

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y LA PROMOCIÓN DE PROYECTOS DE VIDA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EDADES ENTRE 6 Y 19 AÑOS¹

Descripción de la Estrategia

El Conpes social 147 de 2012 define los lineamientos de la Estrategia fundamentada en una acción intersectorial que impulsa la construcción de capital social, generando un contexto propicio para la promoción de factores protectores, frente a la prevención del embarazo en la adolescencia. La Estrategia está fundamentada en el desarrollo de cuatro ejes estratégicos: 1) fortalecimiento intersectorial, 2) promoción del desarrollo humano y proyecto de vida, 3) oferta de servicios de educación sexual y de salud sexual y reproductiva y 4) monitoreo, seguimiento, evaluación y gestión del conocimiento.

Objetivo General de la Evaluación

Realizar una evaluación de procesos de la implementación de la Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes – NNAJ, en edades entre 6 y 19 años en una muestra de los municipios piloto, así como el levantamiento de una línea base, para en posteriores seguimientos, evaluar los resultados en la población beneficiaria.

Metodología de la Evaluación

Línea de base de resultados:

Teniendo como marco conceptual el modelo ecológico, se construyó una batería de indicadores que permite conocer el estado actual de los determinantes próximos del embarazo en la adolescencia, las variables interpersonales, intrapersonales, estructurales y de contexto, relacionadas con esta problemática. Adicionalmente, se construyeron modelos probabilísticos, con el fin de desarrollar algunas estimaciones preliminares de los posibles determinantes del embarazo adolescente. Las variables analizadas son las siguientes:

1. Determinantes próximos (variables de comportamiento):
 - Exposición al riesgo de embarazo
 - Anticoncepción
 - Fecundidad
2. Variables intrapersonales:
 - Escolaridad
 - Actividades relacionadas con Salud sexual y reproductiva
 - Fuentes de apoyo
 - Red social de apoyo
 - Expectativas de paternidad y maternidad
 - Costos de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva
 - Conocimiento de los servicios de SSR
 - Uso del tiempo libre y supervisión parental
 - Ingresos autónomos de los NNAJ

¹ Esta evaluación fue realizada por la Unión Temporal Econometría - SEI entre noviembre de 2013 y julio de 2014.

- Expectativas de ingreso en caso de tener un hijo
 - Migración
 - Percepción de metas en el futuro
 - Participación en grupos sociales
3. Variables interpersonales:
- Disponibilidad de apoyo
 - Estructura del hogar
 - Monitoreo en el hogar y apoyo parental
 - Nivel educativo
 - Violencia
 - Percepciones, actitudes y creencias

Para el levantamiento de la información se diseñó una encuesta dirigida a NNAJ entre los 10 y 19 años, en la cual se indagó por las variables anteriormente presentadas. El tamaño de la muestra fue de 5,288 NNAJ distribuida en 53 municipios de los 192 en donde se ha llevado a cabo el pilotaje de la Estrategia (Conpes 147). La muestra tiene representatividad a nivel de ocho regiones en las cuales se distribuyen los municipios priorizados: Amazonía, Orinoquía, Bogotá, Caribe, Centro y Santanderes, Eje Cafetero y Antioquia, Pacífico, Sur y Valle. Adicionalmente, se realizaron 3.649 a padres y cuidadores.

Evaluación de operaciones:

Se desarrolló la Metodología de Enfoque Sistémico, que se basa en el análisis del diseño operativo de la Estrategia: insumos, actividades, productos, fortalezas y dificultades en la implementación de la misma. El análisis se realizó tanto para el nivel nacional como para el territorial.

Se recolectó información a través de: 1) talleres delphos² con los coordinadores regionales de la Estrategia y con entidades del nivel nacional, 2) grupos focales con las mesas intersectoriales y 3) entrevistas a funcionarios relacionados con la implementación de la Estrategia en los niveles nacional, departamental y municipal.

Principales Resultados y Conclusiones

Línea de base componente de resultados:

- La edad promedio de la primera relación sexual está entre los 14 y 15 años y es menor en hombres que en mujeres. Adicionalmente, cerca del 12% de los hombres y del 6% de las mujeres encuestados manifestaron haber iniciado sus relaciones sexuales antes de cumplir 14 años. Diversos estudios han demostrado que existe una correlación negativa entre la edad de la primera relación y la probabilidad de quedar en embarazo.
- La mayoría de los adolescentes sólo desarrolla prácticas de cuidado una vez ha iniciado la actividad sexual penetrativa. Tan solo el 54% de los hombres encuestados utilizó condón en su primera relación sexual. En el caso de las mujeres en las áreas urbana y rural, las cifras descienden al 46% y 33% respectivamente.

² El Taller Delphos es una técnica de recolección de información diseñada con el fin de consultar la opinión experta de personas con amplios conocimientos de un tema en particular y conocer los diferentes argumentos que sustentan las diferentes opiniones consultadas y contrastarlas mediante debate.



- Los resultados muestran que, en general, los jóvenes no generan como hábito el uso de métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales. Tan sólo el 48% de los hombres y el 39% de las mujeres utilizan siempre condón. La cifra es aún más baja para las mujeres en el área rural donde tan sólo el 28% utiliza de manera regular este método.
- El 5% de los hombres y el 14% de las mujeres entre 14 y 19 años han tenido un embarazo o están esperando su primer hijo. **La diferencia con otras encuestas nacionales se debe a que la media de edad de esta evaluación es menor, así como la representatividad de la información.** Este valor de ningún modo evidencia una marcada reducción en las tendencias del fenómeno del embarazo en la adolescencia.
- Si se toma como denominador únicamente a los mayores de 14 años que ya han iniciado su actividad sexual, el porcentaje de embarazos en los hombres sube al 10%, mientras que en las mujeres alcanza el 33%, es decir, dentro de esta muestra, una de cada 3 mujeres mayores de 14 años con actividad sexual ha estado embarazada o está esperando su primer hijo.
- La frecuencia de embarazo en la adolescencia es significativamente mayor en las áreas rurales en donde cerca del 20% de los adolescentes han estado en embarazo, la cifra en las zonas urbanas es del 14%.
- El 28% de las adolescentes encuestadas que alguna vez han interrumpido sus estudios, lo han hecho por haber quedado en embarazo.
- Apenas un 60% de los jóvenes han recibido orientación sobre sexualidad en el colegio, cifra que se reduce en las zonas rurales al 50%.
- El 17% de los jóvenes encuestados conocen lugares en los que pueden recibir servicios de Salud Sexual y Reproductiva; de ellos apenas un 4% han hecho uso de éstos. En el caso de las mujeres, la cifra es un poco mayor, pero aún muy baja (27% y 11%, respectivamente).
- El 14% de los jóvenes encuestados no saben que pueden solicitar asesoría en uso de métodos anticonceptivos en los servicios de salud. Por su parte, el porcentaje de jóvenes que afirman haber recibido asesoría sobre métodos anticonceptivos es bajo: 4% en el caso de los hombres y 13% en las mujeres del total de encuestados.
- Tan sólo el 24% de los hombres y el 34% de las mujeres adolescentes del área urbana, saben que su EPS presta servicios de salud sexual y reproductiva. En el área rural las cifras son aún más bajas: 15% y 23% respectivamente.
- El 51% de las mujeres y 70% de los hombres jóvenes encuestados que ya son padres, quisieran tener más hijos.
- En general, el grado de percepción que tienen los jóvenes encuestados frente a tener un hijo en la adolescencia es positivo, cerca del 80% considera que tener un hijo les da un motivo para vivir y cerca del 70% que los hace más responsables. Esta percepción se mantiene en niveles similares, en los jóvenes con parientes cercanos que tuvieron hijos antes de cumplir los 20 años.
- Cerca del 50% de los jóvenes encuestados considera que tener un hijo en la adolescencia no va a cambiar su proyecto de vida y el 45% que fortalece la relación que tienen con su pareja.
- La evidencia disponible indica que la probabilidad de que los adolescentes se involucren en actividades sexuales disminuye en la medida que se incrementa la supervisión parental. El 24% de los padres de los jóvenes encuestados no realiza una adecuada supervisión parental. Los padres realizan una mayor supervisión parental sobre el comportamiento de las hijas mujeres.
- El 8% de los jóvenes encuestados reporta haber sido víctima de violencia sexual, en su mayoría, se observa que los sucesos de ataques son cometidos por un amigo.
- Apenas un 27% de los padres de los jóvenes encuestados consideran que la familia debe informar a los adolescentes en temas de sexualidad y salud sexual.



Componente de procesos

- Las decisiones relacionadas con la implementación de la Estrategia a nivel nacional se toman desde la Comisión Intersectorial de Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos -CNI, sin embargo, esta instancia no incluye 11 entidades que hacen parte de la Estrategia: Alta Consejería para la Equidad de la Mujer, Colombia joven, Ministerio de Defensa, Ministerio de Cultura, Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia, Departamento para la Prosperidad Social, Colciencias, Coldeportes, DANE y DNP.
- En el desarrollo de la Estrategia se ha conformado un “equipo gestor” conformado por la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer – ACPEM, el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, el Ministerio de Educación Nacional – MEN y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF.
- La labor de diseño, ejecución y acompañamiento permanente que hace el equipo gestor ha resultado muy importante para la operación de la Estrategia, sin embargo, su dinámica de trabajo se basa en la compenetración y compromiso de los funcionarios que lo componen, más que en acuerdos interinstitucionales formalmente adquiridos.
- Entidades tan importantes para el desarrollo de la Estrategia como el Ministerio de Justicia y del Derecho, Colciencias y Coldeportes no participaron en ninguna de las sesiones de la CNI desde mayo de 2013 a Febrero de 2014.
- La mayoría de los actores que participan en las sesiones de la CNI tienen un perfil técnico, lo que imposibilita que este espacio sea de carácter decisorio y que el tema se posicione al interior de las instituciones que la conforman.
- Una de las acciones prioritarias definidas en el Conpes 147 era el ajuste al Decreto 2968 de 2010, para que se incluyeran en la CNI a todos los actores clave para el desarrollo de la Estrategia. Esta reforma no se realizó dado que el MSPS estaba promoviendo una reforma para integrar la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública, la cual se conformó mediante el Decreto 859 de 2014.
- A la fecha, no es claro qué instancia continuará tomando las decisiones relacionadas con la implementación de la Estrategia ahora que existen dos Comisiones con competencias sobre este tema.
- Es de señalar que la Estrategia en su diseño, no contempla el desarrollo de alianzas público privadas a través de las cuales se puedan vincular la participación de actores privados y sociales a la Estrategia.
- La coordinación de la Estrategia la ejerce en la actualidad la ACPEM, sin embargo, esta entidad es de naturaleza transitoria y cuenta con reducidos recursos organizacionales, lo que puede comprometer su capacidad para garantizar la sostenibilidad de la Estrategia.
- A la fecha, el avance en el desarrollo de la Estrategia se materializa en: i) el diseño de instrumentos y lineamientos de política tanto en lo nacional como en los territorios; ii) la elaboración del tablero de control de las acciones estipuladas en el plan de acción de la Estrategia; iii) la puesta en marcha de la campaña de comunicación y divulgación; iv) la formación de agentes educadores y v) la construcción de rutas intersectoriales de atención y prevención.
- La implementación de la Estrategia en los territorios funciona a través de: 1) coordinadores regionales contratados por el Ministerio de Salud, 2) enlaces designados por los departamentos y los municipios y 3) mesas intersectoriales locales- MIC- en las cuales se reúnen los distintos sectores que trabajan el tema en los territorios.
- Los coordinadores son claves en la implementación: interactúan con autoridades, hacen divulgación, abogacía, prestan asesoría técnica y apoyan en la organización de planes de acción territoriales. Se identifica como un riesgo que los territorios descarguen sobre ellos las tareas que les competen en la implementación de la Estrategia y en la adecuación de su oferta de servicios.

- Las MIT presentan entre sus logros: a) levantamiento de diagnósticos sobre la situación del embarazo adolescente, b) participación incipiente de jóvenes, c) un trabajo de coordinación con lo departamental y d) la gestión que hace frente a los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.
- Las MIT deben avanzar en superar los siguientes cuellos de botella: a) tratamiento inercial del tema desde la perspectiva de salud y educación; b) vacíos en las reglas de operación de las mesas, c) cruce de agendas con otros espacios de articulación; d) rotación de personal; e) ausencia de mecanismos de financiamiento, que sustenten la definición y ejecución de compromisos por parte de las instituciones del orden local.
- Falta mayor acompañamiento en los municipios en el diseño e implementación de planes de acción, por parte de los departamentos.
- Los servicios o programas (PESCC y SSAAJ) están centralizados en las cabeceras municipales y no hay presupuesto para programas rurales. No está presente el sector Justicia y falta personal para apoyar a Comisarias.
- En la gran mayoría de municipios está previsto el abordaje del tema dentro de los Planes de Desarrollo Municipal –PDM, sin embargo, no existe garantía de asignación de recursos ni de acciones concretas.
- En la mayoría de los municipios visitados no existen procesos de sistematización de los procesos institucionales derivados de la Estrategia y se percibe que no hay acciones intersectoriales suficientemente contundentes. Se corre el riesgo de que con el cambio de administración que se avecina, la labor realizada hasta ahora se pierda.
- No existe claridad sobre el rol de los departamentos en la ejecución de la Estrategia y sus actuaciones son más de carácter informativo que de asistencia técnica, acompañamiento y seguimiento.
- Si bien los actores consultados reconocen la importancia de las organizaciones juveniles en la ejecución de políticas de embarazo en la adolescencia, es usual que en la mayoría de los casos no hayan propuestas de trabajo concretas en esta materia.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos de la evaluación, se formularon 5 recomendaciones generales. Para cada una de las recomendaciones se formularon acciones concretas y se determinaron los actores responsables de su implementación.

- Recomendación 1. Ajuste a las instancias de articulación previstas por la Estrategia, y a los roles de los sectores y entidades del nivel nacional que participan en su ejecución.
- Recomendación 2. Ajuste a la articulación y gestión de las instancias o actores del nivel territorial.
- Recomendación 3. Diseño o fortalecimiento de la oferta sectorial nacional y territorial dirigida a la población de la Estrategia.
- Recomendación 4. Énfasis de las temáticas de la política pública dirigida a la prevención del embarazo en la adolescencia.
- Recomendación 5. Modo de uso de las variables contextuales en futuras investigaciones.

A partir de las recomendaciones, se realizó un ejercicio de priorización del cual se han establecido las siguientes como urgentes para garantizar la continuidad de la Estrategia, dado que el Conpes 147 finalizó su vigencia a mediados de 2014.



Recomendación General	Acciones a desarrollar	Actor responsable
1. Ajuste a la articulación y gestión de las instancias o actores del nivel nacional	<p>1.1 Definir la forma en la que se dará continuidad a la Estrategia a partir de la vigencia 2015, toda vez que la implementación del CONPES finalizó en 2014.</p> <p>1.2 Identificar claramente los dos niveles, nacional y territorial, en los cuales trabaja la Estrategia y las entidades e instancias que están presentes en cada nivel.</p> <p>1.3 Acoger la Estrategia dentro de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (Decreto 859 de 2014). Formalización del Equipo Gestor (Función 11).</p> <p>1.4 Establecer como coordinador de la Estrategia al ICBF.</p>	<p>Comisión Intersectorial de Salud Pública.</p> <p>Equipo gestor de la Estrategia.</p> <p>Subdirección de Género DNP.</p>
2. Ajuste a la articulación y gestión de las instancias o actores del nivel territorial	<p>2.1 Fortalecer los enlaces territoriales, mediante los siguientes mecanismos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diseñar un módulo del SENA para la capacitación de los enlaces territoriales.• Debe existir una permanente comunicación con la Coordinación de la Estrategia (ICBF).• Se debe ampliar su participación en otros espacios interinstitucionales de los municipios y departamentos.• Se deben precisar y formalizar sus funciones y tareas. <p>2.2. Formalizar el rol de los coordinadores regionales, fortalecerlos frente a los Departamentos, garantizar su sostenibilidad y ser consultados en las decisiones que se tomen frente a la problemática del embarazo en la adolescencia.</p>	<p>Comisión Intersectorial de Salud Pública.</p> <p>Coordinador nacional de la Estrategia</p> <p>Coordinadores regionales Enlaces municipales.</p> <p>Mesas Intersectoriales territoriales.</p> <p>Comisión Intersectorial de Salud Pública.</p> <p>Coordinador nacional de la Estrategia.</p> <p>Equipo gestor.</p>



Recomendación General	Acciones a desarrollar	Actor responsable
	2.3 Desplegar Estrategia de sensibilización e información entre los partidos políticos, con el fin de que promuevan que los programas de gobierno de sus candidatos contemplen metas específicas frente a la prevención del embarazo en la adolescencia.	Coordinador nacional de la Estrategia. Equipo gestor. Subdirección de Género DNP.
	2.4 Emitir una guía para efectuar el empalme de la Estrategia entre las administraciones salientes y entrantes.	Subdirección de Género - DNP - Coordinadores regionales - Enlaces municipales.
3. Diseño o fortalecimiento de la oferta sectorial nacional y territorial dirigida a la población de la Estrategia	3.1 Caracterizar los compromisos que a la fecha han asumido las instituciones de cada sector para realizar un ejercicio de priorización de responsabilidades. 3.2 Definir esquemas formales de asistencia técnica a los territorios (realizar proyectos piloto puntales).	Comisión Intersectorial de Salud Pública. Coordinador nacional de la Estrategia. Equipo gestor
4. Énfasis de las temáticas de la política pública dirigida a prevención del embarazo en la adolescencia	4.1 Desarrollar instrumentos de seguimiento de la Estrategia, revisar e incorporar preguntas en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS; fortalecimiento de los registros administrativos en los servicios de salud e incorporación de preguntas claves en las encuestas de tipo longitudinal que llevan a cabo la Universidad de Los Andes, y DNP y el DANE.	Equipo gestor DNP