

Alcance de las políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a los adolescentes en Colombia

Public policies reach in the sexual and reproductive health area directed to the adolescents in Colombia

Ana Liliana Ríos García¹

Resumen

La población adolescente en América Latina constituye el 21% de la población general, y en Colombia es la quinta parte de 43 millones de habitantes.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia (ENDS, 2005) encontró que las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad en la últimas dos décadas. El Ministerio de la Protección Social formuló en 2003 la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, entendida como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Para implementar la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, las entidades territoriales deben formular un Plan de Salud Sexual y Reproductiva que desarrolle los principios orientadores y estrategias, articulando las intervenciones de los diferentes planes de beneficios alrededor de las líneas prioritarias.

Es urgente y prioritario preparar a los jóvenes para que desarrollen una actitud positiva y responsable relacionada con su sexualidad, con procesos de educación sexual que incluyan a la familia y comprendan tópicos como la formación integral de niños y jóvenes, incluyendo autoestima, información científica y elementos de reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable, en todas las etapas de la vida acorde con el entorno histórico, social y cultural en que se vive, que promueva un pensamiento crítico, con adopción de actitudes positivas hacia la sexualidad.

Palabras claves: Adolescencia, políticas públicas, salud sexual, intersectorialidad.

Fecha de recepción: 1 de julio de 2008
Fecha de aceptación: 5 de septiembre de 2008

¹ Médico Especialista en Salud Familiar. Especialista en Gestión Pública. Magister en Desarrollo Familiar. Docente Departamento de Salud Pública. Hospital La Manga. ariosg@uninorte.edu.co
Correspondencia: Universidad del Norte, Km 5 vía a Puerto Colombia, A.A. 1569, Barranquilla (Colombia).

Abstract

The adolescent population in Latin America accounts for 21% of the general population, and in Colombia fifth of the population are teenagers, is thus 43 million inhabitants.

With regard to sexual and reproductive health of this population group, the National Survey of Demography and Health Profamilia (ENDS 2005) found that women under 20 years old, are increasing their fertility rate over the past 20 years. Taking into account the reality of our teenagers in the area of sexual and reproductive health and the problems arising from poor handling of this issue in the population above, the Ministry for Social Protection in 2003 formulated the National Policy on Sexual and Reproductive Health. Sexual and reproductive health refers to a state of complete physical, mental and social, rather than the mere absence of disease or infirmity in all matters relating to sexuality and reproduction, and has the potential to exercise sexual rights and Reproductive

To implement the National Policy on Sexual and Reproductive Health, local authorities must formulate a plan on Sexual and Reproductive Health to develop guiding principles, strategies, articulating the different benefit plans around the priority intervention

There is an priority and prepares young people develop a positive and responsible attitude regarding their sexuality implementing processes real sex education to include the family as socializing par excellence and that includes topics such as training of children and young people, including aspects as a fundamental self-esteem, equally scientific information commensurate with the historic environment, social and cultural.

Key words: Adolescence , políticas públicas, sexual health, intersectorial.

INTRODUCCIÓN

De los seis mil millones de habitantes del planeta, mil millones se encuentran en la etapa de la adolescencia, es decir, entre los 10 y los 19 años. Mientras en Norteamérica el 17% de la población es adolescente, en América Latina constituye el 21% de la población general, y en Colombia la quinta parte de la población es adolescente; así, de 43 millones de habitantes, 8.5 millones son adolescentes (1,2).

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de este grupo poblacional, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de PROFAMILIA (ENDS, 2005) encontró que en los últimos 20 años las mujeres menores de 20 años vienen aumentando su tasa de fecundidad ver Tabla 1 (3,4).

Tabla 1

Tasas comparativas de fecundidad en mujeres menores de 20 años en Colombia (ENDS 2005)

Año	Tasa por mil
1990	70
1995	89
2000	90

Fuente: Datos investigados por el autor.

Una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, 16 % ya son madres y 4 % está esperando su primer hijo.

La mayor proporción de adolescentes en embarazo de su primer hijo se tiene en Caquetá y Guaviare (9%), Chocó y Vaupés (8%) y Guainía (7%). En cambio, las menores proporciones de embarazadas (menos del 2 %), se encuentran en Caldas, Atlántico, Nariño, Vichada y Casanare (4).

En la ENDS 2005, se encontró un incremento en el número de mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

Porcentaje de la población que inició relaciones sexuales antes de los 15 años en mujeres colombiana (ENDS 2005)

Año	Porcentaje
2000	8%
2005	11%
Incremento porcentual	3%

Fuente: Datos tomados de la encuesta (ENDS, 2005).

El 44% de las mujeres entre 25 y 49 años tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años y el 66% antes de cumplir los 20 años. Las mujeres sin ninguna educación inician las relaciones sexuales a una edad mediana de 16 años, y se va incrementando en la medida que aumenta el nivel educativo, hasta una mediana de 20 años entre las que tienen educación superior.

En lo que respecta a la utilización de los métodos anticonceptivos y los conocimientos con respecto al VIH/SIDA, el estudio citado muestra datos interesantes que se evidencian en la Tabla 3 (4).

Las encuestas en los países en desarrollo revelan que menos de la mitad de los jóvenes pueden identificar correctamente dos formas de cómo evitar contraer el VIH/SIDA y rechazan los mitos comunes sobre el virus. Las mujeres jóvenes generalmente están menos informadas que los hombres de su edad (5). Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud muestra que de los jóvenes encuestados la mitad eran sexualmente activos y alrededor de un cuarto de las mujeres refería que la edad de la primera relación sexual era diez años o menos; y casi dos tercios tenía relaciones sexuales antes de la edad de 13 años. Solamente un cuarto de estos jóvenes utiliza siempre un método de control de la natalidad, igualmente la mayoría de la gente joven no se preocupa por contraer el SIDA (6,7).

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la realidad de nuestros adolescentes en el área de la salud sexual y reproductiva y la problemática derivada del manejo inadecuado de esta temática en la población mencionada, el Ministerio de la Protección Social formuló en 2003 la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la cual señala:

Tabla 3

Utilización de los métodos anticonceptivos y conocimientos con respecto al VIH /SIDA en el grupo etáreo entre 15 y 19 años sexualmente activos (ENDS, 2005)

Items relacionados con utilización de métodos y conocimientos con respecto al VIH/SIDA	Porcentaje
Uso del preservativo como protección en Colombia	62%
Uso del preservativo como protección en el Atlántico	75,9%
Refieren no tener información de cómo evitar la infección	16%
Refieren considerar que una persona con VIH/SIDA no debe trabajar	40%

Fuentes: Datos tomados de la encuesta ENDS,2005.

“la sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (8).

Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica: capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos. De igual manera, implica el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente de sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital” (4).

Otros aspectos de la política incluyen la no prohibición de relaciones sexuales para los mayores de 14 años siempre y cuando sean relaciones establecidas libremente; además, se menciona que los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a este grupo etáreo deben contar con unas características mínimas como son: acceso a

información, servicios y suministros, privacidad, confidencialidad, elección informada, autodeterminación, igualdad y no discriminación (9,10).

Puntualizando en el área de las políticas públicas en salud, un evento trascendental en esta temática lo constituyó la Declaración de Santa Fe de Bogotá (1992), la cual asimiló el discurso global sobre promoción de la salud y lo aterrizó a la realidad latinoamericana (11,12,13). Este documento es una declaración pública sobre las inequidades en salud, y las señala como innecesarias, evitables e injustas, planteando la necesidad de un proceso de movilización que necesariamente incluya los entes gubernamentales y sociales, con el fin de formular, ejecutar y evaluar políticas públicas en el área de salud, que eliminen o disminuyan las inequidades y faciliten mayor acceso a oportunidades para el mantenimiento de la salud, así como brindarle al ciudadano un mayor control sobre la salud y sobre la gestión de las instituciones responsables de este proceso intersectorial (14,15,16).

Las instituciones deben generar impacto en la situación de salud de nuestra población a través de la formulación de políticas que estén incluidas en la agenda política estatal (17,18), teniendo como estrategia básica la democracia participativa en todas las fases del proceso desde formulación, pasando por la implementación hasta la evaluación (19). Hay que dejar de lado el paradigma en el cual la intervención en salud se reducía a los reguladores, financiadores y proveedores de servicios de salud (20,21). Deben incluirse todos los sectores que influyen en el bienestar social, tal es el caso de cultura, empleo, salud ambiental, educación, entre otros (22). Se reitera que hay que trabajar en la

generación de políticas intersectoriales (23), concibiendo la salud como un proceso social, con diferentes dimensiones dentro de las cuales se pueden mencionar las económicas, políticas, culturales, epidemiológicas y del comportamiento (24,25).

Es fundamental que en el discurso de la promoción de la salud y de la generación de políticas públicas saludables, las acciones no se circunscriban a las redes de servicios de salud sino que involucren a la totalidad del tejido social, de los actores estatales y no estatales, gubernamentales y no gubernamentales (26,16), con énfasis en el abordaje intersectorial y en la participación social, ya que usualmente estas políticas se originan en diversos sectores y no necesariamente en el sector salud con una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud (16).

La formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas en el área de salud debe tener en cuenta la heterogeneidad del desarrollo regional y local, económico y social, cultural y étnico. Para que la formulación de las políticas en el área de salud sexual y reproductiva tenga un impacto positivo, debe generarse a partir del empoderamiento de la comunidad (12,16,22), para lograr no solo un mayor control de la salud individual sino en un mayor control social y ciudadano de los procesos políticos, sociales y culturales (27). Tener en cuenta el clima social y político, es decir, el contexto medio ambiental en el que se va a tomar la decisión, tales como cambios demográficos de población, alianzas entre partidos políticos o cambios en sus prioridades, los acuerdos institucionales, los medios de comunicación. También se debe fomentar, en los diferentes actores, la práctica de procesos de abogacía en lo referente a la negociación y petición de

rendición de cuentas, así como fortalecer el poder de convocatoria del sector salud para la negociación, concertación y obtención de compromisos intersectoriales (16,21).

El Ministerio de la Protección Social, al formular el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, considera algunos de los elementos planteados anteriormente y establece como primera línea para el desarrollo de las políticas en salud la promoción de la salud y la calidad de vida, lo cual permite integrar el tema salud con los otros sectores, para permitir un abordaje integral del concepto de calidad de vida (10,11).

Para implementar la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, las entidades territoriales deberán formular un Plan de Salud Sexual y Reproductiva que desarrolle los principios orientadores y estrategias de la misma (4,28,29), articule las intervenciones de los diferentes planes de beneficios alrededor de las siguientes líneas de intervención: **Maternidad Segura, Planificación familiar, Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes, Cáncer de cuello uterino, Infecciones de Transmisión Sexual – VIH/ SIDA.**

Es importante señalar que el sistema de información existente no satisface las demandas de información necesaria para monitorear la gestión integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y, en especial, para el seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud pública y el análisis oportuno de la situación de salud (22,15).

En cuanto a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de los y las adolescentes se deben incluir aspectos como el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y

sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción (2,7,9). Los datos expuestos en este artículo muestran el poco impacto que las medidas planteadas han generado en la salud de nuestros jóvenes. Recordemos lo que menciona Millio, en lo referente a las decisiones que sobre las prácticas de autocuidado de la salud adoptamos los seres humanos:

“Los estilos de vida no son, únicamente, un problema de libre elección sino de oportunidades disponibles para las diferentes personas. Los estilos de vida son patrones de elecciones hechos desde las alternativas que son posibles a las personas, de acuerdo con sus circunstancias estructurales (sociales, culturales, económicas, de género) y con la facilidad con la que es posible elegir ciertas alternativas sobre otras” (16).

CONCLUSIONES

Se deben tomar acciones de liderazgo urgente, y para poder pasar de la teoría a la práctica, hay que negociar y concertar para que la formulación y la ejecución de políticas públicas en el área de la salud, particularmente de la sexual y reproductiva de nuestros adolescentes, generen modificaciones importantes del perfil epidemiológico, y se logre una sostenibilidad de ellas en el tiempo; y para obtener esta condición es esencial el respaldo comunitario y el abordaje intersectorial (8,10,11,16). Se debe trabajar en fortalecer, en nuestra sociedad, características que evidencien la prioridad que se le da a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (5,7,29). A continuación se muestran las características de una sociedad amiga de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes:

- Demuestran un compromiso político, en el cual el Estado reconoce que la salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental del ser humano, se hace responsable de la promoción de la salud y de permitir el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven (4,15,18).
- Las políticas son explícitas, ya que las instituciones gubernamentales formulan, desarrollan y generan las condiciones adecuadas para que las entidades públicas y privadas pongan en práctica las políticas públicas que comprenden instrucciones claras y precisas destinadas a la promoción, prevención y atención de la salud sexual y reproductiva de la gente joven como derecho humano fundamental (11, 16, 28).
- La normatividad y las leyes vigentes, destinadas a hacer respetar los derechos sexuales y la pluriculturalidad, protegen de la explotación a las personas vulnerables, reconocen los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (24, 25).
- Protegen a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos fundamentales como educación, salud y empleo, así como los de toda la población (15, 21, 23).
- Existe un acceso equitativo a la educación sexual integral acorde con la edad, a todo lo largo de la vida (24, 27).
- Garantizan el acceso de las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva y cuentan con un grupo de profesionales capacitado e idóneo en la resolución de problemas e inquietudes de índole sexual y reproductiva. Esto incluye ofrecer a los profesionales programas de capacitación y actualización en salud sexual y reproductiva (16, 22, 24).

- Apoyan e incentivan la investigación en todos los campos de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes (8, 13, 16).
- Promueven y articulan el trabajo coherentemente organizado, con los mismos objetivos y metas, entre los diferentes sectores y organismos del Estado y la sociedad civil (16).

Es urgente y prioritario preparar a los jóvenes a desarrollar una actitud positiva y responsable relacionada con su sexualidad, a través de la implementación de verdaderos procesos de educación sexual que incluyan a la familia como núcleo socializador por excelencia (12,21,22) y que comprenda tópicos como la formación integral de niños y jóvenes, e incluya aspectos fundamentales como la autoestima, así como información científica y elementos de reflexión para incorporar la sexualidad de forma plena, enriquecedora y saludable en todas las etapas de la vida, acorde con el entorno histórico, social y cultural en que se vive. Además, que promueva un pensamiento crítico, con adopción de actitudes positivas hacia la sexualidad que permita al joven reconocerse, identificarse y aceptarse como ser sexual durante todo el transcurso de la vida sin temores, ni sentimientos de culpa, desarrollar roles sexuales que proporcionen relaciones de respeto y equidad entre las personas, superando toda discriminación de género (5,22,24). Dar valor a la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos, estimular el conocimiento y el vínculo con el propio cuerpo como elemento de autoestima y del autocuidado de la salud, favorecer conductas sexuales conscientes, placenteras, libres y responsables hacia uno mismo y los demás (4,8,9). Mejorar la comunicación en la pareja, promover con-

ductas de responsabilidad compartida con la pareja en lo que respecta a planear un embarazo, uso de métodos de planificación y prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

Cabe recordar que la clave en el concepto de políticas públicas saludables es el de la intencionalidad. Todas las políticas, públicas o corporativas, pueden producir efectos colaterales no intencionados. Solo se entiende por política pública saludable aquella que deliberadamente trata de obtener beneficios en salud (16).

REFERENCIAS

1. Departamento Nacional de Planeación- PNUD. Informe de Desarrollo humano para Colombia Bogotá: TM Editores; 1998.
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la Atención del Adolescente. Serie Paltex; 1999.
3. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia; 2005.
4. Profamilia: Sexualidad y reproducción. ¿Qué derechos tienen las colombianas y los colombianos? Bogotá: Profamilia; 2006.
5. Population Reference Bureau. La juventud mundial 2006. Proyecto BRIDGE.
6. Organización Mundial de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua Guatemala. Guatemala; 2000.
7. Pan American World Health Organization, Regional Office of the World Health Organization, University of Minnesota. A portrait of adolescent health in the caribbean; 2000.
8. Ministerio de la Protección Social-República de Colombia-Política de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá; 2003.
9. Ministerio de Educación Nacional, Proyecto Educación para sexualidad y construcción de ciudadanía hacia una política pública. Colombia, diciembre; 2005.

10. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Programa de Apoyo a la reforma de Salud, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Bogotá; mayo 2007.
11. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia, Circular Externa N° 18 de 18 de febrero de 2004. Lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004 - 2007 y de los recursos asignados para salud pública.
12. Jáuregui S. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Bogotá: Panamericana; 1998.
13. Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar social Canadá. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Noviembre de 1986.
14. Franco Agúdelo S. La salud pública hoy. Universidad Nacional; 2003.
15. Foro la Salud en el Plan Nacional de desarrollo 2002 - 2006 hacia un estado Comunitario. República de Colombia.
16. Restrepo Málaga. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Panamericana; 2001.
17. Hilacha Méndez E. Una agenda para la salud. Sao Paulo: Editorial Hucitec; 1996.
18. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social en Salud.
19. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007(10 de agosto de 2007). Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010
20. Cataño R. Medicina, ética y reformas a la salud - Hacia un nuevo contrato social con la Profesión Médica. Bogotá: ECOE Editores; 2000.
21. Secretaría Distrital de Salud, Modelo de servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes del Distrito Capital. SDS. Bogotá; 2004.
22. Seminario Taller Internacional. Educación Sexual en Adolescentes. Universidad del Norte Barranquilla; julio 2006.
23. Guidelines for Comprehensive Sexuality Education (Criterios para una Educación Sexual Integral), National Guidelines Task Force, y el Report of the National Comisión on Adolescent Sexual Health (Informe de Laomisión Nacional sobre Salud Sexual Adolescente) de Siecus. Criterios Adoptados por OPS en Colaboración con la World Association For Sexology en la Publicación "Promoción de Salud Sexual: Recomendaciones para la Acción"; mayo 2000.
24. Escuela de Género. Proyecto "Evaluación cualitativa de programas de salud sexual y reproductiva en poblaciones jóvenes de Bogotá y Cali, una lectura de género, clase, "color de piel" y orientación sexual. Bogotá: Universidad Nacional - CES; 2004.
25. Universidad Distrital "Francisco José de Caldas". Colciencias. Cultura y sexualidad en Colombia; 1999.
26. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. Bogotá: Fundación FES; 1999.
27. Lara RM. Medicina y cultura. Bogotá: Manual Moderno; 2004.
28. Roth Deubel A.N. Políticas públicas. Bogotá: Ediciones Aurora; 2006.
29. República de Colombia. Constitución Política de Colombia; 1991.