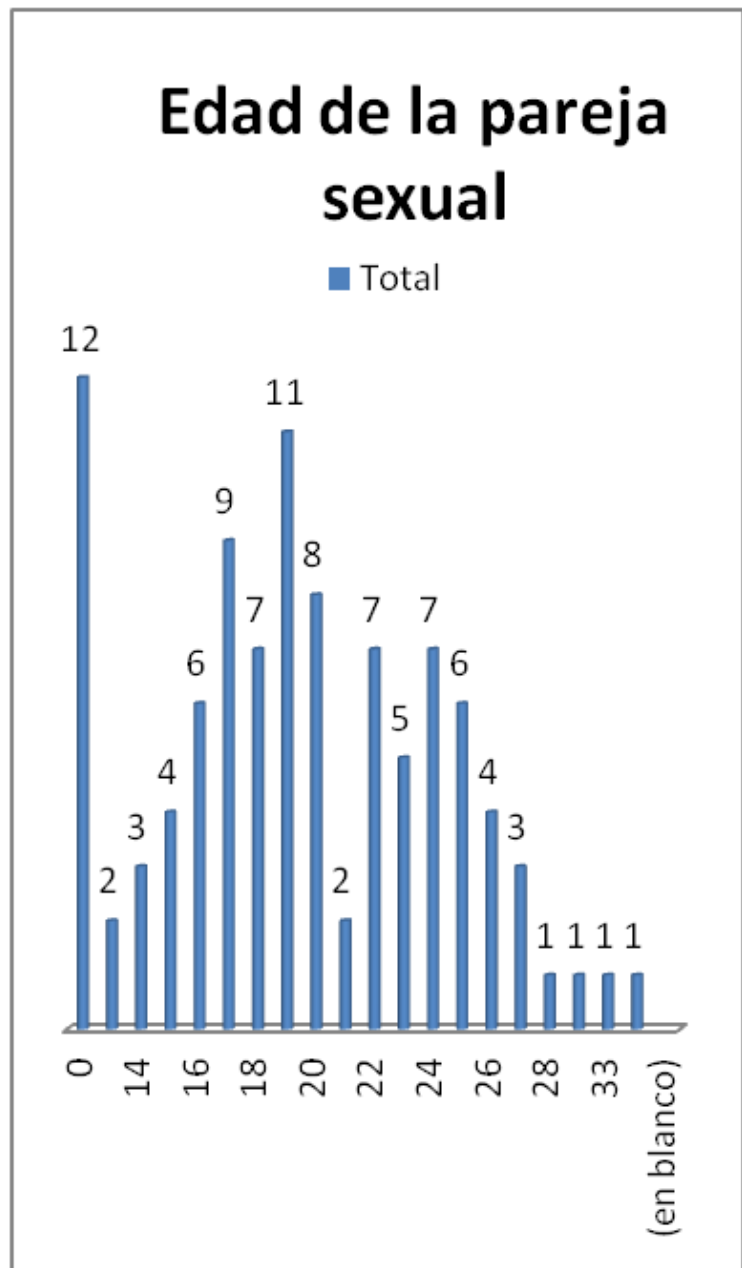
	Rótulos de columna				
	NO	no tiene relaciones	SI	(en blanco)	Total general
Cuenta de Mantiene relaciones sexuales con una pareja estable	45	4	51		100



Esta cifra es aún más preocupante ya que además de que la mayoría de jóvenes quedaron embarazadas a muy corta edad, no podría saber a ciencia cierta de quien es su hijo y pueden estar contrayendo muy fácil una enfermedad de trasmisión sexual para ellas y para sus hijos.

11-Cuál es la edad de las persona con la que mantiene relaciones sexuales:

Rótulos de fila	Cuenta de Cuál es la edad de las persona con la que mantiene relaciones sexuales
0	12
13	2
14	3
15	4
16	6
17	9
18	7
19	11
20	8
21	2
22	7
23	5
24	7
25	6
26	4
27	3
28	1
29	1
33	1
36	1
(en blanco)	
Total general	100



Con estos datos podemos ver que las parejas con las que tienen relaciones sexuales están en unas edades entre los 17 y 25 años y estos deberían de ser también los encargados de enseñarles a planificar, pero según estos datos es totalmente diferente.

12-Consumo alcohol al mantener relaciones con su pareja
Si ____ no ____

Rótulos de fila	Cuenta de Consumo alcohol al mantener relaciones con su pareja
NO	51
SI	49



- A) Según la información recopilada está muy dividida esta pregunta ya que 51% nos informa que no toma al mantener relaciones sexuales y el 49% dice que sí.
- B) Podemos adjudicar los embarazos a esta particularidad también ya que cuando se está consumiendo alcohol se entra a un estado de euforia y se pierde todo tipo de educación y recomendaciones dadas en el hogar y en el colegio etc. y olvidan protegerse para tener relaciones sexuales.
- C) Muchas de las parejas obligan a estas niñas a consumir alcohol solo para llevarlas a la cama y no se toma en cuenta todo lo que esto conlleva.
- D) El consumo de alcohol cada vez es más frecuente en las mujeres y especialmente en las jóvenes.

13-Actualmente usted

Está embarazada ___ ya es madre adolescente ___ ha sufrido abortos ___ ninguno ___

Rótulos de fila	Cuenta de Actualmente usted está EN estado de
ABORTO	10
EMBARAZO	28
NINGUNO	39
YA ES MADRE	23
(en blanco)	
Total general	100



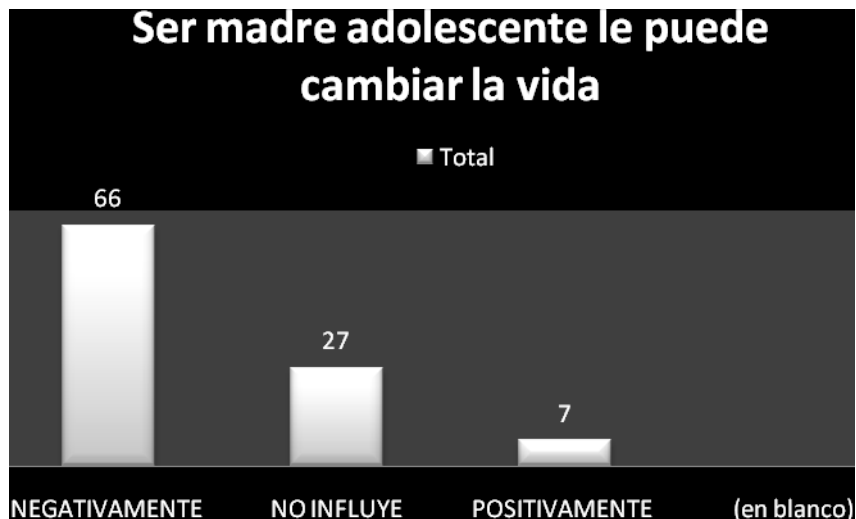
Podemos decir según esta gráfica y estos datos que la mayoría de las adolescentes así tengan muy corta edad, no tengan una pareja estable o su actividad económica no sea el mejor etc. Deciden traer sus hijos al mundo mientras que el 10% ha sufrido abortos.

Lo que no podemos indicar con esta encuesta es si los abortos que ha sufrido son deseados o indeseados y tampoco si lo realizaron conforme a la ley y con una entidad que se ajuste a ella.

14-Usted cree que ser madre adolescente le puede cambiar la vida a una joven

Positivamente — negativamente — no influye —

Rótulos de fila	Cuenta de Usted cree que ser madre adolescente le puede cambiar la vida a una joven
NEGATIVAMENTE	66
NO INFLUYE	27
POSITIVAMENTE	7
(en blanco)	
Total general	100



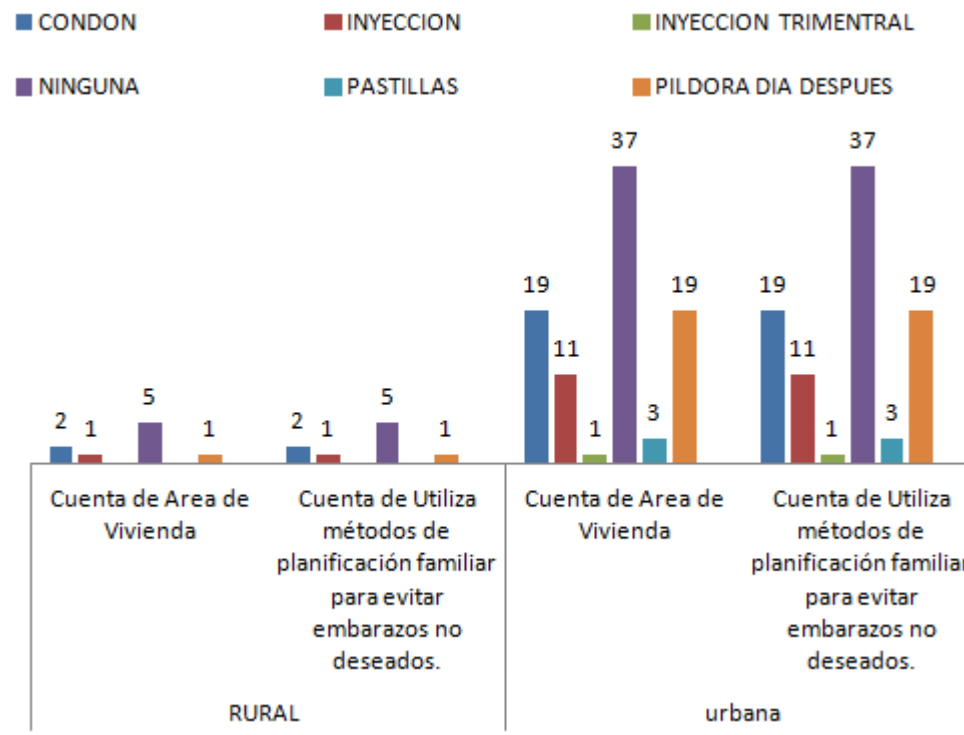
A) Triste mente la mayoría de las encuestados nos dicen que tener un hijo a tan corta edad les influye negativamente y esto no debería ser así ya que para nosotros tener un hijo es lo mejor que le puede pasar a una persona, hay muchas mujeres con ganas de tener sus hijos y no lo han logrado por múltiples razones, mientras que nuestras encuestados los están trayendo

al mundo por, irresponsabilidad, no utilizan los métodos de planificación bien, o no los utilizan, tiene relaciones en estado de ebriedad, etc.

B) Solo 7% personas dicen que les ha influido positivamente y esperamos que esta cifra suba a medida que sus hijos vayan creciendo y les estén alegrando su vida.

- Según el área de vivienda que método de planificación utilizan

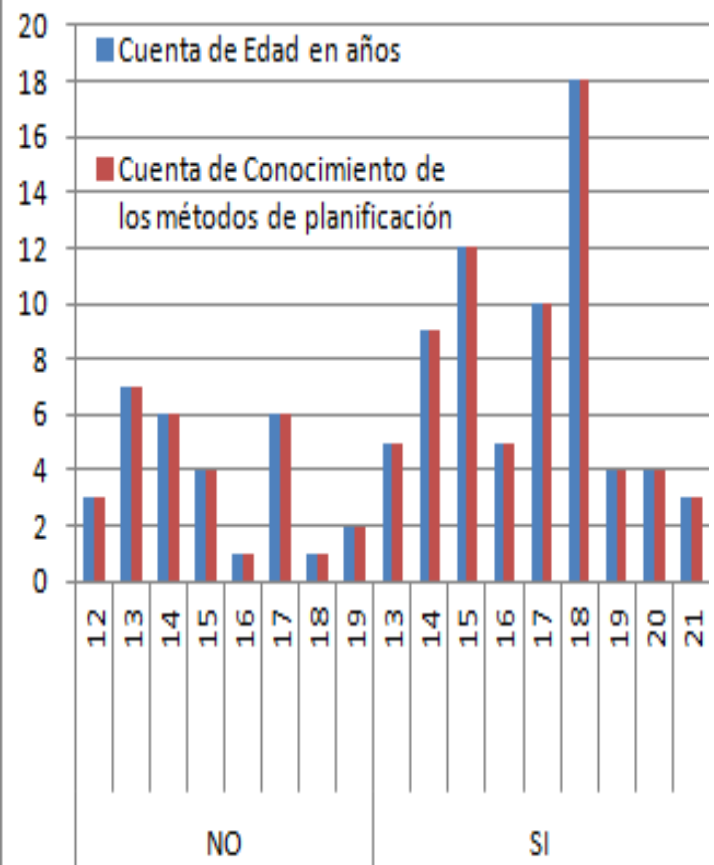
Rótulos de fila	CONDON	INYECCION	INYECCION TRIMENTRAL	NINGUNA	PASTILLAS	PILDORA (en blanco)	Total
RURAL							
Cuenta de Area de Vivienda	2	1		5		1	9
Cuenta de Utiliza métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseado	2	1		5		1	9
urbana							
Cuenta de Area de Vivienda	19	11	1	37	3	19	90
Cuenta de Utiliza métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseado	19	11	1	37	3	19	90
URBANA							
Cuenta de Area de Vivienda				1			1
Cuenta de Utiliza métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados.				1			1
(en blanco)							
Cuenta de Area de Vivienda							
Cuenta de Utiliza métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados.							
Total Cuenta de Area de Vivienda	21	12	1	43	3	20	100
Total Cuenta de Utiliza métodos de planificación familiar para evitar embarazos no dese	21	12	1	43	3	20	100



- A) Según estos datos podemos determinar que tanto en las personas que viven en zonas rurales como urbanas utilizan los mismos métodos de planificación.
- B) En el área rural todavía no se está utilizando tanto la píldora del día después
- C) Tanto en las personas que viven en la vivienda rural como urbana admite que no utilizan ningún método de planificación
- D) El condón es el método más utilizado tanto por personas que viven en vivienda rural como urbana

- Según la edad conoce los métodos de planificación

Rótulos de fila	Cuenta de Edad en años	Cuenta de Conocimiento de los métodos de planificación
NO	30	30
12	3	3
13	7	7
14	6	6
15	4	4
16	1	1
17	6	6
18	1	1
19	2	2
SI	70	70
13	5	5
14	9	9
15	12	12
16	5	5
17	10	10
18	18	18
19	4	4
20	4	4
21	3	3
Total general	100	100



- A) Según los datos no indica que el 30% de las encuestadas no sabe qué métodos de planificación existen lo más preocupantes es que hay dos personas hasta de 19 años que no saben qué métodos existen.
- B) Debemos informar los métodos de planificación que existen a muy corta edad ya que así podemos prevenir más fácil los embarazos no deseados
- C) Dentro de las 30% personas encuestadas que no saben cuáles son los métodos que existen, la cifra más grande se encontró a los 12, 13 y 14 años con una cifra de 16% personas indicándonos que por su corta edad no están bien informados.
- D) Se encuentra que después de los 15 años ya los jóvenes están más informados de dicho tema esperamos que lo pongan en practica

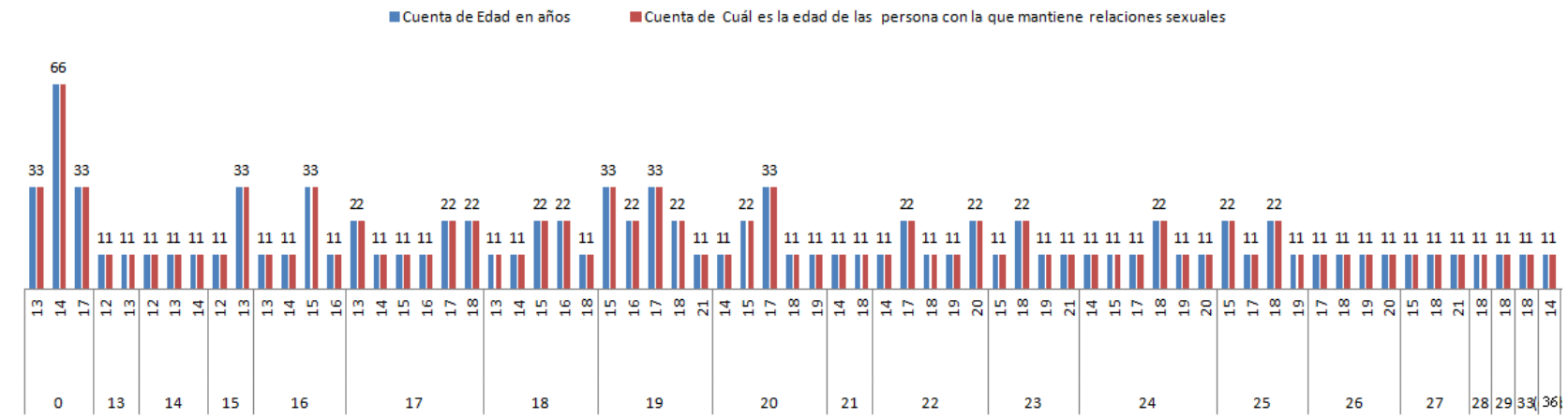
- Según la edad mantiene una relación estable



- A) De acuerdo a la gráfica podemos ver que a los 17 y 18 años es la edad con que las jóvenes mantienen menos una pareja para tener relaciones estables, lo cual creemos que puede estar pasando por la etapa de adolescencia y rebeldía. Las niñas que tienen relaciones con su pareja más estable está entre los 13 y 15 años y en los siguientes años baria muchos con sus parejas al parecer solo en los 18 años vuelven a tener una relación estable y luego se vuelven a desestabilizar.
- B) Al parecer si influye la edad para tener una pareja estable ya que estan muy marcadas las edades, tal parece que después de los 15 años se entra en un estado de libertinaje extremo.

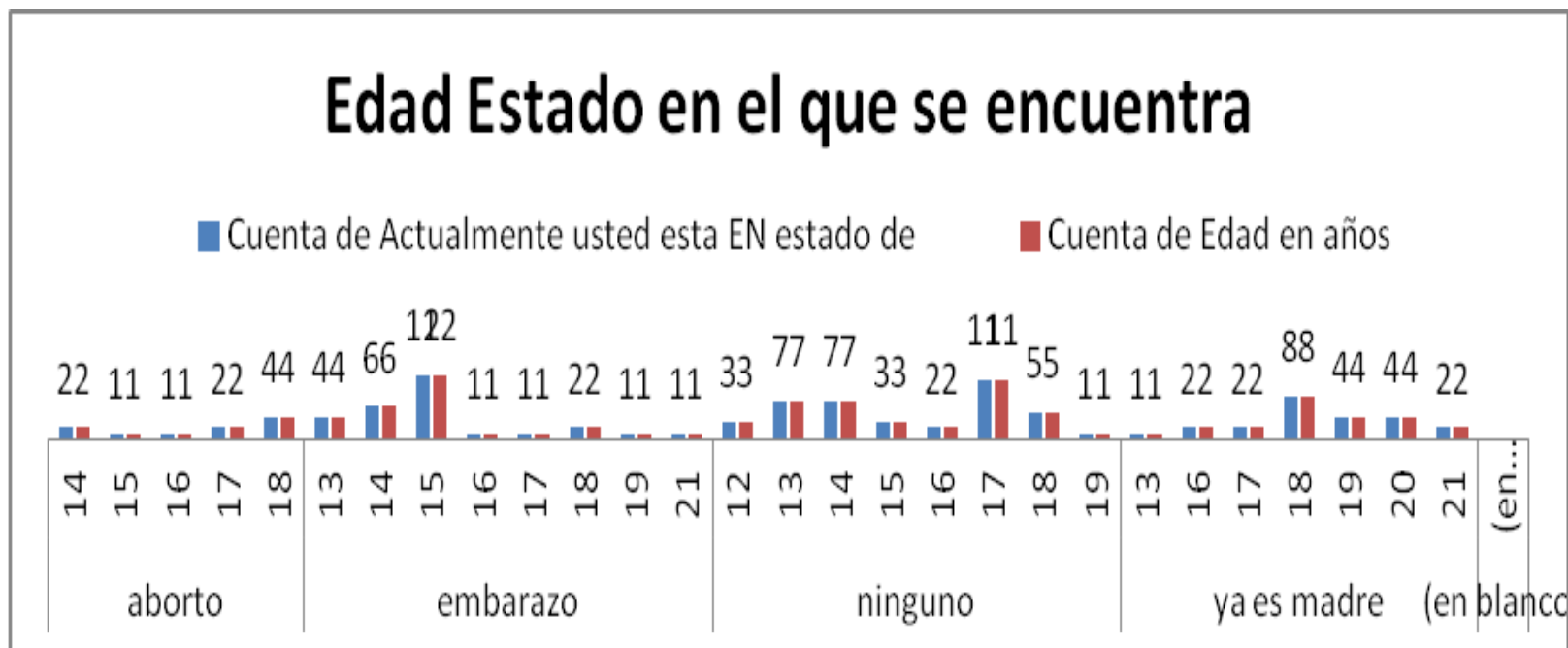
- Edad del encuestado y edad de la persona con que mantiene relaciones sexuales

Edad Encuestado Edad pareja sexual



- Según la edad en qué estado se encuentra

Edad Estado en el que se encuentra



- A) El estado de embarazo predomina en las edad de los 15 años podemos afirmar que esta etapa es muy vulnerable para las adolescentes por esto los padres deben de prestarle mucha importancia a las adolescentes.
- B) Nos encontramos con unas cifras muy triste al confirmarnos que hay niñas que los 14 años ya han sufrido abortos y la cifra mas alta fue de 4 jóvenes a los 18 años
- C) Otra cifra que nos conmueve es que una niña de 13 años ya es madre a tan corta edad

¿Cuál es el grado de conocimiento, educación y uso de los métodos de planificación familiar en las jóvenes menores de 18 años?

Durante el desarrollo y análisis de la encuesta, se puede observar que un alto porcentaje de las mujeres adolescentes, dicen conocer acerca de los diferentes métodos de planificación familiar, este tema ya no es un tabú en nuestra sociedad actual.

El gobierno a través del ministerio de la protección social en el acuerdo 380 de 2007 incluye nuevos medicamentos anticonceptivos hormonales en el plan obligatorio de salud tanto para el régimen contributivo como el subsidiado, viendo que su costo-efectividad se ajusta al sistema nacional de salud y que permitirá a más colombianos acceder a estos métodos promoviendo así una mejor salud sexual y reproductiva.

Según el segundo boletín de la comisión de regulación en salud de marzo de 2011 los afiliados tanto al régimen subsidiado como contributivo tienen derecho a los mismos métodos anticonceptivos, los cuales en la mujer son variados, desde los hormonales, el dispositivo intrauterino hasta los quirúrgicos, en el hombre los métodos anticonceptivos contemplados están los quirúrgicos. Para poder acceder a estos métodos deben dirigirse a su EPS solicitar una cita médica con el profesional de la salud, quien evaluará y dará a conocer para su elección los métodos de planificación contemplados en el POS.

Las adolescentes en sus respuestas dicen conocer más el condón, seguida de la inyección, y la píldora como métodos de planificación familiar.

Sin embargo a pesar de poseer conocimiento un porcentaje del 43% no utiliza ninguno de estos métodos y el 20% siguiente recurre a utilizar la píldora del día después como alternativa en la prevención de embarazos no deseados.

Según las respuestas, las adolescentes reciben más orientación de sus amigos que de otras fuentes como lo son el colegio o sus familias.

Este tipo de respuesta evidencia una baja comunicación familiar, que caracterizada por la transformación psicológica del individuo en crecimiento biológico y personal, y los grupos sociales y los influyentes medios de comunicación desencadenan en los adolescentes la rebeldía y la baja autoestima personal que agregado a más condicionantes ambientales y sociales finalmente son generadores de embarazos precoces.

En conclusión los jóvenes conocen que métodos anticonceptivos existen, pero por razones multifactoriales no los utilizan y además su orientación no viene de una fuente apropiada, que les informe la mejor opción a elegir.

Falta para este tema mayor intervención del núcleo familiar y de las instituciones educativas.

PDT: Aunque los medios de comunicación como la televisión o el internet muchas veces no son controlados por los padres y le permite a los jóvenes navegar por infinidad de temas muchas veces negativos, también existen muchos programas educativos de los cuales se puede aprender y sobre todo cuando se tiene el apoyo de sus padres. Un ejemplo a consideración podría ser la serie 'Mamá también', que abordará a través de las historias de cuatro jóvenes menores de 18 años pertenecientes a diferentes estratos sociales, todo lo que rodea la difícil situación del embarazo a corta edad, los sueños truncados, el rechazo de la sociedad, el machismo, la adopción, el debate del aborto, la indiferencia del estado ante el tema, las drogas legales e ilegales, las redes sociales y el ciberbullying, la violencia intrafamiliar, la rumba, entre otras.

¿Qué factores sociales, psicológicos, familiares entre otros, se asocian de manera directa o indirecta con esta problemática social?

La mayoría de los encuestados pertenecen a estratos sociales bajos en un nivel de escolaridad media como el bachillerato y en edades promedio de 15 años.

Nos sugiere estos datos que la situación económica de los jóvenes es un factor determinante, los círculos de bajos recursos familiares en los que los padres deben trabajar por mayores horas o en su defecto padre y madre trabajar, permite que estos descuiden a sus hijos a razón de la misma economía, permitiendo que estos a su vez dispongan de más tiempo solos sin autoridad familiar, y en una edad en la que el pensamiento adolescente está cargado de múltiples sensaciones y sentimientos que conllevan a la búsqueda de compañía suplementaria como el novio(a).

Adicionalmente a esto, los jóvenes no acuden a los centros de salud para pedir asesoría en temas de salud sexual y reproductiva por miedo o pena de poner al descubierto su deseo o inicio de la actividad sexual o mucho menos mantener

una comunicación activa con los padres sobre este tema por regaños o simplemente por la ausencia de los padres debido a trabajos.

En conclusión los niveles económicos bajos traen en las familias desestabilidad comunicativa por falta de tiempo, debido a los trabajos, y debido a la transformación natural de la etapa de los adolescentes estos se ven en necesidad de suplir estas carencias de compañía con personas ajenas a sus familiares, agregado al poco control del tiempo libre en actividades lúdicas que fomenten las capacidades motrices y sensitivas del menor y lo saquen de los círculos de las malas compañías, sin embargo esto no quiere decir que estos adolescentes no se vean en la necesidad de buscar con quien compartir los intereses que solo pueden compartir con alguien con sus mismas necesidades, dado que los adultos en especial los padres ahora tienen otra visión del mundo, con una responsabilidad que en ese momento los hijos en la adolescencia no entienden.

¿Cómo influye en la adolescente este cambio en su vida?

Para esta pregunta se observa en su mayoría una desfavorabilidad de influencia negativa, percibida desde la propia vivencia, ya que al estar en escolaridad, para su gran mayoría bachillerato, esta condición de ser madre trae consigo deserción escolar, ya que el bebe demanda atención que en muchos casos no puede ser suplida por un tercero, debiendo encargarse esta de su cuidado total.

Con la deserción escolar, se incrementa las posibilidades de bajos recursos, que ahora demandan mayor oferta, ya que un bebe requiere de muchas cosas, al igual que la madre, se aumentan las cifras de pobreza o la madre tiene que buscar empleos informales o poco remunerados con altas cargas, para buscar y contribuir con el sustento de su hijo, ya que frecuentemente los padres de la adolescentes son personas también jóvenes que trabajan y cuyos ingresos no son base para sustentar a un nuevo ser y como se mencionó antes debido a sus trabajos no podrán encargarse o ayudar al cuidado de su nieto, debiendo pagar a terceros por su cuidado, lo que trae una cadena de costos.

Además de esto la madre adolescente debe dejar a un lado su papel de libertad y búsqueda de su satisfacción personal en muchos campos o ámbitos, ya que ahora debe compartir su tiempo a la crianza, debiendo madurar de una forma rápida y convertirse en un adulto muy joven capaz de sortear las dificultades tanto económicas como afectivas propias como las del nuevo ser.

9 http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/a380_07.pdf

200<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/CRES/Boletines%20Pos/Boletin%20Dos%20-%20POS.pdf>, pág. 12,31

Conclusiones

- Primero que todo que la problemática tiene un inicio y este es el del hogar y hay es que se debe de empezar a tratar volver a la cultura y los principios con los que nos criaron y no al libertinaje que se tiene en este momento.
- Las políticas de sexualidad se están quedando cortas y se tiene que mejorar.
- En la actualidad cada vez es mayor el número de niñas embarazadas a muy corta edad por múltiples factores.
- Las sociedad no quiere tratar dicho tema y mucho menos como una problemática de salud pública pero no podemos seguir en esta tónica entre todos tenemos que mejorar nuestra comunidad para mejorar nuestro país.
- Los adolescentes más vulnerables son los más pobres pero también esta problemática la enfrenta las personas de mejores ingresos.
- Es claro que los amigos quieren ayudar a dar conocimiento del tema pero lo que podemos notar es que no se están dando muy bien las pautas por parte de ellos ya que no son las personas más idóneas para tratar dicho tema
- Presentar y concientizar a los adolescentes los cambios radicales que pasarían si tuvieran hijos a tan corta edad, también indicarse de los problemas que se causan al pretender detener un embarazo poniendo en alto riesgo su vida y también trayendo muchos problemas psicológicos para la misma.
- Se puede decir que también esta problemática surge por la irresponsabilidad sexual de los adolescentes por su inicio muy jóvenes o porque piensan que no les va afectar en sus vidas

Propuestas de solución

Según el estudio realizado en estos dos municipios en los que se trató la problemática podemos proponer esta serie de mejoramientos tanto en la promoción como de prevención, físicas, médicas y farmacológicas con igualdad y calidad.

Propuestas

- Que el gobierno incluya en los planes educativos un programa de sexualidad a temprana edad y sea continuo.
- Las familias no sigan tratando la sexualidad como un tabú y más bien ser más informativos con sus hijos promoviendo en los padres capacidades comunicativas capaces de entablar estos temas sin miedo y buscando siempre una relación de amistad con los hijos más que un autoritarismo.
- Realizar en las comunas y en general en toda la población sexualmente activa brigadas de información de sexualidad para niños y jóvenes apoyados por personal capacitado como médicos y psicólogos involucrando al núcleo familiar en dichas actividades.
- Las iglesias deberían de entrar en conciencia que el sexo existe y ayudar a fomentar unas buenas prácticas de ello ya que estas iglesias son un factor fundamental para la sociedad y es un problema que no lo podemos tratar cerrando los ojos, la problemática esta y tenemos que hacer muy buenas campañas para mejorar esta situación.
- Mejorar los planes de planificación para que todas las personas tengan acceso, igualdad, calidad a cada uno de ellos.
- Establecer conciencia de la población acerca de la importancia tener una sexualidad con cuidado y con una pareja estable de una manera comunitaria especialmente en las aéreas más vulnerables.
- Según la experiencia alcanzada a través de este programa, a lo largo de esta carrera y nuestra vida promover el uso de los anticonceptivos de una buena forma; a las personas más allegadas, a nuestra comunidad y así ayudamos a mejorar esta problemática
- Brindar orientación clara sobre la necesidad de una correcta comunicación con las familias.
- Aprovechar los medios masivos de comunicación como la televisión y el internet para tratar este tipo de temas apoyados con profesionales idóneos y acompañados por los padres quienes promuevan en sus hijos una sexualidad sana y responsable desde el inicio de su pubertad.

BIBLIOGRAFIA

<http://www.mineducacion.gov.co/observatorio/1722/article-203016.html>

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx>

http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente

GALLOTI, Alicia. Guía sexual para adolescentes, todos los secretos de tu cuerpo. 2 ed. Barcelona, 2002. Pág. 22,24.

http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_sexual

www.sgs.edu.co/sgsone/contenido/.../IDENTIDAD%20Carvajal.ppt

Salud sexual y reproductiva, organización panamericana de la salud, pág. 3, 6, 7, 25

<http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtml>

http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo1.html

<http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/onu-advierte-que-en-colombia-una-de-cada-cinco-embarazadas-es-adolescente/20131107/nota/1931395.aspx>

http://es.wikipedia.org/wiki/Edad_de_consentimiento_sexual#Colombia

<http://www.latarde.com/historico/49613-poblacion-de-pereira-aumenta-y-no-por-ninos#sthash.cPDAdGT.dpuf>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Cali>

Caliencifras2010.pdf pág. 21

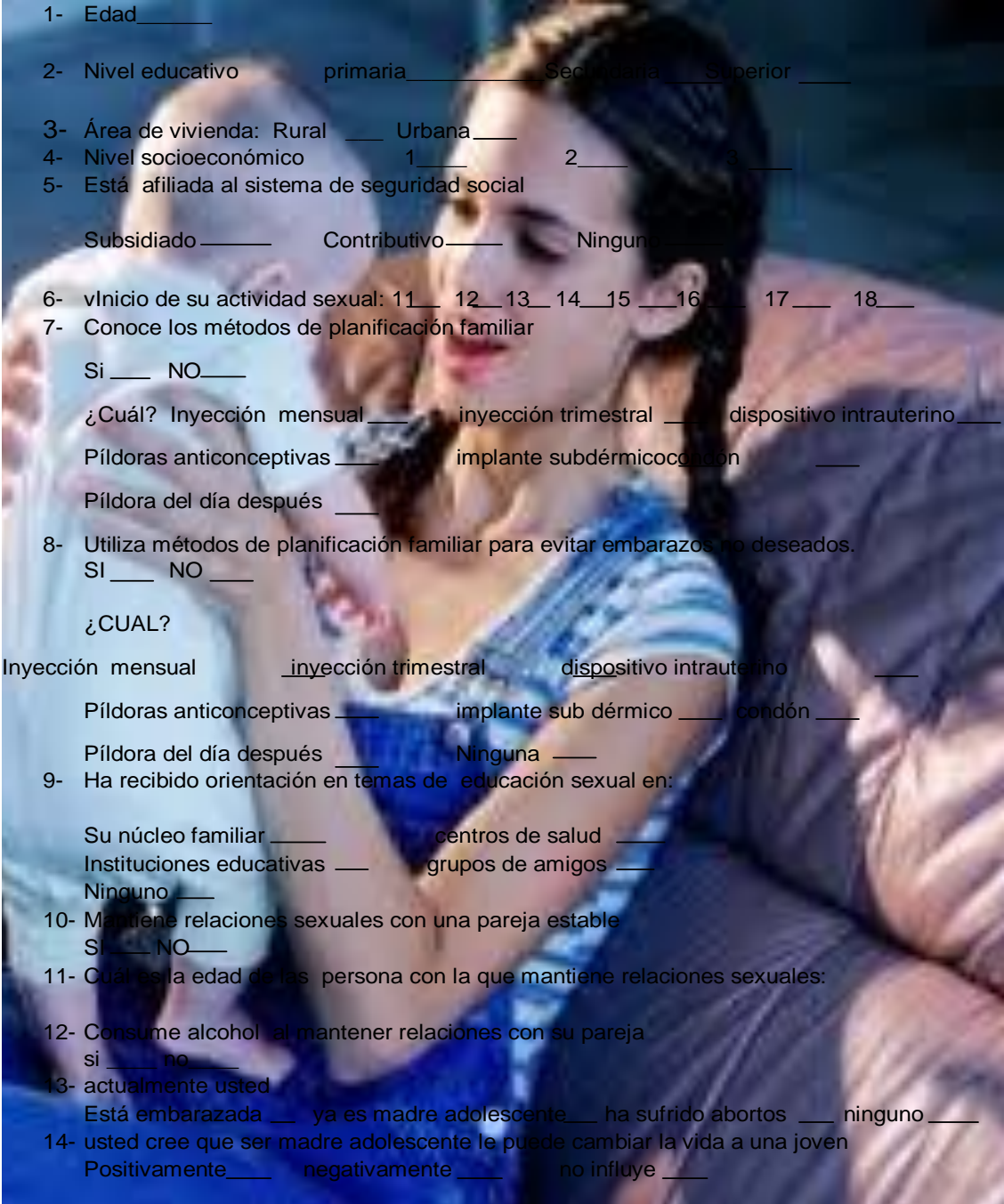
http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/a380_07.pdf

<http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/CRES/Boletines%20Pos/Bol etin%20Dos%20-%20POS.pdf>

ANEXOS

ANEXO A

ENCUESTA



1- Edad _____

2- Nivel educativo primaria _____ Secundaria _____ Superior _____

3- Área de vivienda: Rural _____ Urbana _____

4- Nivel socioeconómico 1 _____ 2 _____ 3 _____

5- Está afiliada al sistema de seguridad social

 Subsidiado _____ Contributivo _____ Ninguno _____

6- Inicio de su actividad sexual: 11 _____ 12 _____ 13 _____ 14 _____ 15 _____ 16 _____ 17 _____ 18 _____

7- Conoce los métodos de planificación familiar

 Si _____ NO _____

 ¿Cuál? Inyección mensual _____ inyección trimestral _____ dispositivo intrauterino _____

 Píldoras anticonceptivas _____ implante subdérmico _____

 Píldora del día después _____

8- Utiliza métodos de planificación familiar para evitar embarazos no deseados.

 SI _____ NO _____

 ¿CUAL?

 Inyección mensual _____ inyección trimestral _____ dispositivo intrauterino _____

 Píldoras anticonceptivas _____ implante sub dérmico _____ condón _____

 Píldora del día después _____ Ninguna _____

9- Ha recibido orientación en temas de educación sexual en:

 Su núcleo familiar _____ centros de salud _____

 Instituciones educativas _____ grupos de amigos _____

 Ninguno _____

10- Mantiene relaciones sexuales con una pareja estable

 SI _____ NO _____

11-Cuál es la edad de las persona con la que mantiene relaciones sexuales:

12- Consume alcohol al mantener relaciones con su pareja

 si _____ no _____

13- actualmente usted

 Está embarazada _____ ya es madre adolescente _____ ha sufrido abortos _____ ninguno _____

14- usted cree que ser madre adolescente le puede cambiar la vida a una joven

 Positivamente _____ negativamente _____ no influye _____

ANEXO B

Plan territorial de Santiago de Cali

El plan territorial de Cali está diseñado de acuerdo por lo regido según el Plan de Desarrollo nacional, Su propósito fundamental es el mejoramiento del estado de salud de los residentes en el Municipio para lograr a mediano y corto plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

El lema de Cali es Calidad en este momento Bienestar para todos parte del hecho de que el bienestar y calidad de vida de todos los ciudadanos no son solo el fin último del accionar gubernamental, sino también un importante catalizador de la generación, retención y atracción de talentos y recursos para la prosperidad colectiva. Por ello se plantea la realización de acciones determinantes claves de las capacidades y el bienestar de los ciudadanos entre ellos la salud de calidad haciéndose especial énfasis en la primera infancia, adolescencia y juventud, el adulto mayor, población en discapacidad, etnias, género y diversidad sexual, y la atención humanitaria y víctimas del conflicto interno, en el marco de las políticas públicas

Lo más importante es la salud para todos y la equidad sanitaria los mecanismos utilizados para esto serian sociales, económicos y políticos mediante esto la sociedad esta estratificada de acuerdo a los ingresos, educación, ocupación, género, raza / etnia, etc. y con ellos podemos definir factores determinantes del estado de salud

Una vez con estos enfoques se pasa los **principios: universalidad, Equidad, calidad, Eficiencia, Responsabilidad:** implica que los actores asuman consecuencias administrativas, penales, civiles y éticas; ¿me adentro en este tema ya que según la nueva ley de la salud no tendremos tutelas para defendernos será que las entidades gubernamentales y de salud van a tener esta responsabilidad para cuidar nuestra salud?

Las metas y las estrategias de prioridad del plan territorial de Cali son las siguientes entre otras:

Salud infantil: Reducir la tasa de mortalidad en nacidos vivos mantener y ampliar la cobertura de vacunación según el programa de vacunación PAI por encima del 95% en menores de un año.

Salud reproductiva: Reducir por debajo de 2.4 hijos por mujer la fecundación global en mujeres entre 15 y 49 años.

Reducir la tasa de mortalidad por cuello uterino.

Mantener por debajo del 12 % las infecciones de VIH en la población de 15 a 49 años

Lograr cobertura universal de terapia antirretroviral para VIH positivos

ENFERMEDADES TRASMISIBLES Y ZONOSIS:

Aumentar la tasa de curación en el 85 % de los casos de tuberculosis

Eliminar la rabia humana producida por perro

Nutrición: Reducir al 5% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años

Incrementar en más de un mes la duración de la lactancia materna exclusiva

En este momento seguiremos con una de las metas más importantes para mi concepto ya que de ella dependen las anteriores metas mencionadas.

Gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional de salud pública

Fortalecer la regulación y fiscalización de la acciones de salud en el 100% de los departamentos, distritos y municipios.

Lograr el aseguramiento universal y la financiación de plan obligatorio de salud POS. ¿Será que ya no veremos más paseos de la muerte según esta lucha?

Fortalecer la gestión integral de la salud para la implementación del sistema obligatorio de garantías de calidad e atención en salud SOGCS en el 100%

Estrategia para esta meta: Promoverán el aseguramiento universal en salud, priorizando la mujer, población pobre y vulnerable localizada en las áreas urbanas marginales y rurales

Aumento de la cobertura de aseguramiento a riesgos profesionales y protección al cesante, especialmente a empresas y la población extranjera

Promoverán una agenda de trabajo y un plan de acción para la salud pública con los comités departamentales y locales de planeación para lograr el desarrollo de políticas y acciones intersectoriales del PNSP

Todas estas metas y estrategias están soportadas de acuerdo a la **Ley 152 del 15 de julio de 1994**. Ley Orgánica del Plan de Desarrollo

Cobertura de afiliación al SGSSS

a cobertura de nuestro municipio se aumentado del 75.3% al 94% lo cual es muy positivo después del 2003 en diciembre del 2011 en el régimen contributivo en el 62% y en el régimen subsidiado al 28% y los regímenes especiales con el 4% estos datos los informa el ministerio de salud

De un total de 24 aseguradoras, la cifra más alta de afiliados es del 22.9 % que se encuentra en el régimen contributivo en la entidad S.O.S. el resto del porcentaje se encuentra dividido en las siguientes entidades Salud con Calidad EPS S.A., Humana Vivir S.A. E.P.S., EPS Programa Comfenalco Antioquia Compensar E.P.S., SALUDVIDA S.A. E.P.S, RED SALUD ATENCION HUMANA EPS S.A.,GOLDEN GROUP S.A. EPS. y Empresas Publicas de Medellín-Departamento Medico.

Para el régimen subsidiada reportaron usuarios 17 aseguradoras siendo la que reporta mayor cantidad de afiliados la Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S. con 46,5% en contraste con SALUDVIDA S.A .E.P.S, MALLAMAS.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE CALI 2012-2015

PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El Plan Territorial de Salud es parte integrante de la dimensión social del Plan de Desarrollo y se rige además de las normas previamente planteadas por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. El propósito fundamental de este plan es el mejoramiento del estado de salud de los residentes en el Municipio para evitar a mediano y corto plazo la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

ENFOQUES

El Plan Nacional de Salud Pública que integra el mandato constitucional sobre el derecho a la salud está bajo diversos enfoques conceptuales.

Enfoque poblacional: permite identificar, comprender y responder a las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos que son responsabilidad y competencia de los municipios dentro de su territorio.

Enfoque de determinantes: pretende comprender de qué manera las causas de los casos individuales se relacionan con las causas de incidencia en una población, a lo cual corrobora el concepto de equidad sanitaria definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica, mientras que en la desigualdad sanitaria no se logra evitar o superar los desbalances de salud que infringen las normas de los derechos humanos o resultan injustas de alguna manera.

Enfoque de gestión social del riesgo: se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que

muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

Para el cumplimiento de estos enfoques se deberá de tomar muy en cuenta los **principios** con los que regirán los tales. Como por ejemplo, la equidad en la salud, la cual se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud evitando afectaciones en su capacidad de alcanzar un potencial.

LÍNEAS DE POLÍTICA

El Ministerio de la Protección Social definió las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud y para el Plan Territorial de Salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento: en esta línea, vendrá a trabajar la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, ya que tiene como objetivo principal, el ejercer la Inspección, la Vigilancia y el Control del aseguramiento en salud, la calidad de la atención en salud, la implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad entre otros (Resolución 214 del 2012).
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan.

PRIORIDADES

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.

7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

JURÍDICO

De acuerdo a las leyes establecidas se realizó este proyecto, como por ejemplo la Ley 715 de 2001 que Reforma la Ley 60 de 1993, la cual establece la Distribución de competencias y recursos, incluyendo el sector salud y la Ley 1122 de 2007 que reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Todo esto con el OBJETIVO de contribuir al mejoramiento del estado de salud de los residentes en el Municipio de Santiago de Cali para lograr a mediano y corto plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CALI

La ciudad de Cali cuenta con una población promedio de 2.500.000 habitantes para el año 2005, por lo tanto es considerada la tercera ciudad más importante del país.

Después de hacer el análisis de población se puede decir que, el 98% de la población es urbana, el 68% está en edad productiva, 52% del total son mujeres, 26% de los caleños son menores de 15 años, y un 6% es mayor de 65 años.

De acuerdo con los datos obtenidos por la Secretaria de Salud Pública de Cali, la ciudad ha incrementado sus índices de pobreza y miseria, donde las personas más pobres viven en peores condiciones, sujetas a mayores riesgos de salud y están más alejadas de los servicios de salud. Analizando la pirámide poblacional de Cali encontramos que:

- A partir del año 1973 se presenta más población de mujeres entre los 15 y los 19 años de edad con un porcentaje del 7% a diferencia de los hombres que solo tienen un 5.5%.
- En el año 1985 la diferencia de población de mujeres con respecto a los hombres entre 15 y 24 años sigue siendo mayor, sin embargo en el año 1995 se puede observar una igualdad entre las personas de dichas edades mientras

que la población de mujeres mayores de 75 años es mayor en un 1% a los hombres.

- En el año 2005 los hombres entre 0 y 10 años presenta una leve mayoría frente a las mujeres de un 0.3% aproximado, sin embargo las mujeres empiezan a ser más que los hombres con una diferencia cercana al 2% por el factor de violencia juvenil. De lo anterior se puede concluir que la población de mujeres ha sido superior a la de los hombres debido a que estos son más propensos a una muerte temprana por los altos índices de violencia. Con relación a la participación de las E.S.E. en el perfil epidemiológico de Cali, cabe afirmar que, la Zona de Ladera está conformada por las comunas 18, 1, 20, en las cuales se identificó que las causas comunes de morbimortalidad se basan principalmente en los actos violentos provocados por los habitantes de este sector pues son estratos 1 y 2 en los cuales la pobreza, el desempleo, hacen que estos tomen actitudes delictivas. Sin embargo las comunas 3, 17, 19, son estrato 3 y 5 lo que hace que la principal causa de morbimortalidad son las enfermedades provenientes del envejecimiento. Por otra parte la Zona Norte cubre las comunas 2, 4, 5, 6, 7, de estrato 5 y 6 en las cuales el índice de morbimortalidad es semejante al de la ciudad tienden a enfermar y morir por patologías crónicas incurables. La Zona Centro se conforma por las comunas 8, 9, 10, 11 y 12, de estratos 4, 3 y 2, su nivel de mortalidad es superior a la de la ciudad por lo tanto tiene menos esperanza de vida. Las principales causas de morbimortalidad se deben a las enfermedades víricas, Ira, HTA, caries dental, laceraciones y heridas. Zona Sur Oriental se conforma por los barrios de la comuna 16, Ciudad 2000, la Alborada, Brisas del Limonar, Mariano Ramos, República de Israel, Unión de Vivienda Popular, Antonio Nariño. Zona Oriente está conformada por las comunas 13, 14, 15 y 21. La zona rural se compone de 15 corregimientos los cuales pertenecen a la ESE NORTE, excepto el corregimiento de Navarro que pertenece a la ESE ORIENTE. Las causas de morbimortalidad se centran en los desastres naturales y la contaminación ambiental.

Secretaria de Salud 2013. *Plan Territorial de Salud 2012-2015*. Consulta:

29 agosto 2013. Disponible en:
<http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones.php?id=49699>

ANEXO C

PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE RISARALDA

Las condiciones de salud de la población tienen múltiples determinantes, los cuales se pueden agruparen: condicionantes genéticos, condicionantes del entorno (ambiente, sociedad), condiciones de vida (estilos de vida, realidad social), y calidad de los servicios de salud. La Salud Pública busca modificar favorablemente estos factores, con énfasis en aquellos que inciden sobre las enfermedades de interés en salud pública.

Objetivo General:

□ Liderar la gestión integral en salud pública para contribuir a la disminución de la morbilidad por enfermedades de interés en salud pública en el departamento de Risaralda.

El plan de salud territorial de Risaralda incluye dentro de sus objetivos prestar un servicio de salud de calidad y con calidez, además reconoce plenamente el artículo 49 de la constitución colombiana que establece que la atención en salud es un servicio público al servicio del estado, este plan de salud establece también que el estado debe controlar y vigilar la prestación de los servicios de salud no solo de por parte de las entidades públicas sino también de las entidades privadas, reconoce que la ley 100 de 1993 y 715 de 2001 establecen la obligatoriedad de las direcciones departamentales de salud de garantizar la atención en salud de la población vinculada con cargo a sus recursos.

La secretaria de salud departamental como todas las demás del Apis deben garantizar la atención médica a toda la población pobre y vulnerable de su jurisdicción.

Se tienen como objetivos específicos los siguientes:

- Incrementar al 95% la población asegurada al SGSSS recibiendo los beneficios del plan obligatorio de salud, en los regímenes contributivo y subsidiado, durante el cuatrienio

- Disponer de las 14 bases de datos del Sisben actualizada y de afiliados en línea.
- Implementar la estrategia de subsidio a la cotización en el nivel 3 de Sisben, conforme a reglamentación Nacional.
- Mejorar la oportunidad, accesibilidad y competitividad en la prestación de servicios de salud de la red pública hospitalaria del Departamento.

ATENCION A PERSONAS

Incluye atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, las enfermedades crónicas, emergentes y re emergentes, las enfermedades inmuno prevenibles, las zoonosis, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, el cáncer, y la promoción de estilos de vida saludables.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una estrategia de Atención Primaria en Salud que permita mejorar la calidad de la atención a la población del Departamento.

Con este plan territorial de salud se espera alcanzar metas como:

- Aumentar al 95% la cobertura en vacunación en los menores de un año, según corte de nacidos vivos,
- Aumentar la captación de las gestantes en el 1er trimestre de su embarazo del 83% al 85%.
- Incrementar al 85% las gestantes con nacido vivo con cuatro o más controles prenatales.
- Aumentar al 75% la detección de casos de tuberculosis por BK positivo en el departamento.

PROMOCION SOCIAL INTELIGENTE E INCLUYENTE

El enfoque diferencial en salud busca brindar una atención integral a todos los grupos sociales, según género, ciclo vital, o condiciones especiales de vida: personas en situación de desplazamiento, discapacidad, grupos étnicos (indígenas, afro descendientes) y orientación sexual diversa, reconociendo y respetando sus saberes y condiciones particulares, haciéndoles agentes activos

en el proceso de mejoramiento de las condiciones de salud. Dicho enfoque tiene como objetivo fortalecer el eje de promoción social, desde el enfoque diferencial, intersectorial e incluyente, con énfasis en poblaciones y entornos saludables en el departamento.

Dentro de las metas propuestas a diciembre de 2015 esta aprobar la política de salud mental en el departamento, aprobar la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el Departamento, elaborar un programa de salud pública con enfoque de género en el Departamento, implementar en los 14 municipios la estrategia Hogares Saludables, elaborar un programa de salud pública con enfoque de género en el Departamento.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Este perfil epidemiológico correspondiente al segundo trimestre del 2013, se ha consolidado como un insumo importante que respalda la toma de decisiones y el desarrollo de políticas, programas y proyectos en salud basadas en evidencia, esta publicación aporta al histórico de indicadores de Pereira, el cual permite evaluar las tendencias y el comportamiento de salud de la ciudad en el mediano y largo plazo.

Casos más representativos:

EVENTO	CONFIRMADOS	PROBLABLES	DESCARTADOS	TOTAL
AGREGIONES POR ANIMALES	660	0	0	660
ANOMALIAS CONGÉNITAS	45	0	0	45
BAJO PESO AL NACER	84	0	1	85
DENGE	71	28	81	180
DENGUE GRAVE	2	0	0	2

HEPATITIS A	10	0	0	10
HEPATITIS B	9	0	0	9
INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	40	0	0	40
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)	0	8	32	40
INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS	41	0	0	41
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	26	0	0	26
INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	21	0	0	21
LEISHMANIASIS CUTÁNEA	57	0	0	57
LEPTOSPIROSIS	8	13	63	84
MORBILIDAD MATERNA EXTERNA	23	0	0	23
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	27	0	1	28
PAROTIDITIS	20	0	0	20

SÍFILIS CONGÉNITA	21	0	6	27
SÍFILIS GESTACIONAL	45	0	0	45
TOSFERINA	12	9	35	56
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONA R	26	0	0	26
TUBERCULOSIS PULMONAR	121	0	0	121
VARICELA INDIVIDUAL	372	0	0	372
VCM, VIF, VSX	356	0	0	356
VIH SIDA MORTALIDAD POR SIDA	88	0	0	88

<http://www.dlspereira.gov.co/intranet/intradocuments/webExplorer/boletin-epidemiol-gico-de-pereira-2012-2013>

<http://www.asamblearisaralda.gov.co/sitio/index.php/ordenanzas>

Proyecto de ordenanza plan de desarrollo 2012-2015

ANEXO D

PLAN TERRITORIAL DE SALUD

INDICADORES DE SALUD MUNICIPIO DE SOCHA

Para la caracterización de la situación de salud en la población del municipio de Socha en los contextos territorial, demográfico, socioeconómico se cuentan con fuentes de información tales como:

- ✓ Censo de población (DANE)
- ✓ Registro individual de información de salud (RIPS)
- ✓ Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN)
- ✓ Encuesta anual de calidad de vida
- ✓ Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas
- ✓ Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS)

DISTRIBUCION POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO EN EL MUNICIPIO DE SOCHA

RANGO EDAD	HOMBRES	MUJERES
0- 4 años	346	327
5 -9	395	353
10-14	347	311

15-19	332	296
20-24	290	250
25-29	261	214
30-34	266	224
35-39	239	219
40-44	221	219
45-49	192	203
50-54	171	182
55-59	159	168
60-64	135	142
65-69	111	125
70-74	103	118
75-79	88	103
≥ 80	86	101
total	3742	3555
Total población	7297	

Población urbana: 3483

Población rural: 3428

Población indígena: 2

Población en situación de desplazamiento: 2

Población red juntos: 372

INDICADORES POBLACIONALES









Tasa general de fecundidad x 1000 mujeres de 15 a 44 años 33x1000

Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes 8x1000

Tasa bruta de mortalidad x 1000 habitantes

3x1000

Frente a enfermedades transmisibles de mayor impacto en el municipio de Socha, no se han detectado casos frente a dengue, malaria, tuberculosis, entre otras, por lo tanto no representan problemas prioritarios de salud pública en la comunidad.

INDICADOR	
 Tuberculosis	0x1000
 Lepra	0
 Rabia	0
Cobertura de vacunación antirrábica canica	105.8
Cobertura de vacunación antirrábica felina	100.8
 Malaria	0
 Dengue	1x100.000
 Leishmaniosis	0
 Chagas	0
Actividad física	
1- Prevalencia de actividad física global en adolescentes de 13 a 17 años	SD
2- Prevalencia de actividad física mínima en adultos de 18 a 64 años	SD
3- Edad de inicio consumo de cigarrillo en población menor de 18 años	13
 Enfermedad crónica renal	0.85 x 1000
DIABETES MELLITUS	
1. Prevalencia diabetes mellitus	1.54%

2. Incidencia diabetes mellitus	0.04%
3. Mortalidad diabetes mellitus	4%
HTA	
1. Prevalencia HTA	4.10%
2. Incidencia HTA	0.28%
3. Mortalidad HTA	20%
DISCAPACIDAD (población con alguna limitación)	7x1000

Las enfermedades crónicas tienen como factores de riesgo principal:

- Alimentación poco sana
- Inactividad física
- Consumo de cigarrillo

En la ESE SAGRADO CORAZON DE JESUS SOCHA, apoyados por la administración municipal y la dirección local de salud se tiene la estrategia del centro para jóvenes llamado “ELPARCHE AMIGABLE” donde se ofrecen alternativas a los adolescentes para la toma de decisiones responsables y especialmente en el aprovechamiento del tiempo libre

Se proponen indicadores para el fortalecimiento y fiscalización de las acciones de salud, aseguramiento y financiación al Plan Obligatorio de Salud (POS)

Para la vigencia de PTS 2012 la ESE ejecuto actividades tales como:

- ❖ Programas de vacunación dirigidos a los diferentes grupos poblacionales de acuerdo con el esquema
- ❖ Programas con las personas de tercera edad como hipertensos
- ❖ Charlas a familias sobre el tema de violencia intrafamiliar
- ❖ Se han realizado programas como la feria del buen trato con el fin de crear lazos de convivencia familiar.

- ❖ Se han creado centros para los jóvenes con el fin de crear estrategias para evitar embarazos tempranos.
- ❖ Creación de centros amigables con miras a evitar el consumo de cigarrillo y sustancias psicoactivas
- ❖ Actividades dirigidas a la salud mental con el fin de detectar casos de suicidio, depresión o alcoholismo.
- ❖ Se han realizado campañas para promover la lactancia exclusiva.
- ❖ Campañas para prevenir enfermedades transmisibles como rabia por mordedura de perros y gatos.
- ❖ Y campañas de salud oral por grupos poblacionales.

EL PTS DE SOCHA PARA EL AÑO 2013 CONTIENE:

- Plan operativo anual
- Plan operativo anual de inversiones de los diferentes ejes programáticos
- Aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud.
- Salud pública, promoción social, emergencias y desastres.

AREAS SUBPROGRAMATICAS DEL PTS 2013

- Promoción de la afiliación al SGSSS
- Identificación y priorización de la población a afiliar
- Gestión y utilización eficiente de los cupos de régimen subsidiado
- Adecuación tecnológica y recurso humano para la administración de la afiliación en el municipio
- Administración de bases de datos de afiliados
- Gestión financiera del flujo de recursos de los actores del SGSSS
- Auditoria de los procesos de aseguramiento
- Vigilancia y control de aseguramiento.

Los entes que coordinan la ejecución de estas actividades están a cargo del alcalde municipal Luis Jaime Agudelo Cristancho (2012-2015), el secretario de obras y planeación del municipio el Arquitecto Jorge Enrique Amaya, la gerente del Hospital Sagrado corazón de Jesús Socha la Doctora Ilse Carolina Sánchez Manrique.

Archivo de plan territorial de salud localizado en la oficina de planeación del municipio de Socha.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD DE CUMARAL META

El Plan de salud territorial, es esencialmente el conjunto y resultado de un análisis de los diferentes actores del sistema general social en salud en el municipio de Cumaral.

El Plan de salud territorial se direcciono al cumplimiento de los lineamientos generales de la política municipal en concordancia con el plan de desarrollo municipal “pa`lante cumaraleños “como referentes para determinar el impacto de los diferentes programas y proyectos a cargo de la secretaría de desarrollo social.

El plan de salud territorial se rige en lo pertinente en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación, control por la ley orgánica del plan de desarrollo, ley 152 de 1994 al igual se rige por lo establecido en las leyes 715/2001,1122 y 1151/2007 y las demás normas que los adicionen completamente o modifiquen.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Garantizar la continuidad de afiliación al SGSS de la población mediante el seguimiento a los contratos para la administración de los recursos con la EPS`s.
- Promocionar el aseguramiento universal al SGSS mediante la estrategia IEC para el conocimiento de los derechos y deberes de las personas a la vinculación al SGSS.

- Garantizar la prestación de los servicios de salud en condiciones que promuevan la eficiencia, oportunidad y calidad mediante acciones de inspección, vigilancia y control a la IPS.
- Garantizar el cumplimiento de las metas de promoción y prevención definidas en la resolución 3384 y demás normas afines coordinando actividades con EPS e IPS.

POBLACION DE CUAMRAL

URBANA	RURAL	TOTAL
11.364	5954	17.318

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

CAUSAS DE MORTALIDAD

ORDEN	CAUSA	TOTAL
1	PAROCARDIO RESPIRATOTIO	6
2	IAM	4
3	FALLA CARDIACA	3

Casos más representativos:

ORDEN	CAUSAS	TOTAL	GRUPOS DE EDAD																	
			Sin Edad			< 1		1 a 4		5 a 14		15 a 44		45 a 64		> 65		TOTAL		
			F	M	IND	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
1	PARO CARDIOVASCULAR																	4	2	6
2	MIAM													1				1	2	4
3	CA GASTRICO														1	1				2
4	LEUCEMIA						1											1		2
5	FALLA CARDIACA																		3	3
6	CA PROSTATA																		1	1
7	PARO CARDIORESPIRATORIO													1				1	1	3
8	CA PULMONAR													1						1

Diarreica Aguda en Menores de 5 Años

Diarreica Aguda en Menores de 5 Años

Infección Respiratoria Aguda en Menores de 5 Años

Infección Respiratoria Aguda en Mayores de 5 Años

Proyecto de ordenanza plan de desarrollo 2012-2015 Cumaral Meta