

Políticas públicas de prevención de natalidad diseñadas por el Estado Colombiano



María Fernanda Amézquita Sánchez

4401848

Universidad Militar Nueva Granada

Facultad de Ciencias Económicas

Dirección de Posgrados

Especialización en Finanzas y Administración Pública

Bogotá D.C.

2018

Tabla de Contenido

Resumen.....	IV
Abstract.....	V
Introducción	- 1 -
Objetivos.....	- 2 -
Pregunta problema	- 3 -
Marco teórico	- 3 -
1. Diagnóstico de la salud sexual y reproductiva a nivel mundial.....	- 3 -
2. Política Pública. Generalidades.	- 4 -
3. Evaluación de las políticas públicas.	- 5 -
4. Salud pública.....	- 7 -
5. Políticas públicas en Salud.....	- 10 -
6. Políticas públicas en Colombia para la reducción de la natalidad.	- 10 -
7. Resultados de la implementación de las políticas públicas.	- 14 -
8. Marco jurídico relacionado con los derecho a la salud, la salud sexual y reproductiva y con la prevención, promoción de la natalidad en Colombia.	- 15 -
9. Estudios demográficos y control de natalidad en Colombia.....	- 24 -
10. Efectos del crecimiento poblacional en Colombia.....	- 26 -
Conclusiones.....	- 28 -
Bibliografía.....	- 31 -

Lista de Tablas

Tabla 1.....	- 15 -
<i>Recursos invertidos en la Política pública Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes</i>	<i>- 15 -</i>

Resumen

El presente artículo tiene como propósito determinar la efectividad de las políticas públicas actuales de prevención de la natalidad diseñadas por el Estado colombiano, para ello se consultaron diferentes fuentes de información de tipo secundarias relacionadas con el crecimiento demográfico, las políticas públicas dirigidas a la prevención de la natalidad y los resultados obtenidos de su implementación, el marco jurídico vigente y la identificación de los problemas que genera el crecimiento demográfico desproporcionado, entre otros aspectos. Luego de ser revisada, procesada y analizada la información recopilada se concluye que el Estado Colombiano ha formulado diversidad de políticas públicas para el control de la natalidad entre las cuales se pueden mencionar la estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública, ofrecimiento de métodos anticonceptivos modernos, además de decretar una ley que garantiza y promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio, con el propósito de fomentar la paternidad y la maternidad responsable, la planificación familiar, el cuidado a la salud, la disminución de la tasa natalidad y en definitiva la calidad de vida de sus ciudadanos.

La implementación de las políticas públicas antes mencionadas ha generado una leve disminución de la natalidad en los últimos años, siendo necesario su reforzamiento debido a que el crecimiento demográfico de la población colombiana, puede desencadenar en las próximas décadas problemas de diferentes índole siendo los niños y niñas los más perjudicados debido a que en muchos casos son concebidos sin planificación y cuyos progenitores adolecen de los recursos económicos necesarios para garantizarles óptimas condiciones de vida, generando un círculo vicioso de pobreza, desnutrición, marginalidad, maltrato, cuyas consecuencias deben ser

asumidas por el Estado que se traducen en bajo crecimiento económico, elevado gasto público, incremento de la tasa de desempleo formal, deficiente cobertura en educación y salud entre otros.

Palabras clave: políticas públicas, natalidad, prevención, planificación familiar, salud, demografía, crecimiento poblacional, vasectomía, pomeROI.

Abstract

The purpose of this critical article is to determine the effectiveness of the current public policies for the prevention of births designed by the Colombian State. To this end, different sources of secondary information related to population growth were consulted, public policies aimed at the prevention of the birth rate and the results obtained from its implementation, the current legal framework and the identification of the problems generated by the disproportionate population growth, among other aspects. After reviewing, processing and analyzing the information collected, it is concluded that the Colombian State has formulated a diversity of public policies for birth control, among which we can mention the strategy of Friendly Health Services for Adolescents and Youth, education program for sexuality and construction of citizenship, National Sexual and Reproductive Health Policy and the National Public Health Plan, offering modern contraceptive methods, as well as decreeing a law that guarantees and promotes the ligation of vas deferens or vasectomy and tubal ligation of Fallopian, with the purpose of promoting the paternity and the responsible maternity, the family planning, the care to the health, the diminution of the natality rate and in definitively the quality of life of its citizens. The implementation of the aforementioned public policies has generated a slight decrease in the birth rate in recent years, its reinforcement being necessary because the demographic growth of the Colombian population can trigger, in the coming decades, problems of different kinds, being the children the most harmed because in many cases they are conceived without planning and whose parents suf-

fer from the necessary economic resources to guarantee optimal living conditions, generating a vicious circle of poverty, malnutrition, marginalization, abuse, whose consequences must be assumed by the State that translates into low economic growth, high public spending, increase in the formal unemployment rate, deficient coverage in education and health among others.

Keywords: public policies, birth, prevention, family planning, health, demography, population growth.

Introducción

El diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a transformar de manera radical las realidades sociales, se constituye en uno de los objetivos primordiales de los entes del Estado. La complejidad de este propósito exige utilizar todos los recursos humanos, conceptuales y metodológicos posibles, para que esas políticas se conviertan en los instrumentos eficientes a través de los cuales se logre el mejoramiento de las condiciones de vida y el motor de desarrollo de la población hacia la cual están dirigidas.

La administración pública está sometida constantemente a presiones por parte de la sociedad civil para que implemente acciones dirigidas a aumentar la eficacia y eficiencia de su gestión, debido a ello, cada vez se hace más necesario las evaluaciones de programas y políticas públicas, más allá de cuestionamientos de tipo técnico o relativas al cumplimiento de requisitos formales, pasando a ser concebido como un aspecto indispensable de la adecuada gobernanza. En tal sentido, dentro de las disciplinas involucradas en la evaluación de la gestión de la administración pública se encuentran la economía, estadística, ciencias políticas, sociología, salud, educación, administración, y en general todas aquellas áreas del conocimiento que guarden relación con los fines que persigue el Estado a través de la implementación de políticas públicas.

En este sentido, es preciso señalar que a nivel mundial existe consentimiento sobre las profundas transformaciones en el abordaje de la sexualidad y la reproducción. En este contexto, es preciso señalar que en Colombia, en los últimos años se han evidenciado avances significativos relacionados con este tema producto de la implementación de políticas públicas a través de las cuales se han abordado esta problemática, lo cual ha incidido en la reducción de la tasa de natalidad, control en la proliferación de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS), fortalecimiento de la capacidad para ejercer la autonomía sobre el uso de anticonceptivos modernos,

apertura de servicios especiales para la prevención sexual en adolescentes, atención de eventos como las violencias sexuales y la atención integral del VIH, entre otros temas.

La prevención, promoción, abordaje, exigibilidad y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, ha generado beneficios que comienzan a observarse en la sociedad, pero que también exige al Estado la creación de políticas públicas cada vez más eficientes sobre la sexualidad y la reproducción fundamentadas en la solidaridad, el bienestar y el desarrollo humano sostenible, que permita mejorar las condiciones de vida de los colombianos y lograr alcanzar los objetivos del milenio cuyo propósito está focalizado en la reducción de la pobreza y las desigualdades existentes en los países.

El presente artículo tiene como propósito determinar la efectividad de las políticas públicas actuales de prevención de la natalidad diseñadas por el Estado colombiano, por tal motivo, se identificaran las políticas públicas que en esta área de la salud sexual y reproductiva se han implementado en los últimos años, su alcance, los beneficios que han generado y los resultados que se han obtenido con su implementación. La información utilizada para el estudio se obtuvo de fuentes secundarias que permitieron conocer los aspectos necesarios para el logro de los objetivos planteados.

Objetivos

Objetivo general.

Determinar la efectividad de las políticas públicas actuales de prevención de la natalidad diseñadas por el Estado colombiano.

Objetivos específicos.

Identificar las políticas públicas actuales dirigidas a la prevención de la natalidad diseñadas por el Estado colombiano.

Establecer el alcance de las políticas públicas de prevención de natalidad diseñadas he implementadas por el Estado colombiano.

Analizar los resultados de la implementación de políticas públicas de prevención de la natalidad diseñadas por el Estado colombiano.

Pregunta problema

¿Cuál ha sido la efectividad de las políticas públicas actuales de prevención de la natalidad, diseñadas por el Estado colombiano?

Marco teórico

1. Diagnóstico de la salud sexual y reproductiva a nivel mundial.

A nivel mundial la situación que caracteriza la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ha permitido a los Estados concientizarse sobre la necesidad de comprender una realidad cada vez más preocupante debido a los impresionantes datos que revelan que las acciones implementadas en los últimos años no han sido efectivas, estimándose el retardo por lo menos en 10 años el cumplimiento de los compromisos adquiridos en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo realizada en el año 1994, de acuerdo a la publicación del Fondo de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas (UNFPA, 2004), donde adicionalmente se expone que:

... En caso de que esas mujeres tuvieran acceso a métodos anticonceptivos modernos, se evitarían aproximadamente 52 millones de embarazos no deseados, se impedirían 23 millones de abortos inducidos, 23 millones de nacimientos no planeados, 1.4 millones de muertes de niños y 142.000 fallecimientos relacionados con embarazos. (p.6).

Como puede observarse, las cifras antes expuestas evidencian una dramática situación a

nivel mundial relacionada con la SSR, situación que está estrechamente relacionada con el nivel de desarrollo de los países, así como también con las condiciones socioeconómicas y educativas, ameritándose una mayor inversión dirigida a la atención de salud y educación, dirigidas a alcanzar o al menos acercarse a las metas del Milenio establecidas por las Naciones Unidas, entre las que se encuentra reducir el número de personas que viven en pobreza extrema.

En lo que respecta a América Latina y el Caribe, Maine y otros 1997, (como se citó en Burgos 2015) señalan que:

... los avances de los últimos 20 años han sido menos en prevención de los embarazos de adolescentes, los abortos, las defunciones maternas, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, y hay diferencias considerables en la disponibilidad y la calidad de servicios y educación integrales en materia sexual para los jóvenes, así como en el acceso a ellos, especialmente en los países de ingreso bajo. (p.10)

2. Política Pública. Generalidades.

El término política pública es definido por Thoenig 1992, (como se citó en Grisales y Giraldo, 2008) como "...el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental frente a un problema o en un sector relevante de su competencia" (p.79). Complementando lo antes expuesto, Grisales y Giraldo (2008) explican que "las políticas públicas se sustentan en determinadas posturas políticas que conforman los factores de viabilidad y factibilidad de la política pública en cuestión" (p.79).

Por su parte, Olavarría 2007, (como se citó en Burgos, 2015), expone que "las políticas públicas son intervenciones del Estado para eliminar o reducir un problema público" (p.21), en tal sentido para lograr que una política pública sea cónsona con el problema de orden público que se pretende solucionar con su implementación debe seguir un orden lógico el cual a grandes ras-

go consiste en identificar las necesidades que se presentan en la sociedad, formular posibles soluciones, incorporarlas dentro del plan de gobierno y luego se implementan mediante estrategias o programas de acción. Cada una, la política, el programa o la estrategia están supeditados a diferentes niveles en la escala de poder dentro de las organizaciones sociales y políticas, nacionales e internacionales. (Burgos, 2015).

De la definición antes expuesta se comprende que una política pública, constituye un lineamiento estratégico o programa de acción a través de las cuales el poder público (gobierno central, regional, o municipal; ministerios, organismos, entes territoriales, entre otros) en virtud de la competencia que le confieren las leyes busca la reglamentación, intervención, provisión de prestaciones, represión, entre otros, con la finalidad de dar respuesta a una problemática social que afecta un área geográfica o sector social específico.

El diseño e implementación de políticas públicas, tienen como propósito transformar las realidades sociales, por tanto deben estar dirigidas a la población como depositaria real de la acción del Estado. Debido a la complejidad que supone el logro de este propósito es necesario aplicar todos los recursos humanos, conceptuales, metodológicos, logísticos y financieros posibles para que esas políticas públicas se constituyan efectivamente en el mejor medio para un mejor futuro y apalanque diversos procesos centrados en el desarrollo de las personas (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

3. Evaluación de las políticas públicas.

Los métodos para realizar evaluaciones más utilizadas en la economía son los de análisis de eficacia y eficiencia, sintetizados en ambos casos mediante indicadores. A través del análisis de eficacia se pretenden conocer o estimar los resultados de una determinada intervención públi-

ca sin considerar como una variable de estudio los costos de los objetivos a alcanzar; por el contrario, los análisis de eficiencia incluyen los costos y sus posibles alternativas.

La evaluación de las políticas públicas bajo los modelos de análisis de eficacia, suelen emplearse como parámetros los denominados indicadores, los cuales están asociados a una magnitud específica de una actividad, o un proceso, o un sistema, entre otros aspectos a ser evaluados que miden cuantitativamente, aunque siempre de forma aproximada, los objetivos a cumplir por la intervención y comparación de estándares, evaluar periódicamente la programación de una medida, el efecto obtenido, grado de calidad con la que se está ejecutando o ha sido ejecutada, etc.. Los indicadores cumplen, una función descriptiva, aportando información sobre una situación determinada o el estado de un sistema y su evolución en el tiempo, y una función valorativa, que permitir apreciar los efectos provocados por una actuación.

Su fin principal es ayudar a los actores de la intervención pública a comunicar, negociar o a tomar decisiones de cambio en las formas de gestión, ritmo de los programas, etc.; en el marco de una evaluación, los indicadores más importantes están vinculados al criterio de éxito de las intervenciones.

Algunos autores han establecido las características y o propiedades que deben tener los indicadores. Navarro (1997, como se citó en Muñoz, Pérez, Muñoz, y Sánchez, 2013), al tratar los indicadores de gestión, como aquellos que permiten el control de la eficacia, eficiencia y economía del gasto, establece que deben cumplir ciertos propósitos, entre ellos: (i) lograr la medición de una determinada realidad como objetivo fundamental; (ii) ser la expresión numérica de los objetivos previstos (iii) realizar mediciones no necesariamente económica; (iv) realizar comparaciones entre distintas instituciones o momentos diferentes contribuyendo a la valoración; (v)

detectar las acciones imprevistas no identificadas en los estándares; (vi) valorar la gestión realizada por una determinada institución, entre otras.

Otras propiedades que han sido señaladas Prieto 2001, (como se citó en Muñoz et. al, 2013), “son las de simplicidad de estimación, precisión, sensibilidad, univocidad, objetividad, pertinencia, accesibilidad, mensurabilidad, fiabilidad, inalterabilidad, imputabilidad, representatividad, adecuación al objetivo y auditabilidad”. (p.17)

En lo que respecta a los análisis de eficiencia, los métodos generalmente empleados para determinar la eficiencia del sector público son: análisis costo-beneficio, análisis costo eficacia y los análisis econométricos; pudiendo utilizarse además determinados indicadores de eficiencia. En este sentido, es preciso señalar que si bien los métodos económicos son indispensables, tienen como limitante que sólo ofrecen una perspectiva parcial y su supuesta superioridad se debe a la fascinación que ofrece su precisión matemática, que lleva a pensar a los responsables de la adopción de programas que ofrecen respuestas definitivas y globales (Vedüing, 1997). Por otra parte destacar que los gobiernos no siempre tienen objetivos de eficiencia y de maximización del bienestar, sino que se pueden plantear las cuestiones en términos de eficacia respecto a objetivos económicos, sociales, políticos y burocráticos (Bejarano, 1998) que los modelos de evaluación económicos no serían capaces de recoger suficientemente.

4. Salud pública

En el marco de los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, la salud pública se concibe como

... el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera

individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. (Ley 1122 de 2007, p.6).

A tal efecto, las acciones dirigidas a garantizar el derecho constitucional de seguridad social de los ciudadanos es responsabilidad del Estado Colombiano, es decir, que le corresponde su conducción, regulación, financiación, vigilancia, control y armonización de la prestación de los servicios de salud, para lo cual además deberá promover la participación responsable de los diferentes sectores de la comunidad involucrados.

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Salud pública tiene entre sus objetivos, “fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión; desarrollar las características y condiciones del recurso humano en salud, y elaborar procesos permanentes de investigación dirigida a mejorar las condiciones de salud individuales y colectivas”. (Departamento Nacional de Planeación, 2009, p.2).

Otros ámbitos importantes para el análisis de los cursos de acción de la salud pública, tienen que ver con la vigilancia epidemiológica, es decir, el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; así como también la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en general; la inclusión de los ciudadanos en los procesos de planeación en salud; capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; el desarrollo y capacitación del recursos humanos dedicado a la salud pública; la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud, entre otras áreas de interés.

Siendo así, las políticas, políticas y programas en materia de salud pública deben estar en concordancia con la evolución demográfica y epidemiológica de la población en general o comunidad específica a la cual va dirigida. En este sentido, y para dar respuesta permanente a di-

chas transformaciones, el Estado avanza en los procesos de construcción de políticas y de investigación en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema de Protección Social, del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y del sector salud en general, tiene la responsabilidad de generar de forma integral, las acciones de salud con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, para mejorar las condiciones de salud de la población.

Dentro de estas acciones concretas, se formula el Plan Decenal de Salud Pública, siendo producto del Plan Nacional de Desarrollo para cada periodo de gobierno, a través del cual, entre otros objetivos, se busca reducir la inequidad en salud con un enfoque de determinantes sociales mediante el cual se espera garantizar de forma concreta el disfrute del derecho a la salud, modificar las condiciones de vida tendientes a mejorar la situación de salud y disminuyen las enfermedades existentes, con el fin de impactar sobre los indicadores de mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables.

En este orden de ideas, es preciso destacar que la salud pública en Colombia se financia con recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación, además con recursos obtenidos del Sistema General de Participaciones y con recursos propios que aportan cada una de las entidades territoriales. El centro de acción bajo los cuales el Ministerio de la Protección Social, implementa la política de salud pública, se encuentran los siguientes: la prevención y promoción de la salud, vigilancia en salud pública, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), VIH/SIDA, entre otros. En este contexto, la promoción y prevención de la salud, se concibe como

El proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los de-

terminantes de la salud y la reducción de la inequidad, que se implementan a través de la formulación de política pública, la creación de ambientes favorables a la salud, el fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, el desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud. (Departamento Nacional de Planeación, 2009, p.3).

5. Políticas públicas en Salud

Las líneas de acción relacionadas con las políticas públicas en materia de salud de acuerdo según Departamento Nacional de Planeación (2009), establecido en el Plan de Desarrollo de Colombia, son las siguientes: (i) fortalecimiento del aseguramiento para hacer posible el mayor acceso y uso de los servicios; (ii) garantía de sostenibilidad financiera del SGSS; (iii) mejoramiento del acceso y la prestación de servicios de salud en el SGSSS y (iv) acciones prioritarias en salud pública, dentro de las cuales se incluyen el programa ampliado de inmunización, la política de salud sexual y reproductiva (SSR) y la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas sexualmente y por vectores.

En tal sentido, es preciso señalar que las políticas establecidas en el Plan de Desarrollo de Colombia, indican unas directrices generales de acción, que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), particularmente en lo relacionado con la disminución de la mortalidad materna e infantil y el control del VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades

6. Políticas públicas en Colombia para la reducción de la natalidad.

En los últimos años el gobierno Colombiano, a través de sus ministerios y demás instituciones del Estado ha implementado políticas, programas y estrategias que abordan la SSR y los derechos reproductivos. En tal sentido, Burgos (2015), realizó una revisión de las políticas, pro-

gramas y estrategias adoptadas por los países de América Latina, con base en las respuestas al cuestionario estructurado de la Encuesta Mundial sobre el cumplimiento de los acuerdos llegados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) después de 2014, siendo la información suministrada por los ministerios de salud y entidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva en los 20 países que forman parte de América Latina.

En tal sentido, la información suministrada por el Estado colombiano, presentada por Burgos (2015) referida a las políticas públicas relacionadas directamente con la SSR y los derechos reproductivos implementadas en los últimos años son las siguientes: (i) Estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes, implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social entre los años 2007 y 2012, estuvo dirigida al grupo de adolescentes y jóvenes. Su propósito consistió en la prevención del embarazo en adolescentes, a través del acceso a información, orientación y atención cálida, oportuna y de calidad, con servicios pertinentes en términos sociales, etarios y culturales, para lo cual se desarrollaron espacios de construcción colectiva con la participación de jóvenes. Esta estrategia también permitió cumplir con el objetivo de la Conferencia Internacional sobre la Planeación y el Desarrollo (CIPD) de mejorar el acceso a servicios integrales de SSR para adolescentes; (ii) Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, implementado desde 2008 por el Ministerio de Educación para niños y adolescentes; (iii) Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública, dirigida a toda la población, con un período de vigencia entre 2012 y 2022, a cargo de la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer. A través de esta política se incorpora el control prenatal, acciones de prevención, salud sexual para adolescentes y jóvenes y planificación familiar para hombres y mujeres, además incluye medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud, como prestaciones de promoción y

prevención, gratuitas y obligatorias; (iv) Ofrecimiento de métodos anticonceptivos modernos: Implante subdérmico de levonorgestrel, anticonceptivos hormonales orales de baja dosis e inyectable mensual y los condones masculinos de látex en casos de pacientes con diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre otras.

Aunado a lo anterior, según información obtenida del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES, 2005) se expone que en SSR, el Ministerio de Protección Social (MPS) ha implementado un proyecto de información, educación y comunicación masiva e interpersonal para la promoción de la SSR y prevención de la fecundidad en adolescentes bajo el lema “Derechos convertidos en hechos”. Igualmente, se han desarrollado campañas publicitarias, de información y comunicación para la reducción del embarazo en adolescentes y de la mortalidad materna: “free press” (126 publicaciones en 45 días, radio, TV.); línea información gratuita, página web, comerciales de TV y radio y medios impresos. Adicionalmente, se conformaron cuatro centros asociados al Centro Latinoamericano de Atención Perinatal (CLAP), para apoyar la gestión de la política de SSR con énfasis en la vigilancia epidemiológica para reducir la mortalidad materna y perinatal.

De manera general se puede afirmar que las políticas, programas y estrategias implementadas por el Estado Colombiano en los últimos años, tienen como propósito mejorar la calidad de vida de la población específica a las cuales están dirigidas, considerando que la SSR se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a 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 (DSR).

Evidenciándose por tanto, la preocupación del Estado Colombiano de garantizar a sus ciudadanos los derechos constitucionales consagrados en la Constitución Política de 1991, debi-

do a que la salud sexual y reproductiva y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera determinante el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país. Como puede observarse, las políticas públicas implementadas por el Gobierno Colombiano en los últimos años relacionadas a la SSR y los derechos reproductivos, tienen un amplio alcance, debido a que están dirigidas a:

Todos los ciudadanos, como el caso de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública, otras están focalizadas en niños, adolescentes y jóvenes como es el caso de la estrategia de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes y el programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía. Las políticas implementadas no realizan distinción de géneros.

En cuanto a su contenido, las políticas públicas implementadas, están dirigidas a: (i) promover la salud sexual y reproductiva dando respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital de mujeres, (ii) la prevención del embarazo en adolescentes, (iii) educación, a través del acceso a información, orientación y atención individualizada, oportuna y de calidad, (iv) control prenatal, (v) planificación familiar tanto en hombres como en mujeres, (vi) dotación de medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino, como prestaciones de promoción y prevención, gratuitas y obligatorias.

Debido a que el contenido de las políticas públicas abarcan diferentes aspectos relacionados con la SSR y los derechos reproductivos, los objetivos esperados a través de su implementación también son diversos, pudiendo mencionarse los siguientes: (i) concientizar sobre los derechos sexuales y reproductivos, (ii) disminuir la tasa de natalidad, (iii) reducir la mortalidad materna y las graves complicaciones que se pueden presentar durante el parto, (iv) reducir las posibilidades de embarazos no deseados, (v) desarrollar actitudes personales saludables en la pobla-

ción, (vi) disminuir la inequidad en los servicios públicos de salud entre la población, (vii) proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud sexual y reproductiva, (viii) reorientar los servicios de salud en función de las necesidades de los grupos sociales más vulnerados, (ix) promover la progeneración responsable y (x) disminuir de la pobreza, entre otros objetivos.

En cuanto al tiempo de implementación de las políticas públicas se observa que abarcan diferentes periodos, es decir, han sido formuladas con una duración mínimo 5 años hasta 10 años.

Finalmente, es preciso destacar que las políticas públicas antes referidas, son diseñadas e implementadas por diferentes entes de gobierno, tales como el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación para niños y adolescentes, y la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer abarcando todo el territorio colombiano.

7. Resultados de la implementación de las políticas públicas.

Las conclusiones expuestas por Moreno y Púa (2012), relacionadas con la política pública denominada servicio de salud amigable para adolescentes, a partir de la revisión de los resultados de su implementación, indican que el Estado Colombiano, ofrece servicios diferenciados para esta población, funcionando en un nivel medio de desarrollo, con el 64,55%, de acuerdo con las percepciones de los profesionales que trabajan en los mismos.

La preocupación de esta política pública se ha centrado en garantizar el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud de calidad, con énfasis en la atención de su salud sexual y reproductiva con el objetivo final de llegar a impactar indicadores de salud como lo es el embarazo adolescente, la morbilidad y mortalidad materna y las infecciones de transmisión sexual (ITS) VIH y Sida, para ello, se ofrecen servicios de anticoncepción de emergencia, pruebas de

embarazo, asesorías sobre salud sexual y reproductiva y citología cervico – vaginal en todo el territorio nacional.

Esta política pública es percibida por los adolescentes y jóvenes como accesible debido a que las instituciones donde se implementa es fácil de ubicar; además consideran que los profesionales utilizan lenguaje claro y comprensible, quienes además respetan la confidencialidad y asegura la privacidad.

En cuanto a los recursos económicos invertidos en la implementación del Modelo de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes provienen del Ministerio de Protección social, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y UNICEF. En el cuadro 1, se muestran las inversiones realizada por estas instituciones durante los años 2007-2011.

Tabla 1

Recursos invertidos en la Política pública Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes

Años	MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.	UNFPA	UNICEF	Total
2007	\$ 220.000.000	\$ 172.900.000		\$ 392.900.000
2008	\$ 400.000.000	\$ 92.447.385		\$ 492.447.385
2009	\$ 70.000.000	\$ 427.500.000		\$ 497.500.000
2010	\$ 430.000.000	\$361.000.000	\$ 510.000.000	\$ 1.301.000.000
2011	\$1.500.000.000	\$ 450.000.000	\$ 398.200.000	\$ 2.348.200.000
Total	\$ 2.620.000.000	\$ 1.503.847.385	\$ 908.200.000	\$ 5.032.047.385

Nota: Moreno y Púa (2012).

8. Marco jurídico relacionado con los derechos a la salud, la salud sexual y reproductiva y con la prevención, promoción de la natalidad en Colombia.

A continuación, se expone a grandes rasgos el marco jurídico vigente relacionado con los derechos a la salud, la salud sexual y reproductiva, la prevención y promoción de la natalidad, la

progenitura responsable, planificación familiar para hombres y mujeres entre otros temas relacionados donde se concibe el deber del Estado Colombiano en el marco del libre desarrollo de la personalidad de sus ciudadanos, que debe ser propiciado por las autoridades públicas con el propósito de garantizar una adecuada prestación de los servicios de salud, además de mejorar las condiciones de vida de la población en general.

Constitución Política de Colombia de 1991.

En la Constitución Política de Colombia de 1991 existen artículos que consagran derechos fundamentales como los relativos al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), libertad de conciencia (artículo 18), libertad de expresión (artículo 20), la familia (artículo 42), derecho de los niños (artículo 44), los cuales se citan textualmente para lograr su exacta comprensión de acuerdo a lo dispuesto por los constituyentistas:

“Artículo 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico” (p.3)

“Artículo 18. Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia” (p.3).

“Artículo 20. Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación” (p.3)

“Artículo 42. La ley reglamentará la progenitura responsable.

La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos....” (p. 8)

Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad físi-

ca, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. (p.9)

Adicionalmente, en la Constitución Política de Colombia de 1991 acerca de la salud establece en su artículo 49 lo siguiente:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la

ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad" (p.10).

Adicionalmente, la Carta Política de 1991, en su artículo 356 establece que los recursos del Sistema General de Participaciones, deberán destinarse de manera prioritaria a los servicios de la salud y educación garantizando la prestación y ampliación de la cobertura de los mismos.

Leyes

Ley 715 de 2001. Esta ley derogó la ley 60 de 1993, dictando normas orgánicas en materia de recursos, competencias y disposiciones para la organización de los servicios de educación y salud, entre otros.

Ley 812 de 2003 por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario, en el numeral 2 del literal c) del artículo 8º del capítulo segundo dentro de sus señalamientos sobre la ampliación y mejoramiento de la protección y la seguridad social, dispone lo siguiente:

Se fortalecerán e incrementarán las coberturas de aseguramiento en salud mediante un esfuerzo conjunto entre la Nación y los Entes Territoriales; la transformación de subsidios de oferta a demanda, que se realizará progresivamente a partir del año 2004; el recaudo efectivo de recursos para su financiamiento; y la mejor explotación del monopolio de juegos de suerte y azar. Con estas políticas se espe-

ra incorporar por lo menos cinco (5) millones de nuevos afiliados al régimen subsidiado de salud. (p.3)

Ley 100 de 1993, en lo atinente al tema de la atención básica en Colombia, estableció en su artículo 165 lo siguiente:

...El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental.

Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero que tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales" (p. 26).

Ley 344 de 1996, mediante la cual se dicta las normas tendientes a la racionalización del gasto público, con el objeto de disminuir el gasto y reasignar recursos hacia sectores definidos como deficitarios, para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población pobre y vulnerable.

Ley 1112 de 2007 a través de esta ley, se realizan modificaciones en el Sistema General

de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones, específicamente en el artículo 33 se establece que

El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar (p. 13).

De manera específica, en el literal l) del referido artículo, se especifica que el Plan Nacional de Desarrollo, debe incluir “acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna” (p. 13).

Ley 1412 de 2010, por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable. Dicha ley contentiva de 15 artículos está referida a grandes rasgos a: (i) la paternidad y la maternidad responsables como derecho y deber ciudadano y (ii) anticoncepción quirúrgica (gratuidad, financiación y cubrimiento; consentimiento informado y cualificado; prohibición: registro).

Decretos

Decreto 2174 de 1996, a través de este decreto se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo a lo planteado en la Ley 100, en donde se le atribuyen como características principales a la calidad de la atención en salud: la accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica; y como características adicionales; idoneidad y competencia profe-

sional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integralidad, continuidad, atención humanizada y satisfacción del usuario por la atención recibida.

Resoluciones.

Resolución 1531 de 1992 y Ley 360 de 1997, en dichos instrumentos jurídicos se destacan los derechos de las mujeres frente a su salud, especialmente los de aspectos sexuales, reproductivos y la dignidad humana, señalándose el derecho a ser tratada/o con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social; tener acceso gratuito a examen y tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA; examen y tratamiento para trauma físico y emocional, recopilación de evidencia médica legal.

Resolución 5261 de 1994 mediante el cual se establece el manual de procedimientos e investigaciones de obligatorio cumplimiento en el Plan Obligatorio de Salud (POS), siendo la herramienta jurídica que ampara las acciones realizadas con cargo a la UPC del contributivo, subsidiado y sirve como marco de referencia para no afiliados.

Resolución 3997 de 1996, donde se establece el Plan de Atención Básica (PAB), el cual hace referencia al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública, control de factores dirigidos a la colectividad, cuyo desarrollo corresponde en forma gratuita al Estado, según lo establecido en la Resolución 4298 de 1996. Adicionalmente, reglamenta las actividades de promoción en salud y prevención de la enfermedad, de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.), las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) e Instituciones prestadores de servicios de salud y establece los lineamientos para su evaluación y seguimiento.

Resolución 412 de 2000, mediante esta resolución se adoptan las normas técnicas, y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones relacionadas con (i) protección específica; (ii) detención temprana; (iii) atención integral; (iv) atención del parto (v) planificación familiar para hombres y mujeres; (vi) alteraciones del desarrollo 10-29 años, (vii) alteraciones de la gestación/cáncer cérvico, uterino y seno (viii) complicaciones del embarazo, (ix) ETS, VIH SIDA y (x) violencia contra la mujer y la infancia, entre otras.

Resolución 1973 de 2008, emanada por el Ministerio de la Protección Social por medio de la cual se modifica la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008, cambiando entre otros aspecto lo relativo a: (i) la consulta de planificación familiar, (ii) aplicación y retiro de dispositivo intrauterino (DIU) (inserción de dispositivo intrauterino DIU 69.7.1.00; extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino-DIU-SOD 97.7.1.00); (iii) DIU de intervalo; (iv) DIU postevento obstétrico (posparto y posaborto); (v) aplicación y retiro del implante anticonceptivo subdérmico (inserción de anticonceptivos subdérmicos 86.1.8.01; extracción de anticonceptivos subdérmicos por incisión 86.1.2.03).

Acuerdos.

Acuerdo 228 de 2002, emanado por el Ministerio de Salud – Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por medio del cual se actualiza el manual de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS) y se dictan otras disposiciones. En el referido acuerdo se define la lista de medicamentos esenciales para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre los cuales se hace mención a los anticonceptivos hormonales.

Acuerdo 229 de 2002, emanado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el cual se define la proporción de Unidad de Pago por Capitación - Subsidiaria (UPC – S) que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones. Es de resaltar que en el artículo 4 de dicho acuerdo se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el Régimen Subsidiado que se trasladan a cargo de los distritos y municipios.

A tal efecto, dentro de las acciones de promoción se especifica la salud sexual y reproductiva; así mismo, se menciona dentro de las acciones de prevención las relacionadas con la (i) atención en planificación familiar a hombres y mujeres, (ii) inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo - DIU (incluye el dispositivo); y (iii) suministro de anticonceptivos hormonales orales.

Circulares.

Circular 18 de 2004, en dicha circular se establece que 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 y estrategias de la misma, articule las intervenciones de los diferentes planes de beneficios en sus líneas de intervención (i) Promoción de

la SSR de adolescentes mediante estrategias en coordinación con el de educación y otros sectores; (ii) suministro de métodos anticonceptivos hormonales, de barrera y emergencia adolescentes no asegurados en poblaciones en condición de desplazamiento, zonas marginales y de riesgo; (iii) promover en las IPS el desarrollo de servicios de atención integral a los adolescentes, entre otras.

9. Estudios demográficos y control de natalidad en Colombia

Los estudios sobre demografía y salud indican que a partir del año 2010 se logró una disminución de un punto porcentual de la fecundidad en Colombia, quedando en el 19.5% de adolescentes que son madres o están embarazadas de su primer hija/o. Los expertos demógrafos, indican que para Colombia este hecho es muy significativo y denota un esfuerzo del Estado, en políticas y estrategias de salud pública. Por su parte la tasa de fecundidad de adolescentes de 15 a 19 años, que fue de 90 por mil nacidos vivos en el 2005 disminuye a 84 por 1.000 nacidos vivos en el 2010 (Ministerio de Salud y Protección Social, sf).

Según la encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) realizada por el ministerio de salud para este año, la proporción de adolescentes y de madres sin educación es casi 6 veces mayor a la observada entre las adolescentes con algún año de educación superior, el 55% de las madres adolescentes no tienen ningún nivel de educación, el 46% tienen solo educación primaria, la educación secundaria tiene un 18% y la educación superior un 11%. El embarazo adolescente aumenta del 9% a 11% entre las mujeres con educación superior y la proporción aumenta del 52% al 55% entre las mujeres sin educación.

Por regiones se observa aumento, predominantemente en la región Orinoquía y Amazonía (4.4%) a expensas principalmente de los departamentos de Amazonas (25.5 a 35.4%), Putumayo (19.8% a 32%) y Vichada (20.1% a 31,3%); y en la región Caribe, a expensas principalmente de

la Guajira (15.4% a 25.8%) y Atlántico (13.1 a 17;2%).

Las otras regiones, disminuyen la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas o madres, especialmente Bogotá (22.6 - 17.5) y la región central (21.5-19.2%), a expensas de Cauquetá. Otros departamentos que reducen de forma amplia este indicador son Meta (30.1 a 23.1%), Guaviare (29.9 a 23.3%) y Cauca (28.8 a 23.7%) (Departamento Administrativo Nacional Estadístico, s.f).

Es importante destacar que en ciudades como, Cali, Medellín y Bogotá, tuvieron una reducción de más de 5 puntos porcentuales en la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas. Estas ciudades son entre otras, las que desde el año 2007 implementan estrategias como servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en sus IPS públicas, fácil acceso a métodos modernos de anticoncepción, promoción de derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y joven, identificación y fortalecimiento de grupos redes y organizaciones juveniles y el programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.

Según Profamilia, una de las entidades más conocidas en el país en todos los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, el conocimiento de los métodos de planificación familiar, sigue siendo en Colombia casi universal, con un 99,8%. El uso de métodos anticonceptivos entre los 15 y 19 años en unión, aumenta de 57% en 2005 a 60,5% en el 2010. Entre las no unidas pero sexualmente activas, sigue siendo de 79%. La preferencia de uso de métodos en adolescentes unidas, varía, la píldora disminuye de 13,6% a 10%, el Dispositivo Intrauterino DIU de 12.8% a 4.2%, aumenta el uso de la inyección de 9.8% a 23,5% y del implante subdérmico de 0.1% a 7,5%. El uso del condón, permanece en 7.8%. Lo anterior evidencia un aumento en el uso de métodos modernos de anticoncepción en adolescentes.

10. Efectos del crecimiento poblacional en Colombia

Kleyn (2005) asegura que el crecimiento poblacional experimentado por Colombia en los últimos cincuenta años se ha multiplicado por 4 pasando de 11 millones de habitantes en 1950 a 44 millones, de acuerdo a la estimación más reciente, requiriendo por tanto la acelerada planificación, construcción y oferta de servicios públicos, instituciones educativas, asistencia social, infraestructura vial y de comunicaciones, desarrollo urbanístico, entre otros servicios, que al ritmo reproductivo existente en Colombia difícilmente puede ser asumido de manera exitosa.

En relación a este aspecto, Kleyn (2005) en entrevista realizada a Martínez (director técnico de censos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE), expone que el verdadero problema no será la cantidad de habitantes sino la distribución de éstos en el espacio, por edad y sexo. Al respecto, expone que “Una concentración de la población dificultaría la tarea del Estado para atender sus necesidades (educación, salud, vivienda) y el desempleo sería una de las primeras consecuencias, mientras que una distribución equilibrada se transformaría en fuente de productividad para el país” (p.1)

En este orden de ideas, expertos consideran que el atraso en el ámbito educacional se constituye en otra de las lamentables consecuencias de la multiplicación poblacional, debido a que los nuevos niños se quedarían sin educación completa y de calidad, generándose que este capital humano en potencia se desperdiciaría y se convertiría en una carga para el resto de la sociedad.

Adicionalmente, para los que obtienen educación, se requieren puestos de trabajo productivos, que si no son generados en la proporción que son requeridos, puede agravar paulatinamente los índices de desempleo, subempleo y pobreza que actualmente se encuentra en un nivel elevado. En tal sentido, el reto para los próximos gobiernos consistirá en incrementar la oferta de

puestos de trabajo a una tasa superior al aumento de la mano de obra. La oferta de empleo depende básicamente del crecimiento económico y este, a su vez, de unas condiciones generales sobre las cuales un gobierno tiene una influencia apenas limitada. En cambio, la posibilidad de influir sobre el crecimiento de la población es mucho mayor, ya que es un problema específico de educación y responsabilidad social.

Por otra parte, la transmisión de riqueza de una generación a la siguiente con el nivel de crecimiento poblacional que actualmente se experimental en Colombia resulta ser insuficiente, al igual que la atención de los padres y la transmisión de valores. En tal sentido el crecimiento poblacional incentivaría la violencia, delincuencia, consumo de sustancias psicoactivas, prostitución, abandono de niños, abortos, desnutrición, maltrato infantil, entre otros problemas sociales que terminan siendo una carga para el Estado.

Finalmente, el crecimiento exponencial de la población, genera una importante presión relacionada con el acceso a los recursos naturales limitados, elevados niveles de contaminación, grandes extensiones de tierras deforestadas, despilfarro de los recursos, entre otras condiciones ambientales presentes en los actuales momentos, haciendo que eventualmente resulte insostenible e inviable para las próximas generaciones.

Conclusiones

Una vez expuestos los resultados de la investigación, se procede a formular las conclusiones las cuales están dirigidas a dar respuesta a los objetivos planteados:

En relación al primer objetivo específico de la investigación encaminado a identificar las políticas públicas actuales dirigidas a la prevención de la natalidad diseñadas por el Estado colombiano, podemos establecer que aunque existen políticas, leyes y programas para el control de la natalidad en Colombia, no son lo suficientemente efectivas para mitigar el desproporcionado crecimiento demográfico que tiene el país. Desafortunadamente este es un tema que aún se puede considerarse como tabú y genera fricción entre muchos actores decisivos a la hora de la toma de decisiones estatales.

Las políticas actuales que buscan incentivar la maternidad y la paternidad responsable, están diseñadas en la mayoría de los casos para prevenir embarazos no deseados en los adolescentes y descuidan en gran medida el público adulto. Estas políticas no se basan en la educación de la ciudadanía sino en el abastecimiento de productos o medicamentos anticonceptivos dejando de lado lo verdaderamente esencial a la hora de concebir.

En cuanto al alcance de las políticas públicas de prevención de natalidad diseñadas he implementadas por el Estado colombiano afirmamos por los resultados y el transcurso de la investigación, que las políticas públicas actuales en este tema no tienen la difusión ni el alcance necesario para permear el total de la población objetivo, no existen las facilidades necesarias para acceder a la información, no existen campañas que informen a la comunidad de la existencia de estos modelos de prevención, los profesionales de la salud en una amplia mayoría no conocen la normatividad legal de todos los métodos anticonceptivos por ejemplo la ligadura de trompas de falopio y vasectomía.

Si hablamos del programa “servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ) podemos evidenciar que para acceder a sus tres modelos de atención los jóvenes y adolescentes deben trasladarse a unos puntos establecidos, lo que afecta negativamente a la población ya que requiere de tiempo y dinero para trasladarse hasta dicho punto. Además de esto cabe aclarar que el modelo señala que algunas de estos sitios deben estar dentro de las instalaciones de las IPS que prestan atención médica y que deben contar con una infraestructura básica para el desarrollo de las asesorías, además de contar con un profesional capacitado, siendo las IPS las encargadas de asumir los costos tanto de la preparación de los ambientes como la de la publicidad de la información, siendo esto visto por parte de ellos como un gasto y no como una inversión.

Es también importante hacer énfasis en que este programa siendo dirigido a personas entre los 10 y 29 años debería tener una difusión por medios tecnológicos masivos, ya que es la herramienta más utilizada por esta generación, donde se permita una interacción más privada y personal, pues a edades tempranas no es fácil abordar temas acerca de la sexualidad en presencia de los padres. Como se mencionaba uno de los puntos más relevantes e impactantes dentro de esta investigación fue el desconocimiento que tienen la mayoría de los profesionales de la salud en cuanto al total de los métodos anticonceptivos, lamentablemente hoy en día los médicos se limitan a utilizar los medios anticonceptivos convencionales y en la medida que se les solicita el método anticonceptivo definitivo son infinidad de excusas las que tienen para no practicar la cirugía.

A lo largo de la investigación pudimos concluir con respecto a este tema dos puntos i) Los profesionales de la salud desconocen la Ley 1412 de 2010 por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y

ligadura de trompas de Falopio como forma para fomentar la paternidad y la maternidad responsable, y ii) Aún en el siglo XXI se presentan casos en los que los médicos por sus creencias religiosas entorpecen los procedimientos médicos a los que los pacientes desean someterse.

Con relación al tercer objetivo donde se busca analizar los resultados de la implementación de políticas públicas de prevención de la natalidad diseñadas por el Estado colombiano, podemos concluir que gracias a estas políticas ha disminuido ligeramente en el número de embarazos adolescentes entre 15 y 19 años, para ser exactos se redujo un punto porcentual en las cifras comparadas con años anteriores, siendo este un avance significativo para Colombia ya que la tasa de embarazos no deseados venia en aumento en la última década.

Estos resultados también están directamente relacionados con el nivel de estudio de las madres, el número de madres sin ningún tipo educación, es 6 veces mayor al de las mujeres con educación superior, esto nos invita a motivar a las mujeres de todas las edades a que tengan un estilo de vida diferente, a que se empoderen y tracen un futuro basado en la toma de decisiones responsables, a ser autosuficientes y sobre todo que sean absolutamente consientes a la hora de concebir, de lo que implica traer una nueva vida al mundo y más a un mundo como en el que vivimos actualmente, donde los índices de maltrato infantil, trabajo infantil, agresión sexual, deserción escolar y abandono aumentan día a día.

En cuanto a la geografía colombiana se identificó aumento de embarazos en el Amazonas, Putumayo, Vichada, la Guajira y parte del Atlántico, mientras que en la zona central del país se notó una ligera disminución en Meta, Guaviare y Cauca. Es importante exaltar que en Cali, Medellín, y Bogotá se tona la mayor reducción de embarazos adolescentes ya que en ellas es donde más se aplican las estrategias de control natal y paternidad responsable.

Bibliografía

Bejarano, J.A. (1998), Economía de la Agricultura. Tm Editores, Santa Fé de Bogotá.

Burgos, A. (2015). Políticas públicas en América Latina para la reducción de la mortalidad materna, 2009-2014. Serie: Población y Desarrollo. Publicación de Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia (1996). *Ley 334 del 27 de diciembre de 1996 por la cual se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público, se conceden unas facultades extraordinarias y se expiden otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia (2001). *Ley 715 del 21 de diciembre de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia (2003). *Ley 812 del 26 de junio de 2003 por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado*. Bogotá D.C.:

Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia (2007). *Ley 1122 del 9 de enero de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

Congreso de la República de Colombia (2010). *Ley 1412 del 19 de octubre de 2010 por medio del cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes Social) - Departamento Nacional de Planeación (2005). Documento 91. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio – 2015. Bogotá, D.C.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de la República de Colombia (2005). *Acuerdo 306 del 16 de agosto de 2005 por medio del cual se define el plan obligatorio de Salud del régimen subsidiado*. Bogotá D.C.: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de la República de Colombia.

Constitución Política de Colombia (1991). 2da. Ed. Legis. Bogotá D.C.:

Departamento Nacional de Planeación (2009). Salud pública. Recuperado de

<https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/salud-publica.aspx>

Departamento Nacional de Planeación. Plan de Desarrollo, 2002-2006: hacia un Estado comuni-

tario. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co>.

Grisales, L. y Giraldo L. (2008). Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2008; 26(1): 78-89

Ministerio de la Protección Social (2008). *Resolución 1973 del 30 de mayo de 2008 por medio de la cual se modifica la norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008*. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia.

Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2004). *Circular 018 del 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*. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia

Ministerio de Salud de la República de Colombia (1992). *Resolución 1531 de 1992 sobre derechos de salud de las mujeres*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Ministerio de Salud de la República de Colombia (1994). *Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994 por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Ministerio de Salud de la República de Colombia (1996). *Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996 por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Ministerio de Salud de la República de Colombia (2000). *Resolución 412 del 25 de febrero de 2000 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Ministerio de Salud de la República de Colombia (2002). *Acuerdo 228 de 2002 por medio del cual se actualiza el manual de medicamentos del plan obligatorio de salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud de la República de Colombia.

Moreno D., y Púa, R. (2012). Servicio de salud amigable para adolescentes. Una revisión de su implementación y principales características. Editorial Académica Española. Núm. 1 (2013), pp. 1-30.

Pérez, A., Muñoz, A., y Sánchez, C. (2013). La evaluación de políticas públicas: Una creciente necesidad en la Unión Europea. *Revista de evaluación de programas y políticas públicas*. Num. 1 (2) p.p. 1-30

Presidencia de la República de Colombia (1996). *Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D.C.: Presidencia de la República de Colombia.

Vedüng, E. (1997). Utilización de la evaluación, *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, n° 30, pp. 69-80.