

ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL
HOSPITAL LA CANDELARIA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE
INCIDIERON EN EL AUMENTO DE CASOS DE ABORTOS EN LAS
ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DEL BANCO, MAGDALENA - SEGUNDO
SEMESTRE DE 2014



ANA ROSANA CASTRO MERIÑO
CAMILA SORAYMA CASTRO MERIÑO

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES Y
COMERCIO INTERNACIONAL
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y
AUDITORIA EN SALUD
SANTA MARTA
2016

ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL
HOSPITAL LA CANDELARIA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES QUE
INCIDIERON EN EL AUMENTO DE CASOS DE ABORTOS EN LAS
ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DEL BANCO, MAGDALENA - SEGUNDO
SEMESTRE DE 2014



ANA ROSANA CASTRO MERIÑO
CAMILA SORAYMA CASTRO MERIÑO

Trabajo de grado para obtener el título de Especialista en Gerencia de la
Calidad y Auditoría en Salud

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES Y
COMERCIO INTERNACIONAL
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y
AUDITORIA EN SALUD
SANTA MARTA
2016

Nota de aceptación

Asesor

Evaluador

Evaluador

Santa Marta, 10 de abril de 2016

DEDICATORIA

A Dios, todopoderoso por guiarme y ser la luz de mis creencias y valores.

A mis padres, Camilo Castro y Ana Matilde Meriño, pilares fundamentales de mis logros.

A mis hijos, Esteban y Sebastián, por ser la fuerza y apoyo para lograr esta meta, y que les sirva de ejemplo para seguir adelante.

A mis hermanos: Ana Rosana y Camilo, incondicionales, amigos más que hermanos esto es para ustedes.

A mi sobrina: Gabriela, adelante en sus estudios y sea verdadera profesional.

A mi esposo Edwin, por ser la persona que ha sabido llenar mi vida.

A Mi tía Emelda por sus atención, amistad y cariño.

Camila

DEDICATORIA

A Dios, todopoderoso por guiarme y ser la luz de mis creencias y valores.

A mis padres Camilo Castro y Ana Matilde Meriño pilares fundamentales de mis logros.

A mi hija, Gabriela, por ser la fuerza y apoyo para lograr esta meta, y que le sirva de ejemplo para seguir adelante.

A mis hermanos: Camilo y Camila incondicionales, amigos más que hermanos esto es para ustedes.

A mis sobrinos: Esteban y Sebastián, adelante en sus estudios y sean verdaderos profesionales.

Los Amo.

Ana Rosana

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	10
ABSTRACT	12
0. INTRODUCCIÓN.....	14
1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	23
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
4. MARCO TEÓRICO	27
4.1 REFERENTE CONCEPTUAL.....	27
4.2.1 Auditoria en Salud	27
4.2.2 Atención en salud	28
4.2.3 Calidad de la Atención en Salud.....	29
4.2.4 Mejoramiento Continuo de la Calidad	30
4.2.5 Atención centrada en el Cliente	32
4.2.6 La seguridad del paciente.....	33
4.2.7 Incentivos	34
4.2.8 Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud – PAMEC	36
4.2.9 Efectividad, eficiencia, eficacia	36
4.2.10 Registros Médicos e Historias Clínicas.....	37
4.2.10.1 Finalidad del registro. La finalidad básica del registro en términos generales es el control y desarrollo de toda la información que entra y/o salga en los diferentes departamentos de la institución.	37
4.2.10.2 Tipos de registros	38
4.2.11 Calidad de la información	39
4.3 ABORTO.....	40
4.3.1 Clasificación del aborto.....	40
4.3.1.1 Clasificación internacional de las enfermedades (OMS).	41

4.10 VARIABLES	55
Tabla 1. Variables.....	55
6. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS DE CONTROL, AUDITORÍA Y GESTIÓN DE ENTIDADES DEL SECTOR SALUD, PÚBLICAS Y PRIVADAS, EN DESARROLLO DE LAS LEYES 100 Y 87 DE 1993, LA LEY 1122 DE 2007, LA LEY 1438 DE 2011 Y DEL DECRETO 1011 DE 2006, Y DEMÁS NORMAS REGLAMENTARIAS.....	58
8. INDAGACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PUESTAS EN PRÁCTICAS AL INTERIOR DEL HOSPITAL CON EL PROPÓSITO DE REDUCIR LOS ÍNDICES DE EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES. ... ¡Error! Marcador no definido.	
9. PROPUESTA BASADA EN LA APLICACIÓN DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS DE LA ADMINISTRACIÓN Y LA AUDITORIA, LAS POSIBLES SOLUCIONES DEL PROBLEMA DE ABORTOS DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LA CANDELARIA DEL BANCO..... ¡Error! Marcador no definido.	
10. CONCLUSIONES	90
11. RECOMENDACIONES	92
12. BIBLIOGRAFÍA	94
ANEXOS.....	97

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Variables	55
Tabla 2. Edades de las adolescentes.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3. Nivel de escolaridad	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5. Ocupación	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 6. Tipo de familia	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 7. Educación Sexual.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 8. Fuente de información sexual	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 9. Presión que las impulsó hacía el aborto.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 10. Métodos anticonceptivos	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 11. Gestas.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 12. Números de abortos por mes	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 13. Entidades que trabajan en la prevención del embarazo de docentes ..	75

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafico 1. Distribución porcentual de las edades	81
Grafico 2. Distribución porcentual del nivel de escolaridad	82
Grafico 3 Distribución porcentual del estado civil	83
Grafico 4 Distribución porcentual ocupacional	84
Grafico 5. Distribución porcentual de los tipos de familia	85
Grafico 6. Distribución porcentual del nivel de educación sexual	86
Gráfico 7. Distribución porcentual de fuentes de información	87
Grafico 8. Distribución porcentual de los agentes impulsores	88
Grafico 9. Distribución porcentual de los métodos usados	90
Gráfico 10. Distribución porcentual de gestas	91
Gráfico 11. Proporciones de abortos por mes	92

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar mediante el análisis de los registros de promoción y prevención del hospital La Candelaria, los factores que incidieron en el incremento de casos de abortos en las adolescentes durante el segundo semestre del año 2014, en el municipio de El Banco, lo mismo que observar, explicar e indagar estrategias efectivas orientadas a prevenir este problema social y de salud pública que en los últimos años crece de manera alarmante en este ente territorial.

Mediante un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, para lo cual se revisaron los registros de cada de las pacientes con problemas de aborto que en el segundo semestre del año 2014 fueron atendidas en este centro de salud de segundo nivel ubicado en esta población del sur del departamento del Magdalena. En este mismo proceso investigativo y de auditoria, se utilizó una encuesta para la obtención de algunos datos fundamentales con el propósito de complementación de la información que tuvieron que ver con los factores demográficos, sociales y psicológicos que exigía la búsqueda de dichos factores.

La investigación se inició con la visita a las instalaciones del hospital, la cual tuvo por objeto observar directamente cómo se efectúan la atención a las pacientes con problemas de abortos y la identificación de síntomas que quedaron señalados en los registros.

Posteriormente se inició la investigación y análisis cuyo propósito se centró en la fase de la metodología en la que se analizó la información y se examinó la documentación relativa necesaria en la evaluación de la eficiencia y efectividad de la atención prestada a las adolescentes usuarias con problemas de aborto. En esta fase se realizaron pruebas de detalle de muy diversa índole, utilizando especialmente, pruebas selectivas, a juicio del grupo auditor se utilizó un muestreo estadístico., lo cual resultó particularmente efectiva en esta fase, y al respecto, se realizó la verificación antes de ser utilizadas.

El tipo de investigaciones o estudios que se desarrolló para lograr dicha información revistió una gama muy amplia de posibilidades tales como: entrevistas formales, revisión de expedientes, revisión de documentación, observaciones directas, aplicación de una encuesta actualización de estadísticas, seguimiento y comparación de hallazgos,

El desarrollo de este trabajo de auditoria se llevó a cabo siguiendo las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuesto por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad,

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia y porcentaje. Los resultados muestran que las mayores frecuencias del promedio de edad de las adolescentes que abortaron se ubicaron en el subgrupo entre 14 y 16 años, con estado civil soltero, sin ninguna ocupación laboral, con escolaridad primaria terminada, procedente de familias monoparentales, destacándose las primigesta de primaria terminada, procedente de familias monoparentales, destacándose las Primigesta. Se caracterizan porque la mayoría no practica ningún método anticonceptivo, por tener poca información sobre sexualidad y por ser sus amigos la mayor fuente de este tipo de información; siendo mayo el mes donde se dieron más casos de aborto.,

Palabras Claves: Auditorias de salud, Registro médico, Aborto inducido, sexualidad, adolescente.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify by analyzing records of promotion and prevention of hospital La Candelaria, the factors that affected the increase in cases of abortions in adolescents during the second half of 2014, in the municipality of El Banco, as well as observe, explain and investigate effective strategies to prevent this social and public health problem in recent years is growing alarmingly in this local authority.

Through a descriptive study, retrospective and cross-sectional, for which records are reviewed each of the patients suffering from abortion in the second half of 2014 were treated in this health center second level located in this population south of the department of Magdalena. In the same investigative and audit process, a survey to obtain some basic data for the purpose of supplementing the information that had to do with the demographic, social and psychological factors that required the search of these factors was used.

The investigation began with a visit to the premises of the hospital, which was intended to directly observe how the care of patients suffering from abortions and identifying symptoms that were mentioned in the records are made. Later research and analysis whose purpose was focused on the phase of the methodology in which the information was analyzed and the relative documentation required in assessing the efficiency and effectiveness of care provided to users was examined adolescents with problems began abortion

At this stage tests of details of various kinds were made, especially using a test, according to the audit team used a statistical sampling., Which was particularly effective at this stage, and in this regard, verification was conducted before be used.

The type of research or studies that was developed to achieve this information overlaid a wide range of possibilities such as formal interviews, review of records, review of documents, direct observations, conducting a survey updating statistics, monitoring and comparison of findings.

The development of this audit work was developed following the audit guidelines for improving the Quality of Health Care Required proposed by the Quality Assurance System,

For statistical analysis of the data frequency and percentage they were used. The results show that the highest frequencies in the average age of the adolescents who had abortions were in the subgroup between 14 and 16 years, single marital status, without any occupation, with completed primary schooling, from single-parent families, highlighting the primigesta primary completion, from single-parent families, highlighting the Primiparity. These are people most do not practice any contraceptive method, have little information about sexuality and being friends largest source of such information; May being the month where most cases of abortion occurred.,

Keywords: health audits, Medical Record, Abortion induced, sexuality, teen.

0. INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones que cumplen la mayoría de los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas, señaladas por Organización Panamericana de la Salud en el manual sobre El Departamento de Registros Médicos: guía para su organización, encontramos la de “Colaborar con el cuerpo médico y con otro personal de salud facilitándoles historia clínica y datos estadísticos para fines de investigación, evaluación o docencia”.

No obstante, a lo anterior, se dificulta determinar la verdadera incidencia del aborto, debido a que muchos de los que ocurren en las primeras cuatro semanas no quedan registrados. En consecuencia, se acepta que entre el 10 y el 20% de todos los embarazos terminan en abortos. Cuando se analiza la edad de las mujeres que realizan abortos espontáneos se observa que las adolescentes pueden alcanzar del 10 al 20%, en consecuencia, esta problemática es muy difícil conocerla con exactitud porque la mayoría de los abortos se presentan de manera clandestina.

Bajo estas circunstancias las investigadoras abordaron el estudio del aborto como un problema de salud pública que representa una de las problemáticas más complejo de las sociedades contemporánea, hasta el punto del surgimiento de causas y controversias en los aspectos médicos, sociales y culturales, que repercute en la salud física y psíquica de la mujer, que por situaciones políticas y religiosas lo han llevado a criterios polarizados, sin encontrar una solución racional.

Es importante mencionar que en el país la cuarta parte de mujeres en edad reproductiva son adolescentes; parte de la población se caracteriza por los cambios físicos, emocionales y sociales; debido a la censura que existe en muchas sociedades con respecto al tema de la sexualidad, las adolescentes carecen de información y acceso a servicios adecuados de planificación familiar en condiciones de confidencialidad e independencia.

El hecho de que 9,579 adolescentes entre 12 y 18 años de edad estén en riesgo de abandonar la escuela por estar embarazadas o ser madres, es preocupante para Organizaciones no Gubernamentales Como las adolescentes no están suficientemente preparadas para el parto, desde el punto de vista psicológico y físico, los partos a edad temprana también se traducen en elevados índices de morbo-mortalidad materna. Las adolescentes tienen más probabilidades que las mujeres mayores de tener un parto prematuro, un aborto espontáneo o que el producto nazca muerto; también es cuatro veces mayor la probabilidad de que mueran por complicaciones en el embarazo.

Se tiene conocimiento, a través de las estadísticas del Hospital Regional La Candelaria del municipio de El Banco Magdalena, que durante el año 2014 se atendieron 176 casos de aborto en la población de adolescente, lo que se ha constituido en una problemática no solo para la comunidad y las familias sino también para la clase administrativa y los estudiosos de estos temas, de ahí que estas investigadoras mediante el análisis de los registros de esta ESE buscan identificar los factores que tuvieron incidencias en esta problemática.

1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aborto es un problema de salud pública que causa controversias en los aspectos médicos, sociales y culturales, que repercute en la salud física y psíquica de la mujer y que por situaciones políticas y religiosas lo han llevado a criterios polarizados, sin encontrar una solución racional. La OMS revela que cada minuto en el mundo tiene lugar 632 coitos fecundantes, 315 embarazos no planeados, 158 embarazos no deseados. Anualmente ocurren 50 millones de abortos inducidos; más de la mitad en países en vías de desarrollo y generalmente son realizados en condiciones precarias.

Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en todo el mundo mueren cada año alrededor de 500.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo. Un alto porcentaje de estas muertes se relacionan con complicaciones del aborto. El 98% de esas defunciones materna se produce en los países en vías de desarrollo, donde el riesgo de fallecimiento relacionado con la gestación durante la vida de la mujer se ve agravado por el alto número de embarazos de cada una de ellas, así como por las condiciones socioeconómicas imperantes y por la escasa disponibilidad de servicios de atención materna en esos países (OMS, 1991). El aborto espontáneo es una de las complicaciones más comunes del embarazo ya que cerca del 15 % de los embarazos clínicamente reconocidos y 30% de los embarazos detectados por pruebas bioquímicas terminan en aborto espontáneo. De los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones son no planeados, es decir 2 de cada 5 embarazos.

De los embarazos no planeados, 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose, 19 millones de estos en países donde la intervención voluntaria del embarazo es ilegal. El riesgo de morir durante el parto de las jóvenes de edades entre 15 y 19 años es dos veces mayor que el de las mujeres de 20 a 30 años. Este riesgo es

cinco veces mayor en las menores de 15 años. En el mundo, la principal causa de muerte de adolescentes de 15 a 19 años son los embarazos tempranos, sus riesgos y complicaciones. (FCI) En los países en desarrollo 14% de los abortos se han practicado a menores de 20 años. (OMS)

América Latina lidera las estadísticas con 32 de cada 1 000 abortos, dos más que el promedio mundial. Además, su práctica clandestina e insegura y es la segunda causa de mortalidad materna. Lo cual constituye un problema sumamente grave de salud pública ya que atentan contra la vida, la salud y la integridad de la mujer. Según el último estudio de la OMS, la proporción de muertes por abortos fue más alta en Latinoamérica y el Caribe, alcanzando hasta el 12% del total de muertes como promedio, siendo el 30% en algunos países de la región.

En América Latina se practican 3´700.000 abortos inseguros. El riesgo de muerte a causa del aborto inseguro en los países en desarrollo es de 370 por cada 100.000 casos. (OMS)

El número de mujeres que mueren a causa del aborto anualmente es 68.000, lo que equivale al 13% de la mortalidad materna. En América Latina, el aborto inseguro es responsable del 17 % de las muertes maternas. (OMS). Dos tercios de los abortos practicados al año corresponden a mujeres de 15 a 30 años de edad.

En Colombia el 54% de todos los embarazos son no intencionados, y la mitad de ellos termina en aborto. Treinta de cada cien mujeres de 15 a 44 años aborta; 22% entre las de 45 a 49 y 19,4% entre de las de 50 a 55 años y el 44.5% de las adolescentes embarazadas han abortado; la tercera parte de todas, lo hicieron presionadas por el compañero. De manera general, la tasa de mortalidad por causas diferentes a violencia, es de: 92 /100.000 son muertes maternas, 15 por cáncer de cuello uterino y 9 por cáncer de mama, pero a pesar de estas diferencias en la tasa, el Sistema ha sido muy ineficiente para tomar las medidas adecuadas para prevenir la mortalidad y morbilidad asociadas al aborto en

condiciones de riesgo; han primado las presiones de la Iglesia Católica sobre las medidas necesarias en salud en este campo.

En Colombia, a pesar del gran descenso en la tasa global de fecundidad que ha logrado el país, del total de embarazos, 24% termina en aborto y 26% en nacimientos no deseados, es decir que 50% de los embarazos no son deseados. (Pro familia)

Entre todas las mujeres colombianas de 15 a 55 años, 22.9% -una de cada cuatro- declara haber tenido un aborto inducido. Dentro del grupo de mujeres de estas mismas edades que alguna vez han estado embarazadas, el porcentaje aumenta a 30.3% -una de cada tres-. Si se considera únicamente el grupo de adolescentes embarazadas menores de 19 años, el porcentaje llega a 44.5% -una de cada dos-(CIDS).

Dentro de las causas directas de mortalidad materna en Colombia la eclampsia es la principal, seguida en su orden por las complicaciones del trabajo de parto y el parto, el aborto y otras complicaciones del puerperio y hemorragias (Min. Protección Social). De estas causas el aborto es la única totalmente prevenible. (IPAS)

Aunque el mayor porcentaje de las mujeres que han abortado pertenecen al estrato más bajo (27,2%), el aborto es practicado por mujeres todos los estratos socio-económicos. El 16,6% pertenecen al estrato alto, 24,1%al estrato medio-alto, 21,8% al estrato medio-medio, 21,.6% al estrato medio-bajo, y 24,4% al estrato bajo. (CIDS)

Las adolescentes, son en Colombia la población de mayor preocupación, egresan de los hospitales por diagnóstico de parto como segunda causa de egreso, y por aborto como tercera causa, por lo que considera la Red de Prevención del Embarazo Adolescente, que en la mayoría de los casos, al parto y el aborto en las adolescentes son una falla en múltiples campos: en educación, en formación e información en salud sexual y reproductiva; en acceso oportuno a los

métodos de planificación, en acceso económico y locativo a espacios de asesoría y distribución de los mismos; en los hombres abusadores que toman a las mujeres como objeto satisfacción personal violando su derechos al libre desarrollo de la personalidad, a su libertad de elección, a sus posibilidades de desarrollo más allá de la maternidad.

La Red de Prevención del Embarazo Adolescente tiene claro que las problemáticas actuales alrededor de la despenalización del aborto en cuatro condiciones, son un asunto de Política Pública, de Salud Pública, de salud de las mujeres y de leyes del Estado que respetan los derechos de las mujeres, y que entre sus acciones tiene consideradas el contribuir con información, educación, asesorías en salud sexual salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, a la población general con énfasis en mujeres adolescentes.

Según el estudio “Embarazo no planeado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias”, realizado por el Guttmacher Instituto y la Fundación Oriéntame, muestra que en Colombia se realizaron 400.412 abortos inducidos, lo que representa un importante aumento en comparación con los 288.395 de 1989. Esta tasa supera el promedio de abortos inducidos en Latinoamérica: una de cada 26 colombianas tiene un aborto vs una de cada 33 mujeres en el resto de América Latina.

Además, el estudio determina que son pocas las mujeres que acceden a una interrupción voluntaria del embarazo, menos del 1%, a pesar de la nueva legislación que permite el aborto en tres situaciones: cuando la vida o la salud de la madre está en riesgo, cuando el feto presenta una malformación y cuando el embarazo resulta de una violación o incesto, según la sentencia de la Corte Constitucional de 2006.

En cuanto al departamento del Magdalena, se encontró que las muertes fetales son interpretadas por la matriz babies el 59% son de causa materna, dentro de las causas registradas se encuentran: feto y recién nacido afectado por complicaciones obstétricas y trauma del nacimiento 42.3%, recién nacido afectado

por ciertas afecciones maternas 9.9%, retardo del crecimiento fetal, desnutrición, bajo peso al nacer 6.3%, el 41% restante se encuentran distribuidos entre los cuidados prenatales, cuidados intraparto, cuidados del R.N institucionales.

La razón de mortalidad fetal fue del 14x1000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad fetal 13.74x 1000 nacidos vivos. En ese mismo orden y dirección El 67% ocurrieron por encima de las 22 semanas de gestación nivel de educación medio, seguido por básica secundaria con un 24.6%.

Los certificados de defunción, no guardan concordancia con los conocimientos de estos indicadores son de gran importancia, porque proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los notificados en el Si vigila, observándose un sub registro en el sí vigila del 53%, comparado con las estadísticas vitales, es por eso que estos sub registro no permiten compararnos ante el país para ver verdaderamente nuestra situación. Es el incremento de abortos en población de adolescentes, lo cual es una problemática que afecta a niñas y jóvenes que asumen responsabilidades desde temprana edad, en muchas ocasiones atentan contra su vida para evadir los problemas familiares y de la sociedad que les traería de tener un hijo a muy temprana edad, por lo que terminan abortando.

En estas condiciones, al servicio de urgencia del Hospital La Candelaria de El Banco Magdalena, por lo general, llegan remitidos de otros hospitales de la Región pacientes con sintomatologías e impresión clínica de aborto en cualquiera de sus clasificaciones y con signos y síntomas como sangrado vaginal escaso de color café, en muchos casos abundante, acompañado de dolor hipogástrico y fiebre. Generalmente se hacen acompañar de amigos, cónyuges, familiares o personas cercanas.

Las adolescentes que llegan al hospital con síntomas de abortos desconocen, en su mayoría las graves complicaciones y/o consecuencias que puede

acompañar a un aborto, en otras ocasiones el aborto, sea provocado o espontáneo, es considerado como un suceso intrascendente, pero la realidad si no se trata a tiempo y el problema no es resuelto por personal competente y en un ambiente optimo, puede ocasionar un gran número de complicaciones físicas entre las que se destaca las hemorragias, infecciones intrauterinas, peritonitis, sepsis generalizadas, shock séptico o hipovolémico, perforaciones en el útero y daños en otros órganos que a su vez llevan a otras consecuencias como la esterilidad y muerte de la paciente.

Generalmente, esta situación ocurre como resultado de la falta de búsqueda oportuna, el ocultamiento del estado de embarazo, el desconocimiento de la forma de resolución del problema, el poco conocimiento de las complicaciones que produce el aborto y el uso de maniobras abortivas.

Alarmados por la situación de aumento de las cifras de abortos en este hospital, y como profesionales en área de la salud, el grupo de investigación consideró pertinente la realización del estudio: “Análisis de los registros de promoción y prevención del hospital la candelaria para determinar los factores que incidieron en el aumento de casos de abortos en las adolescentes de El Banco Magdalena, durante el segundo semestre del año 2014”, con el fin de lograr un conocimiento más contextualizado acerca los elementos y factores más preponderantes que inciden de manera directa en la ocurrencias de abortos complicados con el fin de clarificar la manera como esos factores influyen en la complicación del aborto y así poder orientar las Acciones preventivas o de atención de acuerdo con las circunstancias del caso

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En atención a lo anterior se formula la siguiente pregunta:

¿Cómo están los registros de Promoción y Prevención del Hospital la Candelaria para identificar los factores que incidieron en el aumento de casos de Abortos en las adolescentes del municipio del Banco, Magdalena - segundo semestre de 2014?

2. JUSTIFICACIÓN

Se sabe que el aborto ha sido un problema que ha estado presente durante todas las épocas de existencia del ser humano pero que en la actualidad adquiere una gran importancia, tanto por sus implicaciones, como por las diferentes posturas que existen frente a él.

Resultados de una investigación demuestran que el aborto en adolescentes se presenta con mayor frecuencia en edades comprendidas entre los 15 y 16 años, aun no se tiene una respuesta precisa del porque esta se da con mayor frecuencia en esas edades, puesto que estas varían de acuerdo con la época y la cultura. En consecuencia, esta problemática no debe ser abordada de espaldas a la cultura y a la época; de ahí la importancia de precisar los verdaderos factores que incidieron en el incremento de casos de abortos en la población de adolescentes de El Banco, durante el segundo semestre del año 2014.

Las relaciones sexuales entre los 11 y 14 años, relacionándose con la edad del primer embarazo es una de las mayores preocupaciones de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), líderes en el trabajo para proteger y promover los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Colombia, Según el estudio “Embarazo no planeado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias”, realizado por el Guttmacher Institute y la Fundación Oriéntame, muestra que en Colombia se realizaron 400.412 abortos inducidos, lo que representa un importante aumento en comparación con los 288.395 de 1989. Esta tasa supera el promedio de abortos inducidos en Latinoamérica: una de cada 26 colombianas tiene un aborto vs una de cada 33 mujeres en el resto de América Latina.

La ruta del embarazo y el parto en la adolescencia abarca una serie de cambios que las adolescentes llevan a cabo en el área de la sexualidad. La serie de actitudes hacia la sexualidad en la adolescencia, que se hizo evidente en la década de los años setenta, dio como resultado una brecha entre el

comportamiento sexual de los varones y las mujeres que se hace más estrecha a medida que un número cada vez mayor de mujeres tienen actividad sexual.

Mientras más joven es la adolescente, más esporádica e infrecuente es su actividad sexual.

Por todo lo anterior, un estudio que se oriente a analizar los registros de promoción y prevención para determinar los factores que inciden en un problema de salud que preocupa al mundo resulta de gran interés ya que contribuye en la búsqueda de los correctivos que ofrezcan algún tipo de solución.

Se han realizado investigaciones que señalan algunos factores que influyen en el aumento de la actividad sexual de los adolescentes, entre los cuales tenemos nivel socioeconómico bajo, poco desarrollo educacional, familia de gran tamaño, hogares de un solo padre y falta de educación sexual, resulta interesante conocer si esos mismos factores fueron los que tuvieron incidencia en los casos de las adolescentes que conforman la unidad de análisis del trabajo investigativo que se viene desarrollando.

Por ello, el presente trabajo de investigación se justifica en las siguientes razones y beneficios:

A nivel social: Porque a través de esta investigación se obtendrá un bagaje de información sobre la magnitud de la problemática que encierra el aborto inducido como una decisión personal, pero que a su vez puede estar condicionada a múltiples variantes.

A nivel institucional: Facilitará a las instituciones competentes elaborar programas para orientar a las mujeres sobre aspectos relacionados con el aborto. Así mismo generará resultados que pueden ser conocidos por aquellas estudiantes que incidieron en la práctica abortiva.

A nivel profesional: Este estudio servirá de apoyo a investigadores sociales y auditores de salud y estudiantes interesados en esta problemática social,

sirviendo también de aporte bibliográfico para futuras investigaciones sobre este tema.

A nivel personal: Permitirá a las autoras adquirir habilidades en el manejo e conceptos, teorías y enfoques relacionadas con la Gerencia de la calidad y la auditoría en salud.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los registros de promoción y prevención del hospital La Candelaria, para identificar los factores que incidieron en el aumento de casos de abortos en las adolescentes en el Municipio del Banco Magdalena durante el segundo semestre del año 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir los procesos de Control, Auditoría y Gestión de Entidades del Sector Salud, públicas y privadas, en desarrollo de las Leyes 100 y 87 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y del Decreto 1011 de 2006, y demás normas reglamentarias.

Evaluar las características biológicas, psicológicas y Sociodemográficas de las adolescentes que se interrumpen el embarazo en la ESE.

Indagar las estrategias de promoción y prevención puestas en prácticas al interior del Hospital con el propósito de reducir los índices de embarazo en las adolescentes.

Proponer mediante la aplicación de los aspectos científicos y técnicos de la administración y la auditoría, las posibles soluciones del problema de abortos de las adolescentes atendidas en las empresas de salud objeto de estudio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 REFERENTE CONCEPTUAL

El método propuesto en el presente estudio obliga a poner de relieve todos aquellos conceptos ligados a la calidad al sistema de calidad en salud antes de presentar aquellas definiciones que hacen parte de la teoría del aborto y todas aquellas con él estrechamente vinculadas.

Con el apoyo del documento Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007), del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, exponemos los siguientes conceptos

4.2.1 Auditoria en Salud

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”, lo cual, con los últimos planteamientos atinentes a clasificación de los métodos, expresados por Donabedian a sus alumnos, implica que las metodologías a través de las cuales se implementan, se incluyen en la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad, entendido el concepto de problema de calidad como un resultado de calidad deseable que no se consigue o un resultado no deseable que se presenta durante la prestación de los servicios y que está relacionado con la atención precedente.

El contexto en el cual se desarrolla la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales:

4.2.2 Atención en salud

La auditoría en particular y el Sistema de Garantía de Calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”, lo cual debe entenderse en los siguientes términos:

- ✓ Que el concepto de atención en salud y el proceso de mejoramiento de la calidad deben trascender en su alcance el ámbito de los servicios asistenciales.

- ✓ En efecto, el cuidado de la salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país.

- ✓ Que la atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

- ✓ De acuerdo con lo anterior, en el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud, concurrirán de acuerdo con sus objetivos y competencias, todas las organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.2.3 Calidad de la Atención en Salud

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”⁴. Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

✓ Introduce el concepto básico de la calidad entendida como una relación entre beneficios, riesgos y costos, lo cual significa que la definición de la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia.

✓ Se concede una gran importancia a la accesibilidad y la equidad como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios. En este contexto, resulta de singular importancia la acción coordinada entre las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales de salud.

✓ Que el concepto de nivel profesional óptimo debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible.

- ✓ La definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los recursos disponibles, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad.

- ✓ Igualmente, se inserta el concepto de calidad a nivel de las poblaciones, pues mientras que al nivel del individuo es cierto el concepto comúnmente aceptado de que solamente se puede exigir y brindar medios y no resultados, al nivel de las poblaciones sí es altamente posible la medición de dichos resultados y su variabilidad.

- ✓ Finalmente, se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una atención en salud centrada en el usuario, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de Garantía de calidad. De acuerdo con la definición, se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud.

4.2.4 Mejoramiento Continuo de la Calidad

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas:

- ✓ El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

✓ El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

✓ La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick⁵ en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.

✓ El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferior a la de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de constituir un modelo de bajo riesgo.

✓ El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso. Una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento

Continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA7. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

4.2.5 Atención centrada en el Cliente

El otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; la norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo. No significa esto que a la luz del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud no sea importante la satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, sobre todo en la medida en que su satisfacción es un prerequisite para obtener los resultados centrados en el usuario.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale.

Los principios en que se fundamenta la atención centrada en el cliente son:

- ✓ Las instituciones, sus programas y sus servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio.

- ✓ La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el resultado de los

procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso.

✓ El respaldo y el compromiso gerencial son factores claves para el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad. Así, los directivos de las instituciones juegan un papel preponderante en el desarrollo de esta cultura.

4.2.6 La seguridad del paciente

Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), como de manera proactiva cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar

metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.

Igualmente, durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

4.2.7 Incentivos

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se construye como un sistema de incentivos para la calidad, las acciones que se deriven de la implementación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad deben generar incentivos.

Se define Sistema de incentivos para la garantía de la calidad como “el Sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores” (Donabedian, 1996).

También se parte de la premisa de que un Sistema de Garantía de Calidad, independientemente del nivel de gestión en el cual opere, tiene como finalidad asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica – estructura y proceso– sean las más propicias para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir, que reciba una atención de calidad, (Ruelas, 1994). La garantía de la calidad está dada en gran parte por la norma en que se diseña y opera el sistema de salud y el permanente monitoreo y evaluación de los procesos y resultados de la atención.

Un incentivo se define como un estímulo que, al aplicarse a nivel de un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Este estímulo puede ser de carácter material (dinero), simbólico (reconocimiento), social (aceptación por los demás), de poder o posición (prestigio), etc. Puede significar un beneficio o recompensa o un costo o castigo. Dado lo anterior, debe ser claro que los incentivos pueden tener un carácter positivo cuando premian a

quien muestra el comportamiento deseado, o negativo cuando castigan a quien se desvía de dicho comportamiento.

Los incentivos para el mejoramiento de la calidad disponibles como instrumentos de política pública se clasificaron de la siguiente manera:

- ✓ Incentivos económicos “puros”: el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, ya sea porque la calidad genera mayores ventas y/o aumenta los márgenes de rentabilidad.

- ✓ Incentivos de prestigio: la calidad se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación.

- ✓ Incentivos legales: se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones.

- ✓ Incentivos de carácter ético y profesional: en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propia del sector: la calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

Donabedian propone, como principios mínimos que deben tener los incentivos para la calidad en el sector de la salud, la congruencia con lo que concebimos como calidad, la consistencia con los valores y tradiciones profesionales profundamente arraigados, la vinculación entre las diferentes partes del Sistema y la persistencia para obtener unos resultados sólidos y previsibles.

Ruelas, por su parte, recomienda como principios orientadores de los incentivos que estos generen una cultura de calidad, que hagan manifiesta la racionalidad económica de la calidad –calidad implica ahorro– y que otorguen visibilidad y reconocimiento al buen desempeño.

4.2.8 Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud – PAMEC

El Decreto 1011 de 2006 define Auditoria para el Mejoramiento como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” que reciben los usuarios;

Y en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 establece que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC “es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.”

4.2.9 Efectividad, eficiencia, eficacia

Estos tres conceptos, en conjunto están ligados en el mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. En el documento Registros Médicos e Historia Clínicas de la oficina de Planeación, División de información, 1983, los encontramos definidos de la siguiente manera:

La efectividad de las acciones del sistema, están en función de su eficiencia y eficacia. **La eficiencia**, determinada por el volumen de los recursos, la manera como se organizan, coordinan y utilizan, y por la calidad de las acciones desarrolladas a través de éstos. **La eficacia** definida por calificación de la forma como los servicios responde a los requerimientos de la demanda, en función de satisfacer las expectativas de los usuarios, su recuperación y rehabilitación respecto a los problemas de salud y la disminución de los riesgos de enfermar y de morir en el conjunto de la población

4.2.10 Registros Médicos e Historias Clínicas

En el documento Registros médicos e Historias clínicas, antes mencionado, se afirma que “los registros médicos deben reflejar la filosofía de la atención que se desea brindar. Su diseño, organización y funcionamiento deben orientarse de acuerdo a las características de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud, por tal motivo, resulta pertinente hacer una referencia a los conceptos las políticas de prestación de servicios y sus características más relevantes”.

Por otro lado, la 23 de 1983, referente a la historia clínica, establece lo siguiente en su artículo 34 “La historia Clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva que únicamente puede ser conocidos por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”.

4.2.10.1 Finalidad del registro. La finalidad básica del registro en términos generales es el control y desarrollo de toda la información que entra y/o salga en los diferentes departamentos de la institución.

El registro debe ser consolidado con métodos de calidad, procesos de incorporación de información confiables, supervisados, analizados, en continuo cambio de capacitación al personal, en el mismo sistema informático y para que los procesos se consoliden en información que satisfaga las necesidades de la institución y al cliente.

Para la toma de decisiones es necesario que la información que suministramos sea lo más real posible, para el buen manejo y asignación de los recursos económicos y humanos, para lo cual es necesario crear herramientas que permitan verificar que la información con que alimentamos nuestras bases de datos, así como las actividades que realizamos sean documentadas y planificadas según con la demanda que hoy día nos piden para ser lo más confiables y ordenados en nuestra institución.

Los Registros de Salud deben tener esas herramientas de control ya que de este departamento actualmente realizan las muestras de información para compromisos de gestión, así como se generan los boletines mensuales de la producción y actividades realizadas a nivel de la Clínica para ser consolidadas con los demás centros para ser proyectadas a nivel nacional y de ahí la importancia de la situación actual para definir si realmente cumplimos con las normas de calidad de información.

4.2.10.2 Tipos de registros

✓ Registros de Salud: Son aquellos que la información que se suministra es directamente o indirectamente del usuario, por lo que son los que alimentan directamente a la base de datos la información para desarrollar informes de producción.

✓ Registros de Atención Directa: Son los de atención directa al usuario ya sean solicitud de direcciones, teléfonos, estado civil, por lo que es contacto directo al usuario.

✓ Registro de Atención Indirecta: Son los que se generan directamente del expediente de atención como diagnósticos de incidencia, vigilancia epidemiológica, referencias, contra referencias, notas médicas, boletín estadístico mensual, entre otros.

✓ Registros Poblacionales: Son aquellos que son estudios de población para determinar condición social, infraestructura, saneamiento como son el Análisis de Situación de Salud a nivel de Área de Salud, el Plan Estratégico que ayuda a determinar el factor económico (presupuesto) según la condición poblacional tomando en cuenta los puntos anteriores.

✓ Registros Informáticos: Son aquellos informes que son directamente generados desde la base de datos según la solicitud que se les dé se puede tomar en cuenta

tiempo, muestra e instrumentos para realizar controles cruzados para utilizar en la supervisión de la información y así realizar auditorías.

✓ Archivo: Es donde se custodian todos los expedientes de los usuarios que reciben atención médica en el centro médico, se velan por la confidencialidad y cumplimiento que el expediente contiene, la función primordial es el desarchivado y archivado de expedientes y exámenes para la atención de los usuarios y velar por la calidad y el acomodo de los documentos que cada expediente contiene.

✓ Estadística. Es donde se recibe, se prepara y se presenta toda la información de la clínica a nivel local, regional y nacional, este servicio es el encargado de brindar la información estadística ya sean epidemiológicas, diagnosticas, de incidencia y prevalencia.

4.2.11 Calidad de la información

La calidad de la información es indispensable para el buen desempeño de las funciones organizacionales porque permite brindar una atención rápida, ya que de eso depende la confianza que tienen nuestros clientes hacia nosotros.

Es importante realizar encuestas, opiniones, intervenciones, para determinar cómo estamos actualmente con la información que brindamos, lo que suministramos a nuestros sistemas y a los usuarios.

Los procesos de calidad no solo de deben de definir, sino también aplicar en todo momento para evitar el su registro y el trabajo doble por arreglar Información que desde un principio se pudo haber intervenido y el mejoramiento continuo de cada o de nuestros procesos junto con la capacitación.

La calidad de la información actualmente la tienen que generar los responsables directos de las funciones utilizando métodos que más le ayuden para tener la seguridad de que la información es real y confiable.

La generación de información diaria de atención médica, personal o de cualquier trámite es indispensable tener junto con los procesos los controles de los mismos, en donde se enfoca el presente trabajo; el flujo de información, auditorías, el suministro de respaldos necesarios para salvaguardar la información es el enfoque actual que queremos como calidad de la misma.

La calidad de información en el presente trabajo esta diseccionado a lo que actualmente tenemos y generamos en la institución como los contenidos en datos personales, datos de atención médica que permiten velar por una buena y eficaz base de datos que permita suministrar informes de confianza y fidedignas.

A continuación, exponemos los conceptos referentes al aborto en respuesta a otras variables que maneja el presente estudio

4.3 ABORTO

La definición de aborto establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la expulsión o extracción de un feto o embrión, de su madre, cuyo peso sea de 500 gramos o menos. Este estadio corresponde aproximadamente a 20 semanas de gestación.

Según el Royal College de Obstetricia y Ginecología, el aborto espontáneo puede definirse como la pérdida del embarazo antes de las 24 semanas completas de estación (2). Una definición alternativa es la de un embarazo que falla, resultando en la muerte y la expulsión del embrión o de un feto de 500 gramos de peso o menos, correspondiente a una edad gestacional de hasta 20 semanas. Los abortos se clasifican como tempranos si ocurren en el primer trimestre (hasta 12 semanas de gestación) o tardíos (entre las semanas 12 a 24 de la gestación).

4.3.1 Clasificación del aborto.

Se revisarán tres clasificaciones en torno al aborto: 1. La OMS entrega su visión en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 2. La clasificación derivada

de la práctica médica; y 3. Clasificación del aborto provocado según la finalidad y las circunstancias

4.3.1.1 Clasificación internacional de las enfermedades (OMS).

632 Aborto retenido. Es una muerte fetal temprana, que no se expulsa

634 Aborto espontáneo.

✓ Complicado con infecciones del tracto genital o pelvis (endometritis, parametritis, pelviperitonitis, salpingitis, salpingooforitis, sepsis, septicemia).

✓ Complicado con hemorragia o alteraciones de la coagulación (afibrinogenemia, síndrome desfibrinación, hemólisis intravascular).

✓ Complicado con daño de los órganos y tejidos pelvianos (laceración, desgarros o perforación de la vejiga, intestino, ligamento ancho, cuello uterino, tejido periuretral o útero).

✓ Complicado con insuficiencia renal.

✓ Complicado con alteraciones metabólicas y electrolíticas.

✓ Complicado con shock hipovolémico o séptico.

✓ Complicado con embolias (amnióticas, vascular periférica, pulmonar, piohemia, séptica o por sustancias cáusticas o jabonosas).

✓ Complicado con otros eventos (paro cardíaco o anoxia cerebral).

✓ Con complicaciones no especificadas.

✓ Sin complicaciones.

635 Aborto inducido legalmente. Se incluye la misma clasificación con 4 dígitos descrita para 634

636 Aborto inducido ilegalmente que puede ser ilegal o criminal. Se incluye la misma clasificación con 4 dígitos descrita para 634

637 Aborto no especificado. Incluye los 4 dígitos ya descritos.

638 Intento de aborto fracasado

✓ Según el origen

Aborto inducido provocado o voluntario. Es el resultante de maniobras directas destinadas a interrumpir el embarazo. Este puede ser en un contexto de legalidad o ilegalidad.

Aborto espontáneo o involuntario. Es aquel en el cual no interviene la voluntad de la madre o terceros.

✓ Según las consecuencias

Aborto no complicado.

Aborto complicado: Infección. Hemorragia.

✓ Según su evolución

Amenaza de aborto o síntoma de aborto. Se caracteriza por dolor hipogástrico tipo cólico, acompañada de metrorragia escasa. No hay modificaciones del cuello uterino.

Aborto inminente o inevitable. Se caracteriza por ciertas condiciones obstétricas que condicionan la irreversibilidad del proceso o la necesidad de completar o terminar la expulsión del feto y anexos ovulares, tal como la infección ovular complicada, la metrorragia incoercible, la dilatación del cuello uterino acompañada de contracciones uterinas no controladas terapéuticamente.

Aborto diferido o retenido. Es la muerte del embrión o feto que no es seguido de su expulsión.

✓ Según su terminación

Aborto completo. Es cuando se expulsa la totalidad del producto de la concepción: el feto y sus anexos.

Aborto incompleto. Es la expulsión incompleta del feto y sus anexos. También se denomina restos de aborto.

✓ Según la condición jurídica

Ilegal. El aborto es prohibido, sin excepciones.

Muy restrictivo. El aborto se permite solo para salvar la vida de la madre.

Condicional. El aborto se permite por varias razones.

Legal. A solicitud de la madre.

✓ Según su frecuencia

Aborto habitual o recurrente. Es cuando ocurren tres o más abortos espontáneos consecutivos.

✓ Según su edad gestacional

Aborto bioquímico. Es la interrupción de la gestación después de la nidación y antes de la identificación ecográfica del saco gestacional.

Aborto clínico. Es el que ocurre posterior a la identificación del saco gestacional. Se puede dividir en precoz: antes de las seis/ocho semanas de amenorrea y tardío cuando ocurre en el quinto mes.

✓ Según hallazgos ecográficos

Huevo anembrionado. Consiste en la ausencia de un embrión con un saco gestacional de 20/30 mm de diámetro, su causa más importante es la alteración cromosómica (80%).

4.3 REFERENTE LEGAL

Con el propósito de conocer la manera como se han venido articulando las diferentes normas que cimentan el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que orientan la tarea del profesional en esta área, es pertinente tener en cuenta lo siguiente:

La Constitución Política de Colombia (1991) establece en su artículo 48. que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

En razón a lo anterior se dictó en 1993 Ley 100 que Crea el sistema de seguridad social integral que se define como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

En concordancia con los artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de esta Ley, el Presidente de la República firmó el 3 de abril de 2006 el Decreto 1011 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Propagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud e igualmente a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001.

Señala las características y componentes del sistema, las entidades responsables del funcionamiento, Sistema único de Habilitación y habilitación de prestadores de servicios de salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB; programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad, Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Único de Habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, Inspección, vigilancia y control del Sistema único de Acreditación, y del Sistema de Información para la Calidad y medidas de seguridad y sanciones.

El Ministerio de Protección Social define y establece las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud; y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Nuevamente, en el 2006 el Ministerio de protección Social con el Ministro de la Protección social, consideró la Resolución 001315 que regula la calidad de los servicios de salud, en los componentes de tratamiento y rehabilitación, que prestan los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) y los servicios de farmacodependencia. Señala la clasificación de los Centros, mejoramiento de la calidad, acreditación y enfoque de los estándares de habilitación. Condiciones y procedimientos para la habilitación de los Centros de Atención en Drogadicción - CAD y disposiciones sobre consentimiento informado, formularios y sanciones aplicables por incumplimiento de las condiciones de habilitación y auditoria por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003.

El Presidente de la República de Colombia, creó el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público, el cual deberá ser implementado por las entidades señaladas en el artículo 2°; Que varias entidades, a las cuales se les aplica la Ley 872 de 2003, requieren sistemas específicos de calidad que propendan por el mejor desempeño institucional o de cada Sector Administrativo, firmó el 6 de noviembre de 2007 el Decreto 4295 que fija como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud.

El Ministro de la Protección Social, en concordancia con el artículo 14 del Decreto 1011 de 2006 en el año 2010, expidió la Resolución 1998 que define los lineamientos y procedimiento para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud y de las entidades con objeto social diferente que presten servicios de la misma índole. Asimismo, señala que el término de la

habilitación renovada tendrá una vigencia de un 1 año, no obstante, podrá ser revocada en cualquier momento por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud cuando comprueben el incumplimiento de las condiciones de habilitación previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia.

4.4 CAUSAS PRINCIPALES DE LOS ABORTOS ESPONTÁNEOS.

Virginia García-Páez Moreno en su tesis doctoral para optar al título de Doctor en Ciencias Biológicas, presenta las causas principales de los abortos espontáneos, cuando afirma que aproximadamente, un 80-85% de los embarazos espontáneos diagnosticados llegan a término, pero son muchas las parejas que experimentan una pérdida de embarazo (15-20%) (de la Rochebrochard and Thonneau, 2002; Friebe and Arck, 2008).

Sin embargo, cuando nos referimos a embarazos no diagnosticados, las tasas de aborto pueden aumentar hasta un 50%, lo que nos indica que desde el punto de vista estadístico es tan frecuente el aborto como el concebir con éxito. Además, hemos de tener en cuenta que el porcentaje de riesgo de aborto aumenta aún más con la edad (Nybo Andersen et al., 2000) y con el número de abortos anteriores (Regan et al., 1989). Con respecto a las causas que producen la pérdida gestacional, en principio, sería un error no discriminar entre causas de aborto esporádico y aborto habitual, ya que existen causas de aborto esporádico, como las infecciones genitales puntuales, que muy difícilmente pueden ser causas de aborto recurrente y, sin embargo, son incluidas en los protocolos diagnósticos de muchos centros. Pero, por otro lado, las causas de aborto recurrente lo son del espontáneo y resulta complicado establecer diferencias entre un primer o segundo aborto aislado o un aborto inicial que se convertirá en aborto recurrente. A diferencia de los abortos recurrentes, las pacientes con una o dos pérdidas gestacionales no son estudiadas más a fondo ya que el consenso médico convencional evita la realización de estudios completos en estos casos, ya que su

probabilidad de gestación evolutiva en un nuevo embarazo será muy elevada sin realizar ningún intento de tratamiento, especialmente en las pacientes jóvenes.

Tampoco existe consenso a la hora de definir aborto habitual o recurrente, de manera que la mayoría de los autores define el aborto de repetición como la pérdida de tres o más gestaciones consecutivas antes de la semana 20, independientemente de que sean seguidos o no, siendo el peso fetal en ese momento igual o inferior a 500g. Esta definición afectaría al 1-2% de todas las parejas en edad fértil (Lee and Silver, 2000).

Todo lo mencionado a continuación se aplica a abortos precoces, que son los que ocurren hasta las 12 semanas de gestación, y suponen un 99% del total de abortos. Los abortos tardíos, que suponen un 1% del total y ocurren entre las 13 y 20 semanas de gestación, quedan fuera de los objetivos de esta tesis.

Las principales etiologías propuestas para los abortos espontáneos en principio esporádicos y para los abortos recurrentes son las siguientes:

Priorización en el septo (Fedele et al., 1989) y de forma más consistente con abortos tardíos debidos a incompetencia cervical y a un reducido volumen intracavitario (Propst and Hill, 2000). Sin embargo, no existe ningún estudio hasta el momento que haya demostrado que, al corregir un problema uterino determinado, las pacientes intervenidas aborten menos que las no operadas (Rai and Regan, 2006).

4.4.1. Infecciones microbianas.

La presencia de infecciones o una flora bacteriana anormal en el tracto genital externo, vagina y cervix pueden ser causa de aborto espontáneo (Martin et al, 1982). Pacientes no inmunizadas frente a Toxoplasma o Rubéola y que contraen

dicha infección pueden sufrir un aborto espontáneo esporádico, pero casi de forma imposible podrá ser la causa de aborto recurrente ya que la primera infección genera inmunidad a largo plazo que suele proteger a la mujer durante el resto de su edad fértil. 1.2.4. Trastornos endocrinos u hormonales. Existe una débil y no del todo demostrada asociación entre el aborto y, por extensión, el aborto de repetición, y los desórdenes endocrinos u hormonales como el síndrome de ovarios poliquísticos, diabetes mellitus o mujeres con problemas de tiroides (especialmente hipotiroidismo), hipersecreción de LH, disminución de la progesterona o con defectos en la fase lútea del ciclo (Coulam and Stern, 1994; Kalter, 1987; Tulppala et al., 1993).

4.4.2 Factor seminal severo.

La mayor presencia de anomalías cromosómicas o menor cantidad de espermatozoides de morfología normal en varones cuya pareja sufre aborto de repetición ha sido propuesta en algunos estudios como una posible etiología (Carranza-Lira and Celis-Rico, 2011; Collodel et al., 2009). Se propone como hipótesis una mayor velocidad de los espermatozoides con aneuploidía, por lo cual consiguen llegar al óvulo con mayor probabilidad, crear una fecundación anómala y ser responsables de la pérdida de la gestación de forma recurrente (Giorlandino et al, 1998). Sin embargo, la asociación entre anomalías espermáticas y el aborto recurrente no ha podido ser confirmada en otros trabajos, en especial en ausencia de patología seminal severa (Brunet et al., 2012). Pese a la relación inicialmente establecida entre micro deleciones del cromosoma Y (Dewan et al., 2006) y fragmentación aumentada del ADN espermático (Carrell et al., 2003) con el aborto de repetición, recientes estudios (Bellver et al., 2010; Wettasinghe et al., 2010) han mostrado que los varones de parejas con aborto de repetición idiopático y patología seminal ausente o no severa, no presentan mayor prevalencia de micro deleciones Y, y que, aunque muestran un incremento significativo de los índices de oxidación y fragmentación del ADN espermático, similar al de varones con

oligozoospermia severa, dichos índices se solapan tanto con los de varones fértiles que no presentan ningún valor predictivo sobre la ocurrencia de aborto de repetición. Es decir, que, si bien puede estar algo más elevada la oxidación y la fragmentación del ADN espermático, estos valores no predicen de forma adecuada qué varones sufrirán o no aborto de repetición, no presentando su evaluación por tanto ninguna utilidad diagnóstica.

4.7.5. Trombofilias adquiridas (Síndrome Anti fosfolípido):

SAF) y trombofilias heredadas. Las trombofilias representan un grupo de patologías que se caracterizan por un desequilibrio entre los sistemas de coagulación y fibrinólisis, a favor del primero. Pueden ser adquiridas, como el SAF o algunos casos de resistencia a la proteína C activada (APCR), o congénitas, como los déficits de proteína C o S y de antitrombina III, o mutaciones puntuales de genes implicados en la cascada de coagulación (Adelberg and Kuller, 2002). En principio, todas ellas podrían producir complicaciones gestacionales, como aborto de repetición, por su efecto trombogénico.

Con respecto al SAF, es la única causa no genética que ha demostrado invariablemente, a través de ensayos clínicos prospectivos aleatorizados, revisiones sistemáticas y meta análisis, ser origen del aborto de repetición, pues su tratamiento etiológico reduce drásticamente la probabilidad de un nuevo aborto (Rai and Regan, 2006). Se considera responsable de un 10-15% de los casos (Branch et al., 1997; Kutteh, 1996). Los anticuerpos anticoagulantes lúcido y anticardiolipina IgG son los más importantes ya que son los que tienen mayor poder trombogénico y abortivo.

4.8 EL ABORTO INDUCIDO EN COLOMBIA

La realidad del aborto, es decir, su práctica, toca a todas las clases sociales, pero en la mayoría de casos no se conocen las tasas reales de mortalidad femenina provocados por los abortos clandestinos; esto, probablemente se debe a la falta de conocimiento tanto de los estamentos gubernamentales como de las instituciones religiosas y defensoras de los derechos de la mujer, en torno a la forma como se delimitan los criterios básicos que hacen posible que los juicios valorativos, fundamentales para juzgar esta práctica, no sólo desde una perspectiva moralista, médica, bioética o social, genere, en el común de la sociedad civil una confusión con relación a la legalidad o no del aborto, y sí ha producido el incremento de las prácticas abortivas en la modalidad clandestina (Zapata, 1994).

Aun así, se han dado varios intentos por despenalizar el aborto, contemplando escenarios en los cuales tendría cabida esta práctica. Es importante resaltar que las decisiones y los debates casi siempre son influenciados y mediados por la iglesia católica, quien se rehúsa a entender y flexibilizar su posición con respecto al tema.

Esta lucha por la despenalización se inició en 1975, “tenía como fin reglamentar “la interrupción terapéutica del embarazo en Colombia”. Dicho proyecto, autoría de senador liberal Iván López Botero³, reglamentando la interrupción terapéutica del embarazo en un tiempo límite de doce semanas.

Proponía la interrupción quirúrgica para mujeres casadas o solteras, previo concepto favorable de la autoridad médica u hospitalaria de su lugar residencia, siempre y cuando se diera bajo las siguientes situaciones: a) se estableciera el peligro para la vida y la salud de la madre, o b) la posibilidad “científicamente fundada” de que “el niño que está por nacer” tuviera una enfermedad o lesión

genética reconocida como incurable al momento del diagnóstico, previo dictamen de dos médicos. Entre las exigencias se incluía que uno de los médicos, que diera dicha autorización, trabajara en un hospital del sector oficial; que la mujer que solicitara el aborto fuera menor de 45 años y mayor de 15 y que no hubiera tenido una interrupción del embarazo en los últimos doce meses”

Décadas después, la Universidad Externado de Colombia en 1994, analizó el contexto jurídico y la posición de éste frente al aborto inducido. Para esto, analizo “los artículos 343, 344 y 345 del Código Penal, según disposición del Decreto 100 de 1980, en donde se sanciona la interrupción voluntaria del embarazo. Desde 1936 la ley colombiana consideraba que esta interrupción era un delito “contra la vida y la integridad personal” (Zapata, 1994).

La investigación desarrollada por la Universidad Externado de Colombia, se practicó a 33.275 mujeres en edades entre los 15 y los 55 años, de los estratos sociales presentes en Colombia (bajo, medio, alto). Utilizando una encuesta de auto diligenciamiento secreto y consignación reservada, además de aplicar una historia de vida y un relato temático que aportaron 100 y 180 mujeres, La investigación se propuso tres objetivos básicos. Por una parte, precisar la magnitud, impacto, evolución y tendencias del aborto provocado en la zona urbana del país, por otra explorar la historia de vida de la mujer, las condiciones que rodearan el embarazo indeseado y la decisión de abortar.

La investigación arrojó que una proporción importante de mujeres colombianas ha tenido la experiencia de un aborto, una cuarta parte de todas las mujeres entre 15 y 55 años (22.9%). Una tercera parte de las mujeres del mismo grupo de edad que han estado embarazadas alguna vez (30.3%) declara haber tenido por lo menos una experiencia de aborto inducido. Además, arrojó que la región del país donde más abortos inducidos se presentan es la Costa Atlántica, mientras que la región Andina es en la que menos abortos inducidos se practican. Bogotá fue la ciudad

del país donde más abortos se realizaron. Es oportuno mencionar, basados en el estudio citado, que el riesgo de que una mujer induzca un aborto fue dos veces más alto en la costa Atlántica que en la región Andina (Zamudio L, otros 1994).

En cuanto al estrato social, el estudio de la Universidad Externado encontró que las diferencias no son tan notables, aunque se observó una mayor proporción en los dos extremos de la escala social, es decir, entre los estratos bajo y alto, respectivamente. Se cree, aunque no es preciso hacer este tipo de aseveraciones, sin llevar a cabo un estudio minucioso de las causas, que el riesgo de embarazo aumenta en la medida en que la mujer pertenezca a un estrato bajo, debido a que las campañas educativas en procura de la prevención son menores o insuficientes, el riesgo de aborto disminuye, mientras que la pertenencia de una mujer a un estrato elevado, menor será la posibilidad de quedar embarazada, pero mayores serán las posibilidades a que ésta pueda abortar.

El aborto en Colombia: veinte años de debate en la prensa (1975-1994) esta investigación muestra una recopilación acerca de los diferentes debates de prensa en el país con respecto al aborto inducido, mostrando detalladamente las diversas opiniones y puntos de vista frente al aborto, iniciando el recorrido por el contexto jurídico, contexto ético, religioso, y la reivindicación de las mujeres.

Se evidencian los escenarios del debate, periodos y coyunturas, además de los distintos sectores sociales del debate. (Viveros Mara 1994). El aborto en Colombia: una explicación local de la experiencia masculina, investigación descriptiva exploratoria transversal cualitativa, muestra la situación del hombre en la toma de decisión del aborto inducido, indagando acerca de las consecuencias que conlleva esta decisión en la vida de pareja.

Los resultados arrojados por la investigación muestran que la noticia de un embarazo constituye para los varones una reafirmación de su identidad masculina,

en particular cuando se trata de la primera vez, afectando el curso y la manera de desenvolverse una relación amorosa por más estable que sea. (Salcedo Hernando 1994)

4.9 EL ABORTO INDUCIDO EN LA ADOLESCENCIA

Sin duda alguna, el estudio realizado por la universidad Externado, citado anteriormente permite observar muchos de los problemas que se presentan en la actualidad en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, tanto en la población adolescente como en la de adultas mayores.

En Colombia el aborto clandestino es una de las principales causas de Morbi-Mortalidad materna, diversas investigaciones muestran la magnitud del aborto inducido y sus consecuencias en relación con los costos hospitalarios, complicaciones y secuelas para la salud física de la mujer” (Oriéntame, 1998)⁵. En contextos donde el aborto es ilegal generalmente este se práctica en condiciones riesgosas y con graves consecuencias físicas, emocionales, económicas, y sociales para la mujer, se estima que a “nivel mundial se realizan 15 millones de abortos ilegales por año de los cuales 4 millones corresponden a América Latina y específicamente en Colombia por cada diez nacidos vivos ocurren acerca de 4 abortos provocados.

Según cifras, se puede decir, que la fecundidad adolescente en Colombia aumento significativamente, en la última década, la evidencia muestra que el 12.8% de las jóvenes colombianas entre los 15 y 19 años de edad ya eran madres o estaban embarazadas en 1990, para el 2000 esta proporción había aumentado a 19,1%.

4.10 VARIABLES

Tabla 1. Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo, contado desde su nacimiento	Cuantitativa	Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el Registro Civil, en función de si tiene o no pareja	Cualitativa	Razón
Nivel de escolaridad	Tiempo durante en que un alumno asiste a la escuela	Cuantitativa	Nominal
Ocupación	Actividad habitual de una persona.	Cualitativa	Razón
Educación Sexual	Se usa para describir el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales	Cualitativa	Razón
Fuente de información Sexual		Cualitativa	Razón
Uso de preservativo		Cualitativa	Razón

FUENTE: Las autoras

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal porque la información se obtuvo de los registros de promoción y prevención del hospital la candelaria, acompañados de una encuesta que permitió ampliar y reafirmar la información documental.

5.2 MÉTODOS

Consistió, fundamentalmente, en la observación directa de la atención a las pacientes con problemas de abortos y la identificación de síntomas que quedaron señalados en los registros. Posteriormente se inició la investigación y análisis cuyo propósito se centró en la fase de la metodología en la que se analizó la información y se examinó la documentación relativa necesaria en la evaluación de la eficiencia y efectividad de la atención prestada a las adolescentes usuarias con problemas de aborto. En esta fase se realizaron pruebas de detalle de muy diversa índole, utilizando especialmente, pruebas selectivas, a juicio del grupo auditor se utilizó un muestreo estadístico.

El tipo de investigaciones o estudio permitió el desarrollo para logro de información que revistió una gama muy amplia de posibilidades tales como: entrevistas formales, revisión de expedientes, revisión de documentación, observaciones directas, aplicación de una encuesta actualización de estadísticas, seguimiento y comparación de hallazgos.

El desarrollo de este trabajo de auditoria se desarrolló siguiendo las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuesto por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron frecuencia y porcentaje. Los datos fueron procesados,

utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows Versión 11.5, expresando los resultados esperados.

5.3 POBLACIÓN UNIVERSO

Lo conformaron 176 de casos de aborto en la población adolescente que fueron atendidos en el primer semestre del año 2014 en el Hospital Regional La Candelaria del Banco Magdalena.

5.4 MUESTRA

La constituyeron con el 100% de los registros de abortos de las adolescentes atendidas por caso de aborto en dicho hospital y periodo.

5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En este proceso se utilizó la información de los registros de prevención y promoción, la cual se procesó en el paquete estadístico SPSS para Windows Versión 11.5. También se utilizó la observación directa y la encuesta.

5.6 INSTRUMENTO

Se le aplicó un cuestionario confeccionado al efecto, siempre cumpliendo con los requisitos de ser anónimo, individual y con consentimiento informado tanto de las adolescentes como de los padres. (Ver anexo 1). Los datos recolectados a través de esta encuesta se procesaron y sus resultados se mostraron en forma de tablas.

6. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS DE CONTROL, AUDITORÍA Y GESTIÓN DE ENTIDADES DEL SECTOR SALUD, PÚBLICAS Y PRIVADAS, EN DESARROLLO DE LAS LEYES 100 Y 87 DE 1993, LA LEY 1122 DE 2007, LA LEY 1438 DE 2011 Y DEL DECRETO 1011 DE 2006, Y DEMÁS NORMAS REGLAMENTARIAS.

6.1 ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD

La mayoría de estos jóvenes pertenecen al nivel socioeconómico bajo, esta condición los conduce a situaciones de riesgo graves como es el tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas ilícitas inicio precoz de actividad sexual. El tema de embarazo es un problema relevante, representa el 31% del total de embarazos la tasa que sobrepasa la 27% nacional.

Temas como drogadicción y violencia están unidos a grupos de familias de precaria situación económica, en condiciones de hacinamiento y donde es notoria la falta de afecto y estímulo, a esto se suman a que la comuna no cuenta con establecimientos de enseñanza media por lo cual aquellos que terminan la básica deben trasladarse a otra comuna para continuar los estudios lo cual limita el acceso de muchos jóvenes a la educación generando desesperanza por falta de expectativas y marginación de la comunidad.

Reconociendo el problema la autoridad decide priorizar el tema joven en la agenda del desarrollo y con la asesoría de diversos sectores y principalmente salud se desarrollan diversas gestiones y proyectos que culminan con la creación
Los principales problemas que dificultaron el proceso:

El equipo que lideraba el proyecto a nivel no tenía capacidad de convocatoria.

El sector salud no tenía estructuras específicas y adecuadas.

Estrategias de abordaje:

Colocar el tema en el marco de la política nacional de promoción de salud del ministerio de salud para postular a recursos.

Readecuación del sistema de atención de salud primaria para atender adolescentes.

Conformación de equipo intersectorial multidisciplinario para trabajar el tema joven en la comuna.

Creación y funcionalidad de la casa de la Juventud desde donde se desarrollan las iniciativas.

6.2 LÍNEAS DE ACCIÓN Y TAREAS.

Realizar un diagnóstico de situación: se aplica un instrumento llamado cederario de auto aplicación respondido por 600 jóvenes entre 13 y 26 años perteneciente al 100% de las unidades vecinales El objetivo fue conocer la percepción de los jóvenes de sí mismo y de su grupo familiar, sueños y aspiraciones, como visualizaban la participación juvenil, cuáles eran sus principales problemas y las propuestas para solucionarlos.

El análisis de los resultados es concluyente:

Alto nivel de desaliento frente a la falta de expectativas.

Alto nivel de consumo de alcohol y drogas.

Alto nivel de violencia intrafamiliar y social.

Percepción de rechazo y desvalorización desde el mundo de los adultos de la comunidad.

Escasa o nula organización de los jóvenes y de la comunidad en general.

Desconocimiento de las ofertas de servicios públicos principalmente salud.

Realizar catastro de organizaciones sociales de jóvenes existentes en la comuna: clubes de football, conjuntos de música, scouts, voluntariado, etc.

Creación de un fondo concursable de proyectos para ser postulados y realizados por los adolescentes, se convoca a estudiantes de los últimos años de enseñanza básica y de la enseñanza media de colegios particulares y públicos.

Programa de capacitación a adolescentes en liderazgo, desarrollo personal (adquisición de competencias para la vida) formulación de proyectos, trabajo en equipo, manejo de conflictos, entre otros aspectos.

6.3 METODOLOGIA DE TRABAJO.

La metodología empleada tiene como principio básico que los adolescentes no miren las actividades a desarrollar como una forma de ocupar el tiempo libre sino como un camino de elevar su condición personal y en relación a la comunidad.

Como técnica de fortalecimiento de la participación además del liderazgo de los jóvenes se establece una red de contactos que permite mantener actualizada y disponible la información sobre la disponibilidad de recursos a concursar.

Son los jóvenes los que convocan y realizan proyectos de corto plazo para visualizar los resultados y logro de metas.

En este trabajo los jóvenes integran a sus familias quienes comienzan a participar modelados por sus hijos. Se desarrollan allí talleres y actividades abiertos a la comunidad en general y hacia los establecimientos educacionales.

6.4 LOGROS.

En los 2 primeros años alrededor de 600 jóvenes participan activamente como ejecutores en proyectos diseñados por ellos mismos sumando 90 proyectos de un total de 120 postulados. La temática de los proyectos fue muy variada las más frecuentes: talleres de danza, teatro, música, muralismo, grafitis, zancos, mimos; conjuntos de baile folklórico, deportes, acción social.

Los beneficiarios directos de los proyectos representando el 35% de los adolescentes

Consolidación del proyecto como alero y soporte a la organización de los jóvenes y al desarrollo de proyectos.

Los espectáculos de títeres, murgas, teatro, rock etc. permitieron una interacción entre los habitantes del sector.

Los jóvenes capacitados son hoy líderes de proyectos de organizaciones y capacitan a otros jóvenes.

La calidad de los proyectos ha mejorado sus fines son de mayor proyección y se orientan en su mayoría a mejorar la calidad de vida.

Se crearon redes interesuelas para el trabajo en alcohol y drogas.

Se han producido proyectos intergeneracionales con niños pequeños y adultos mayores lo cual ha mejorado la percepción de la comunidad hacia los jóvenes.

El abordaje de temas como el abuso de sustancias y la sexualidad ha mejorado la comunicación sobre esos temas clásicamente tabú entre la familia, y los profesores con los adolescentes.

En conjunto con los jóvenes los establecimientos de atención primaria de salud desarrollaron estrategias específicas (consejería y otras) para abordar el embarazo en las adolescentes logrando una disminución de 37% a 32% en 1 año de trabajo.

7. EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES QUE SE INTERRUMPEN EL EMBARAZO EN LA ESE.

Las adolescentes, objeto de estudio en la presente investigación nos dejan cierta posibilidad de estudiar esta realidad, que en el Municipio de El Banco no cuenta con datos, al menos recientes, de una población más densa, que permita conocer y describir la práctica del aborto inducido, sus causas, factores de riesgo, la información en torno a esta práctica, los agentes de presión a las que se ven enfrentadas estas menores, las campañas de anticoncepción para la población adolescente, las políticas estatales que resguarden los derechos de las

adolescentes, las motivaciones de estas niñas para empezar su vida sexual a tan temprana edad, por mencionar algunos.

Todos estos elementos, que son tratados en el presente estudio, dejan la puerta abierta para que investigadores en el área de la salud y en el psicosocial lleven a cabo la exploración de este problema de salud pública y social, partiendo de las diversas dimensiones de esta temática, en las que se puede describir, medir, observar. Interpretar y analizar los factores que tuvieron incidencia en el aumento de casos de aborto en las adolescentes de El Banco Magdalena durante el segundo semestre de 2014.

En este sentido, a continuación, se describen los resultados arrojados de la aplicación de un cuestionario diseñado para recabar la información tendiente a conocer la opinión de las adolescentes en relación con las actividades de promoción y prevención que lleva a cabo el Hospital la Candelaria para disminuir los factores que inciden en el embarazo de esta comunidad. Este se diseñó cumpliendo con los requisitos de ser anónimo, individual y con consentimiento informado tanto de las adolescentes como de los padres.

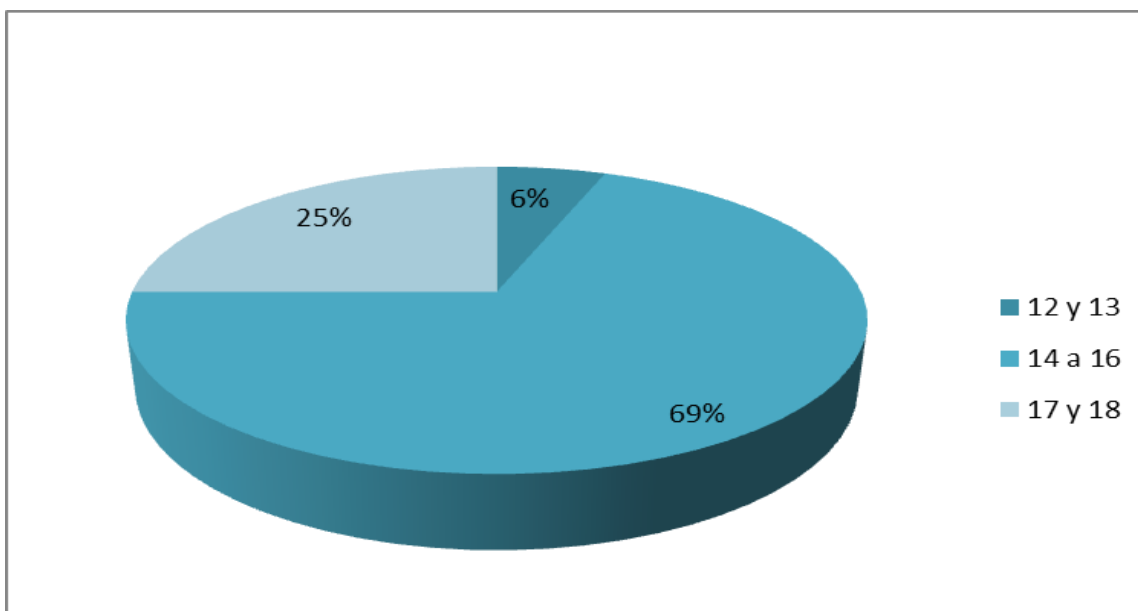
Tabla 2. Edades de las adolescentes.

Edad	F	%
12	1	0.6
13	9	5.2
14	39	22.2
15	45	25.6
16	38	21.6
17	26	14.8
18	18	10.2
Total	176	100

Fuente: Las autoras

La tabla dos muestra que el mayor número de casos de aborto se produjo en el grupo de adolescentes entre edades de 14 a 16 años, las cuales representan el 69.3%. Los casos de las de 12 y 13 años solo alcanzan el 5.9%, mientras que las de 17 y 18 años representan el 25%

Grafico 1. Distribución porcentual de las edades de las adolescentes



Fuente: Las autoras

Tabla 3. Nivel de escolaridad

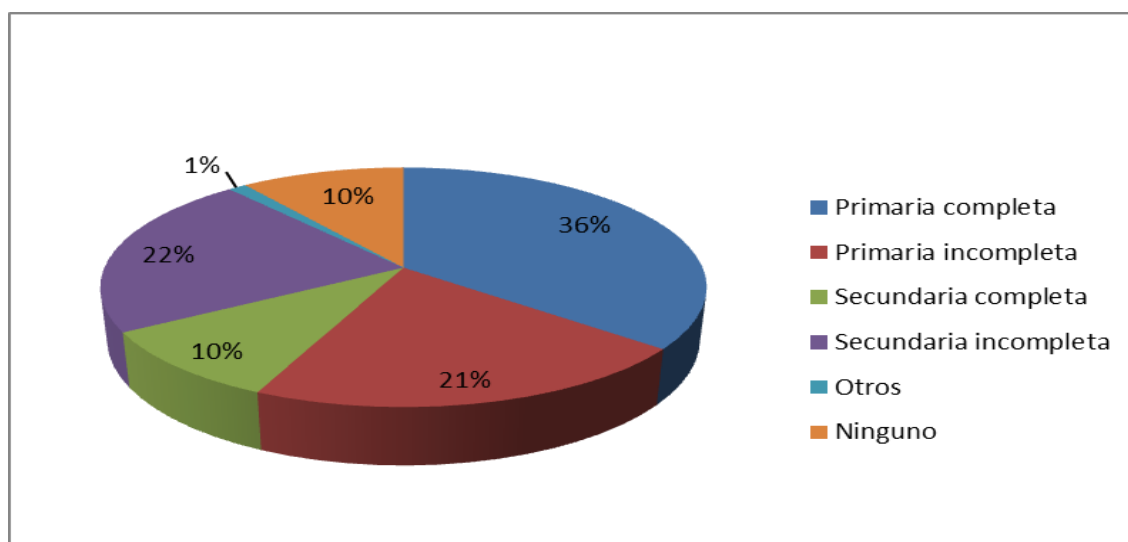
Nivel de escolaridad	F	%
Primaria completa	63	36.0
Primaria incompleta	37	21.0
Secundaria completa	17	9.7
Secundaria incompleta	39	22.2
Otros estudios	2	1.1
Ninguno	18	10.0
Total	176	100

Fuente: Las autoras

En la tabla 3, se observa que el mayor índice de adolescentes cursó la primaria completa, en segundo lugar, se encuentran las que no terminaron estudios secundarios, seguidas de aquellas que tienen estudios de primaria incompleta.

Llama la atención que el 18% no poseen ningún grado de escolaridad. el 18% la secundaria, seguido de la secundaria incompleta.

Grafico 2. Distribución porcentual del nivel de escolaridad



Fuente: Las autoras

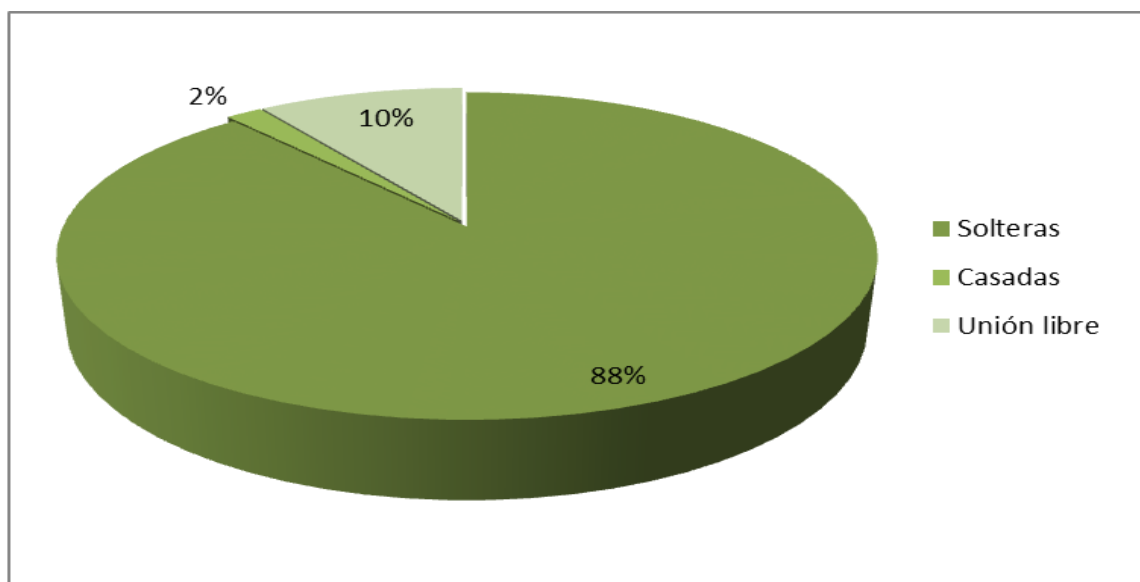
Tabla 4. Estado civil

Estado civil	F	%
Soltera	156	88.6
Casada	3	1.7
Unión libre	17	9.7
Total	176	100

Fuente: Las autoras

Referente al estado civil y las mujeres que se practican aborto, en la tabla 4 se observa que el 88.6% son solteras, siendo el mayor número de abortos se da en adolescentes, seguidas de las que viven en unión libre con un 9.7%

Gráfico 3. Distribución porcentual del estado Civil de las adolescentes.



Fuente: Las autoras

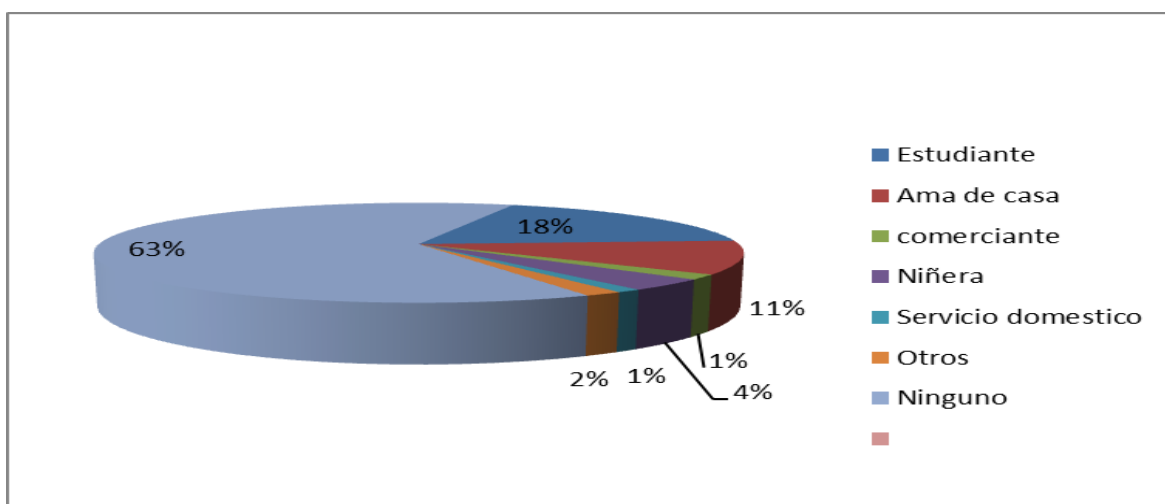
Tabla 5. Ocupación

Ocupación	F	%
Estudiante	34	19.2
Ama de casa	20	11.1
Comerciante	3	1.7
Niñera	7	4.0
Servicio domestico	2	1.1
Otros	3	1.6
Ninguno	117	66.3
Total:	176	100.0

Fuente: Las autoras

El dato contenido en esta tabla 5 muestra que aquellas que no realizan ninguna actividad laboral componen el mayor porcentaje con el 63%, seguidas de aquellas que se encontraban estudiando, Sorprende que las que se dedican a labores del servicio doméstico apenas alcancen el 1.1%

Grafico 4. Distribución porcentual de la ocupación de las adolescentes



Fuente: Las autoras

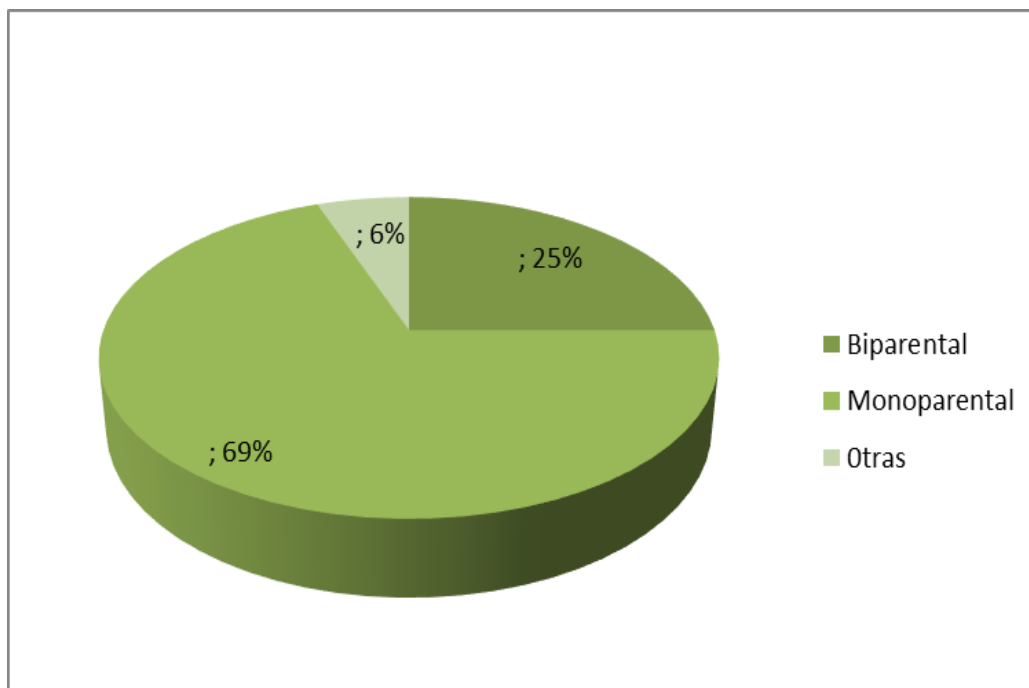
Tabla 6. Tipo de familia

Tipo de familia a la que pertenece	F	%
Biparental	44	25.0
Monoparental	122	69.3
Otras	10	5.7
Total	176	100

Fuente: Las autoras

En cuanto al tipo de familia de las adolescentes, la tabla 6 muestra que el 69.3% de ellas pertenecían a familias monoparental, es decir a familias de un solo padre; 25% a familias de dos padres y el resto, 5.7% a otras.

Grafico 5. Distribución porcentual del tipo de familia a que pertenecen las adolescentes.



Fuente: Las autoras

Tabla 7. Educación Sexual

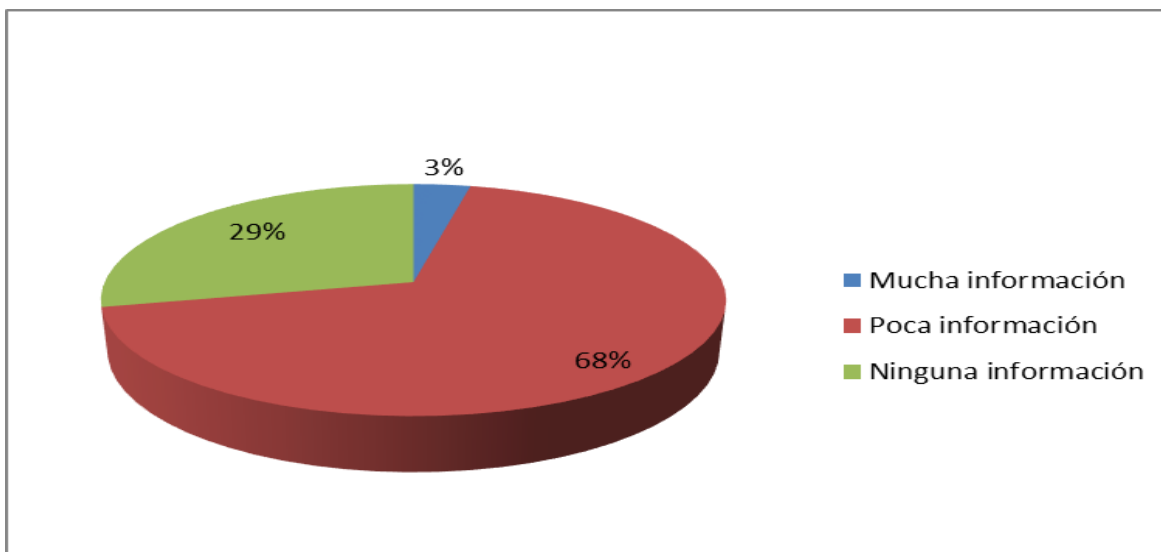
Educación Sexual	F	%
Mucha información	6	3.5
Poca información	120	68.1
Ninguna información	50	28.4
Total:	176	100.0

Fuente: Las autoras

Referente a la educación sexual de las jóvenes y adolescentes nos encontramos que el 68.1% tiene poca información de educación Sexual. 3.5%

posee mucha información, mientras que, el 28.4% carece totalmente de ese tipo de información, de acuerdo a los resultados de la tabla 7.

Grafico 6. Distribución porcentual de educación Sexual de las adolescentes



Fuente: Las autoras

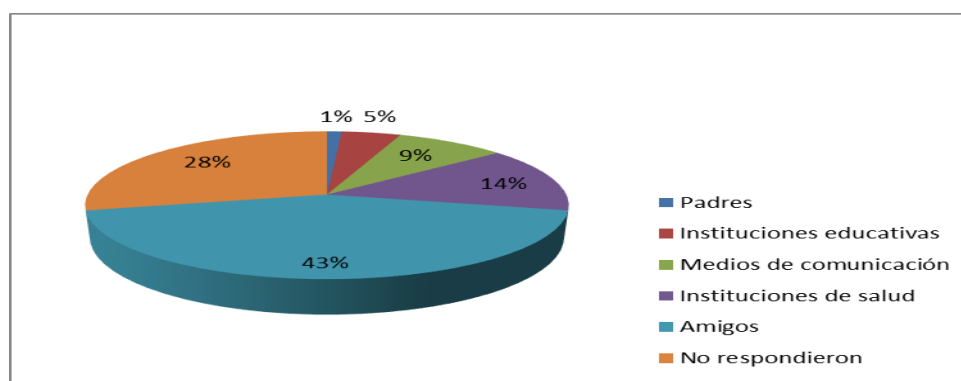
Tabla 8. Fuente de información sexual

Mayor fuente de información Sexual	F	%
Padres	2	1.2
Instituciones educativas	8	4.5
Medios de comunicación	15	8.5
Instituciones de salud	25	14.2
Amigos	76	43.2
No respondieron	50	28.4
Total	176	100

Fuente: Las autoras

En lo que tiene ver con la fuente de información de educación sexual de las adolescentes se observa en la tabla 8 que los amigos con un porcentaje de 43.2% es la fuente más común entre las adolescentes objeto de estudio, seguida de las que no respondieron con el 28.4% y las que tienen fuente a las instituciones de salud. En consecuencia, algunos estudios consideran que, En promedio, la educación sexual inicia a partir de los 13 años de edad y que las mujeres que reciben educación sexual se embarazan menos edades tempranas.

Gráfico 7. Distribución porcentual de las fuentes de información Sexual de las adolescentes



Fuente: Las autoras

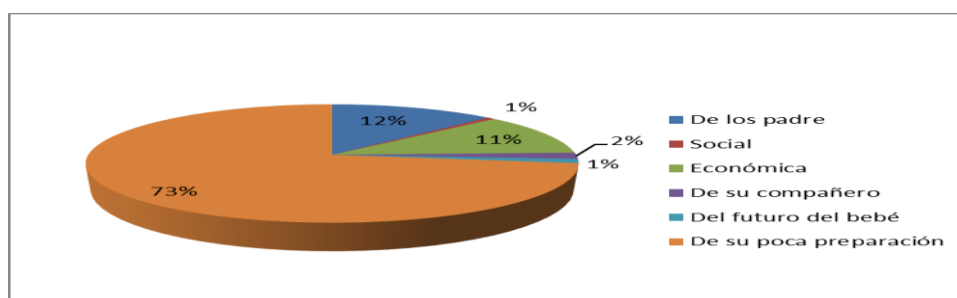
Tabla 9. Presión que las impulsó hacía el aborto

La presión la ejerció	F	%
Los padres	22	12.5
La Sociedad	1	0.6
La situación económica	20	11.3
Su pareja	3	1.7
El futuro del bebé	2	1.2
Su poca preparación	128	72.7
Total	176	100,0

Fuente: Las autoras

El 72.7 de las adolescentes según la tabla 9 se sintieron presionadas por su poca preparación para tener un hijo y por eso optaron por interrumpir sus embarazos. 12.5% lo hicieron por presión de sus padres, mientras el 11.3% lo hicieron como consecuencia de su la situación económica por la que atravesaban. Llama la atención que solo el 1.7% lo hizo bajo la presión de sus compañeros. En este contexto se debe tener en cuenta que vinculada con conceptos de femineidad, hay conceptos de machismo, en los que los varones pueden probar su masculinidad cuando fecundan a una mujer. Por eso hay presión en una mujer por quedar embarazada y al mismo tiempo la responsabilidad de la anticoncepción es sólo de la mujer.

Gráfico 8. Distribución porcentual de los agentes impulsores del aborto



Fuente: Las autoras

Tabla 10. Métodos anticonceptivos

Uso de Anticonceptivos	F	%
Esterilización femenina	0	0.0
Dispositivo intrauterino	11	6.2
Píldora	5	2.8
Esterilización masculina	0	0.0
Condón	32	18.1
Métodos suministrados	2	1.3
Métodos no suministrados	20	11.3
Ninguno	106	60.3
Total	176	100.0

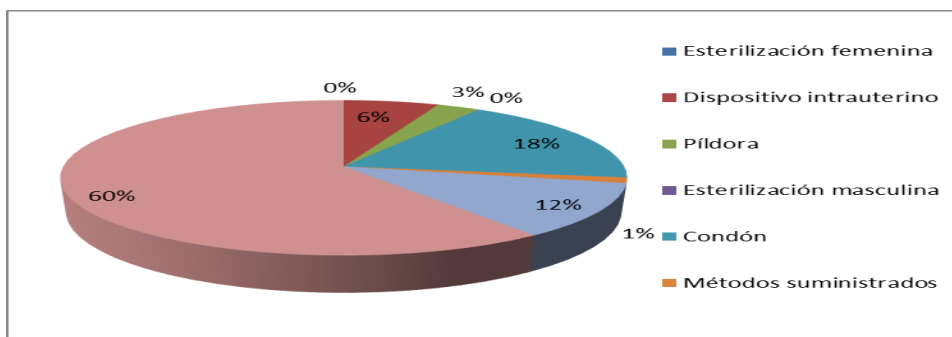
Fuente: Las autoras

El uso de anticonceptivos está basado en una multitud de factores socioeconómicos y culturales. En esta comunidad hay factores que influyen en las Adolescentes para tener hijos. El escaso uso de anticonceptivos de las adolescentes está directamente vinculado con sus embarazos.

En la tabla 10 se pudo observar que el 60.3% de las adolescentes no usó ningún tipo de preservativos. El 18.1% utilizó el condón, mientras un pequeño porcentaje representado por 11.3% optó por métodos no suministrados.

El contexto de pobreza del municipio ligado en el contexto de pobreza de embarazo adolescente es un fenómeno muy común que es causado por una multiplicidad de factores sociales y culturales y está directamente vinculado con la falta de educación y en especial con la falta de uso de anticonceptivos. Esta comunidad está mayoritariamente compuesta por personas que pertenecen a sectores socioeconómicamente bajos y las actitudes hacia los embarazos adolescentes y el uso de anticonceptivos entre adolescentes son distintas que en niveles socioeconómicos más altos. Como vimos, La mayoría de las mujeres no asisten a la escuela secundaria, y casi todas sólo tienen cobertura de salud pública, muy deficiente en términos de calidad.

Grafico 9. Distribución porcentual de los métodos usados



Fuente: Las autoras

Tabla 11. Gestas.

Tipos	F	%
Primigesta	148	84.1
Secundigesta	22	12.5
Trigesta	5	2.9
Multigesta	1	0,5
Total	176	100

¿Fuente?

La tabla 11 puso de presente que un alto porcentaje, constituido por el 84.1 eran Primigesta, 12.5% Secundigesta, 2.9 Trigesta, mientras que solo el 0.5% representaban el grupo de las Multigesta.

Es pertinente poner en relieve que en Colombia una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada. De éstas, el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo.

El 13% de las mujeres menores de 15 años ya ha iniciado una vida sexual activa. Las mujeres con menor educación inician en promedio a los 15 años, mientras que las de más educación lo hacen a los 18 años.

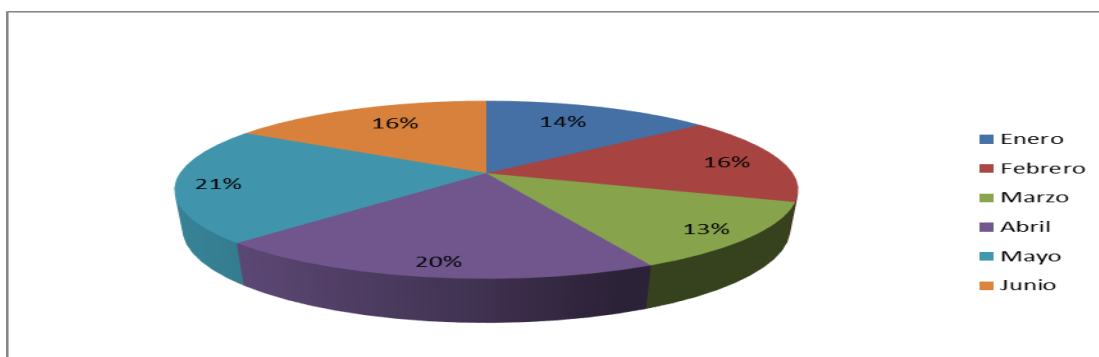
Cuadro 12. Números de abortos por mes

Mes	F	%
Enero	25	14.2
Febrero	28	15.9
Marzo	22	12.5
Abril	35	19.9
Mayo	37	21.0
Junio	29	16.5
Total	176	100

Fuente: Las autoras

Según la información de la tabla 12, el mes del primer semestre del 2011, con mayor número de abortos en el Banco Magdalena fue mayo con 37 casos que representan el 21% del grupo total de adolescentes, seguido de abril en donde se produjo 35 que constituyen el 19.9%. En junio se conocieron 29 o sea el 16.5%, 28 en febrero y 25 en enero.

Gráfico 10. Proporciones de abortos por mes



Fuente: Las autoras

Teniendo en cuenta los resultados arrojados en el desarrollo de la encuesta se puede establecer que los factores que incidieron en el aumento de casos de abortos en las adolescentes de El Banco Magdalena durante el primer semestre de 2011 son:

- El bajo Nivel de escolaridad
- El temor de tener un hijo por su falta de madurez como resultado de su edad.
- La poca información en temas de sexualidad
- La información equivocada que reciben de sus amigos como fuente de información
- El bajo autoestima resultada de pertenecer a una familia monoparental
- La falta de ocupación.
- El poco apoyo que reciben las adolescentes por parte las entidades encargadas de la niñez y la adolescencia.

- El fracaso de los programas de educación sexual en las instituciones educativas.
- El desconocimiento de los métodos anticonceptivos.

8. INDAGACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PUESTAS EN PRÁCTICAS AL INTERIOR DEL HOSPITAL CON EL PROPÓSITO DE REDUCIR LOS ÍNDICES DE EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.

El Hospital la Candelaria tiene su Sede en la Calle 7ª entre las carreras. 18 Y 19 de El Banco, municipio colombiano ubicado en el extremo más meridional del departamento de Magdalena; en la confluencia de los ríos Magdalena y Cesar. Forma parte de la Depresión momposina, posee una superficie: 820 km² y una Elevación: 25 m. Tiene una Población de 53.544 (2005). Su Tiempo: 26°C, viento del SO a 6 km/h, humedad del 93 %. Hora local: martes, 8:04 p. m.



FOTO NO 1

00154347-3 HOSPITAL LA CANDELARIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EL BANCO II CALLE 7 ENTRE CARRERAS 18 Y 19 4292525

Para prevenir el embarazo en la adolescencia, es fundamental tejer redes de apoyo, comunicación y educación, es por ello que es necesario dimensionar el rol que cada uno de los actores y comprender que es una responsabilidad compartida la que se tiene en la prevención del embarazo en la adolescencia

Con base en el CONPES 147, un documento de política social en donde se establecen unos lineamientos específicos para la prevención del embarazo adolescente, cuyos lineamientos tienen como finalidad orientar el diseño de una estrategia que haga énfasis en los proyectos de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, el grupo investigador indagó al interior El Banco, queriendo identificar los aportes que han brindado en materia de prevención del embarazo adolescentes, a todas aquellas entidades que se encuentran comprometidas en este plan. Es así como se presentan a continuación los resultados de dicha labor:

Tabla 13. Entidades que trabajan en la prevención del embarazo de adolescentes

Eje estratégico	Entidad	Operatividad en el Banco Magdalena
EJE 1: Fortalecimiento intersectorial	Alta consejería Mujer Colombia Joven ICBF MEN Incultura Min salud	<i>No hace presencia</i> Presencia esporádica Presencia permanente Presencia permanente Poca presencia Presencia permanente
EJE 2: Desarrollo humano y Proyecto de vida	ANSPE Colombia Joven ICBF	Operatividad deficiente Operatividad deficiente Operatividad deficiente Operatividad deficiente Nula operatividad

	MEN Incultura Min salud Min TIC Indefensa SENA	Nula operatividad Operatividad deficiente Operatividad deficiente Operatividad deficiente
EJE 3: Oferta de servicios de educación sexual y SSR	MEN Indefensa Min salud	Su proyecto fracasó Poco aporte Aporte insuficiente
EJE 4: Monitoreo y gestión del conocimiento	Alta consejería Mujer Incultura Min salud	No opera No opera No opera

Por otro lado, se encontró que en el Municipio del Banco Pro familia no ofrece a la Joven atención especializada en salud sexual y salud reproductiva a adolescentes y jóvenes entre los 13 y 21 años mediante asesoría gratuita y personalizada en temas de sexualidad y planificación familiar, información y servicios médicos especializados para adolescentes, con el fin de orientarles sobre los diferentes aspectos de su vida, incluyendo la salud sexual y la salud reproductiva.

Para Pro familia la problemática en este ente territorial no existe y, por consiguiente, el tema del embarazo en adolescentes no se enmarca en una perspectiva de derechos, es decir, aquí no existen espacios para los métodos anticonceptivos que hacen énfasis en la posibilidad que tiene el o la adolescente de decidir si quiere tener un hijo/a o no.

Tampoco se promueven las charlas que Pro familia desarrolla y en las que se hace énfasis en que:

Debe partir de la base de que los jóvenes piensan que a ellos no les va a pasar, tienden a creer que el embarazo es problema de otros. Eso es lo primero que tiene que desvirtuarles.

Se necesita comunicación entre padres e hijos. Como padre está en la obligación de guiar, informar y dar los elementos necesarios para que sus hijos sepan lo que está bien y lo que no, sin embargo, tenga en cuenta que no puede hacer un control total sobre sus decisiones, lo importante es que sus ellos tengan claro que cada acto tiene su consecuencia.

Tenga presente que al colegio le corresponde una parte en la educación sexual de su hijo (el componente teórico), pero no les delegue por completo esta responsabilidad. El éxito de una adecuada comunicación está en que padres, adolescentes y colegio formen equipo y trabajen juntos.

Ante adolescentes que poco se comunican, busque SIEMPRE estrategias, todos los jóvenes necesitan en algún momento hablar, identifique cuál es el momento en que ellos se sienten más cómodos y hábleles. Inténtelo en el chat, en el carro, acostados en la cama de su hijo, el hecho de sentirse en su espacio y sin tener que sostener la mirada puede ayudar para que se suelte con mayor facilidad.

De vez en cuando, Pro familia ofrece a las adolescentes del Municipio, los siguientes productos:

- ✓ Anticonceptivo de emergencia
- ✓ Píldoras anticonceptivas
- ✓ Condones
- ✓ DIU-T Cu 380
- ✓ Anticonceptivos inyectables
- ✓ Prueba de embarazo
- ✓ Espéculos
- ✓ Superáis

Se observó en los programas de Educación Sexual de las diferentes instituciones educativas del Municipio que estos no orientan al adolescente en aspectos como:

1. Hablar sobre la salud sexual con sus padres, otros adultos confiables y amigos.
2. Resistir la presión para empezar a tener relaciones sexuales.
3. Apoyar a los amigos que deciden no tener relaciones sexuales.
4. Usar condones siempre al tener relaciones sexuales.
5. Informarse al máximo sobre salud reproductiva y sexual.
6. Evita el consumo de alcohol y drogas, para no perder el control cuando se esté con la pareja y puedan tomar decisiones adecuadas y responsables sobre el ejercicio de la sexualidad. Las hormonas y las drogas no son buenos consejeros.
7. Desarrollar valores personales, como el respeto a tu cuerpo, a la vida, a las dificultades que en la vida se presentan, así como las decisiones de los demás, al ejercicio de la sexualidad.
8. Anteponer siempre un proyecto de vida profesional a uno emocional, que aún no se sabe cómo se podrá manejar. Actuar con firmeza ante situaciones de reto, riesgo o amenaza y decir siempre NO cuando exista la presión hacia las relaciones sexuales. Este tipo de presión casi nunca termina en una relación duradera y estable.
9. El embarazo adolescente se previene, no se cura. A partir desde esa premisa los padres pueden ayudar a sus hijos a transitar por una sexualidad responsable, las conversaciones respecto a la importancia del correcto uso de métodos de protección.

10. En el caso que el embarazo adolescente llegue a concretarse es importante que, los futuros padres, cuenten con el apoyo de su familia. Cuando las cosas están hechas no se puede pedir que no hayan sucedido, el rol del adulto pasa por enseñar a asumir con responsabilidad las tareas para criar a sus hijos.

En este ente territorial los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes que se plantean como un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia son promovidos por las diferentes instituciones educativas y el ICBF, funcionan de manera deficiente hasta el punto de no tener en cuenta las referencias a la oferta de servicios de salud específicos para población adolescente y joven que presenta el Ministerio como estrategia central para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, no cumpliéndose, en esta forma, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública, con el fin de reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y salud sexual y reproductiva a este grupo poblacional.

Esta estrategia en el Banco Magdalena, no tiene un enfoque integral de equidad de género y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, ni se enfoca en el fortalecimiento de la capacidad institucional y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la promoción de la participación activa de los y las jóvenes en el diseño de programas de salud y salud sexual, ajustados a sus características y necesidades.

No se sigue el Modelo que busca que las instituciones de salud se vuelvan “amigables” para los adolescentes y jóvenes banquemos para que se conviertan en espacios de información, orientación y atención de calidad, a través de estrategias novedosas y ajustadas a las realidades, vivencias y expectativas de esta población y por ello favorece la participación de los y las adolescentes y jóvenes y de la comunidad de este municipio en la construcción de un servicio de salud a la medida de sus necesidades, a la vez que refuerza la capacidad técnica y humana de los prestadores de servicios.

Tampoco la administración municipal pone interés para que los adolescentes y jóvenes sean reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, y de esta manera se sientan motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud.

Por otro lado el hospital la candelaria pertenece a un nivel de mediana complejidad por lo cual no le compete realizar actividades de promoción y prevención de la enfermedad.

9. PROPUESTA BASADA EN LA APLICACIÓN DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS DE LA ADMINISTRACIÓN Y LA AUDITORIA, LAS POSIBLES SOLUCIONES DEL PROBLEMA DE ABORTOS DE LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LA CANDELARIA DEL BANCO

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL HOSPITAL LA CANDELARIA EL BANCO (MAGDALENA)



HOSPITAL LA CANDELARIA EL BANCO (MAGDALENA)



HOSPITAL LA CANDELARIA EL BANCO (MAGDALENA)

- 1) Establecer el protocolo de promoción y prevención con base a la protección de los derechos de salud sexual y reproductiva en la mujer con el fin de reprimir, sancionar y prevenir el abuso sexual a través de charlas de capacitación VIDEOS CONFERENCIAS SIMPOSIOS ETC por personal profesional entrenado para tal fin (médico especialista sicoterapeuta psicólogo c Salud reproductiva:
- 2) Dar a conocer todo lo relacionado en términos médicos traducidos al lenguaje común sobre las enfermedades de transmisión sexual, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo, abortos/bajo peso al nacer, enfermedad inflamatoria pélvica. Comportamientos negativos: Tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física, comer en exceso. especialidad en salud sexual y reproductiva
- 3) Identificar que la mayoría de los agresores sexuales son familiares (padrastros tios) a base de conferencias de reconocimientos de la actitud de dicho tipo de agresores.

- 4) Cambiar las rutinas y costumbres en cuanto a asistencia a diversos tipos de diversión los cuales son utilizados por los agresores para efectuar sus tácticas de engaños hacia sus víctimas.
- 5) Entrenamientos y estudios sobre todo lo relacionado aspectos fisiológicos y de salud relacionados a la mujer y sus consecuencias.

De acuerdo con el enfoque de desarrollo humano (PNUD, 2010), las personas deben tener la posibilidad de construir el proyecto de vida que desean en el marco de un entorno que les permita lograrlo. Durante la adolescencia, se fundamentan algunas de las bases que dan sustento a un proceso de desarrollo humano satisfactorio. Para Sandoval (2009), la materialización del embarazo en la adolescencia supone un conjunto de consecuencias que, en algunas ocasiones, comprometen la posibilidad de los adolescentes y jóvenes de materializar el proyecto de vida deseado. Aspectos relacionados con deserciones o discriminaciones en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o aceleración de los proyectos de vida; tienden a comprometer la capacidad de los adolescentes para insertarse en una senda de desarrollo real y sostenible.

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA, 2013), todos los días 20.000 mujeres de menos de 18 años, dan a luz en países en vías de desarrollo y 2 de los 7,3 millones de partos de adolescentes que ocurren cada año, corresponden a niñas menores de 15 años.

Colombia es uno de los tres países de América Latina con mayor prevalencia de embarazo en adolescentes. Según datos reportados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2010), el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han sido madres o están en embarazo, asciende en el país al 19.5%. Adicionalmente, los reportes de Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DAÑE, 2012) muestran una tasa específica de fecundidad para menores de 14 años de 3,15 nacimientos por cada 1000 mujeres.

Según The American Academy of Pediatrics (2010) y la ENDS (2010), la problemática de embarazo en adolescentes está determinada por un conjunto de factores relacionados en su mayoría con la posibilidad de ejercer de manera cabal los derechos sexuales y reproductivos, el acceso irrestricto a información de calidad y la vulnerabilidad social. En general la materialización de un embarazo durante la adolescencia está determinada por aspectos como: i. Nivel de ingresos ii. Nivel educativo iii. Nivel de acceso a información pertinente y de calidad iv. Historia de los hogares en relación a la edad de embarazo de la madre v. Prácticas de crianza, comunicación y conflictos familiares vi. Violencia y/o alcoholismo vii. Proyecto de vida viii. Abuso, violación o explotación

Vale la pena anotar, que los determinantes hasta acá relacionados, se ven afectados negativamente por la existencia de altos niveles de desigualdad de género. En otras palabras, debido a la materialización de patrones discriminatorios en salud, educación, ingresos, prácticas de crianza y ejercicio pleno de derechos sexuales y reproductivos; tienden a profundizarse las dinámicas que conducen a la materialización del embarazo en edad temprana. Desde esta perspectiva, en el marco conceptual de los Objetivos Del Milenio (ODM), el embarazo adolescente y la desigualdad de género se definen como problemáticas relacionadas, en la medida en que la prevalencia social del fenómeno puede considerarse como una expresión de inequidad entre los sexos y del bajo empoderamiento en las mujeres en la toma de decisiones.

En esencia la desigualdad de género se configura como un factor de riesgo del embarazo en adolescentes, pero al mismo tiempo, las altas tasas de embarazo en este grupo etario pueden ser determinantes de aspectos que fundamentan la inequidad entre los sexos, como la restricción del acceso a la educación de las mujeres, la reducción de su capacidad para generar ingresos y el incremento de su vulnerabilidad multidimensional.

Para abordar esta problemática de naturaleza multidimensional, el gobierno nacional viene trabajando con apoyo de UNICEF, UNFPA, OIM y otros

organismos internacionales en la implementación de la estrategia de prevención del embarazo en adolescentes, plasmada en el documento Conpes 147 de 2012. La política se fundamenta en 4 ejes de intervención específicos: Intersectorialidad; Desarrollo Humano y Proyecto de Vida; Oferta de Servicios en Educación Sexual, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales y Reproductivos; y Monitoreo, Seguimiento, Evaluación y Gestión de Conocimiento. Su marco estratégico está recogido en un conjunto de objetivos y metas concretas

Las decisiones que cada persona adolescente o joven tome con respecto a su propia sexualidad y los resultados que de estas se deriven, no están estrictamente determinados por elementos de su individualidad; al momento de decidir o tomar una postura, entran en juego varios factores, muchos de ellos sociales, que le hacen optar por una u otra conducta, lo que contribuye a tener un resultado (favorable o no); por ejemplo, su nivel de educación, su trabajo o labor, la situación económica de sus padres, el vivir en una zona urbana o rural, el ser hombre o mujer, el acceso a la atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos, las oportunidades o dificultades que le ofrece el medio, el acceso a sistemas de atención en salud, etc.

Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y se refieren a las condiciones de vida que impactan en forma positiva o negativa la salud de las personas.

¿Por qué trabajar en la prevención del embarazo en adolescentes?

El embarazo durante la adolescencia tiene gran impacto en el desarrollo del país, especialmente por sus implicaciones en la deserción escolar; es así como entre el 20 y el 45% de adolescentes que dejan de asistir a la escuela, lo hacen en razón a su paternidad o maternidad (según Encuesta Nacional de Deserción Escolar del Ministerio de Educación Nacional, 2011), con lo que se favorecen los

círculos de la pobreza, dado que los embarazos tempranos no deseados en ausencia de redes sociales de apoyo, dificultan las oportunidades de desarrollo personal y el fortalecimiento de capacidades, limitan el acceso a oportunidades económicas y sociales e inciden en forma negativa sobre la conformación de hogares entre parejas sin suficiente autonomía e independencia económica para asumir la responsabilidad derivada y el fortalecimiento individual y familiar.

“Además de presentar consecuencias negativas en el plano biológico, el embarazo en la adolescencia trae consigo graves riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; genera deserción y/o discriminación en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o desviación en los proyectos de vida.

El embarazo adolescente puede ocurrir por múltiples razones, algunas de ellas son:

- Abuso, violación o explotación sexual.
- Inequidades en educación con mayor nivel de desescolarización (ENDS, 2010).
- Mayores niveles de pobreza, condición de desplazamiento o situaciones de conflicto.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales.
- Influencia de los medios de comunicación.
- Decisión voluntaria y consciente de quedar en embarazo o relaciones

desprotegidas.

Situación actual del embarazo adolescente

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2010 se logró detener la tendencia creciente que presentaba el embarazo en la adolescencia entre 1990 y 2005. Sin embargo, la cifra aún continúa siendo alta; para el año 2010 una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años, esta o ha estado alguna vez embarazada; el 16% ya son madres y el 4% está esperando su primer hijo.

El mayor porcentaje de madres adolescentes se sitúa en niveles de educación bajos. El 55 % de adolescentes que han sido madres no tiene ningún nivel de educación; el 46 % apenas tiene primaria, frente a menores porcentajes cuando el nivel educativo es mayor como en secundaria 18 % y educación superior 11 %.

En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el 13% de las mujeres menores de 20 años tiene su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad; y ésta ocurre más temprano en las mujeres sin educación (15,8 años) y en aquellas que viven en áreas rurales (17,5 años), que en aquellas que tienen educación superior (18,9 años) o viven en zonas urbanas (18,5 años) (ENDS, 2010).

El uso de métodos de planificación familiar es otro de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente. En Colombia, el conocimiento de métodos de planificación familiar, sigue siendo casi universal, con un 99,8%. Por su parte, el 88% de las mujeres entre 15 y 19 años, inicio el uso de métodos anticonceptivos sin tener hijos e hijas. Se observa diferencia de uso de métodos entre las adolescentes unidas y las no unidas sexualmente activas; es así como entre las adolescentes en unión, aumenta el uso de cualquier método anticonceptivo de

57% en 2005 a 60,5% en el 2010, mientras que entre las no unidas pero sexualmente activas, sigue siendo de 79%, lo cual representa una cifra inferior a la de los demás grupos de edad. (ENDS 2010).

Documentos Conpes Social Lineamientos para el desarrollo de una 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 años.

Fortaleciendo actores clave para el beneficio de las comunidades

Capacitación en derechos sexuales y reproductivos dirigidos a líderes naturales reconocidas(os) por su interés en el bienestar de su comunidad y por las problemáticas en torno a la salud reproductiva.

De esta manera madres comunitarias, líderes barriales de organizaciones juveniles y no gubernamentales, que hacen presencia en zonas de alta vulnerabilidad social en Bogotá y sus alrededores, se convierten en voceras con capacidad para identificar y conectar necesidades de su comunidad con la oferta institucional existente de servicios en salud sexual y reproductiva.

Aliado para la intervención social

Actividades como conversatorios, charlas y talleres, dirigidas a funcionarios de entidades públicas y privadas, buscan fortalecer intervención en las comunidades donde ya hacen presencia.

Mediante la reflexión en torno a la vivencia de la sexualidad, el embarazo no deseado, sus consecuencias sociales y su impacto para la salud pública así como las implicaciones de la despenalización del aborto Sentencia C-355 en el

marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Así, trabajadores sociales, educadores, psicólogos, responsables de bienestar universitario y otros profesionales afines, encuentran en esta propuesta el apoyo para generar en sus organizaciones reflexión y aprendizajes significativos en relación a la sexualidad, la toma de decisiones informadas y autónomas y las implicaciones de estas decisiones en el proyecto de vida a corto y largo plazo de las personas.

Se aborda no solo el conocimiento biológico de la sexualidad y la reproducción humana, sino el proceso de la vivencia de la sexualidad en las diferentes etapas del desarrollo de las personas y otros temas como: la afectividad y la construcción de vínculos, el placer, el erotismo y el cuerpo como lugar de bienestar y experiencias satisfactorias, la comunicación y el impacto de las decisiones sexuales o reproductivas en el proyecto de vida.

La metodología valida las experiencias personales de los participantes en la construcción de conocimiento colectivo a través del debate y la reflexión, permitiendo un balance entre la experiencia y los conceptos.

Actividades de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva

Con encuentros vivenciales como talleres, charlas, conferencias, jornadas en salud sexual y reproductiva y consultorías; se contribuye a posicionar los derechos sexuales y reproductivos en colegios, universidades y espacios empresariales.

Oriéntame se desplaza hacia colegios, centros universitarios o empresas de carácter público o privado que lo soliciten, un grupo de profesionales para ofrecer los servicios de prueba de embarazo, asesoría y suministro de métodos

anticonceptivos y remisiones para pruebas de VIH

De igual forma, charlas y talleres sobre derechos sexuales y reproductivos, relaciones de género, orientación sexual, presión de grupo, sexo, roles y publicidad, relaciones de pareja, anticoncepción, prevención de cáncer de cuello uterino y de seno, prevención de embarazo en la adolescencia, la sexualidad en la menopausia y prevención de ITS, entre otras.

Cualificación superior en derechos y salud sexual y reproductiva

Mediante programas de capacitación, los profesionales de la salud pueden formarse como referentes en salud sexual y reproductiva para sus comunidades, desde una mirada integral libre de prejuicios morales y culturales.

Este programa provee herramientas para que estos actores sociales, a diario enfrentados al requerimiento de su comunidad y la oferta insuficiente de servicios integrales en salud reproductiva, puedan hacer un direccionamiento responsable a servicios seguros y de calidad.

El objetivo central, es que los profesionales promuevan asesorías en derechos, la toma de decisiones libres e informadas y así ayuden a reducir los riesgos en la salud de las mujeres y las niñas por causa de embarazos no deseados y abortos inseguros.

Los entes de control del municipio (secretaría de salud municipal y departamental) deben realizar acciones y procedimientos integrales orientados a fortalecer los programas de promoción y prevención en las entidades de salud de baja complejidad.

8. CONCLUSIONES

Una importante proporción de la población hace uso de los servicios de salud por motivos relacionados con la situación (embarazo no deseado, por violencia o agresión sexual etc)

La construcción de escenarios de situación de salud de una población puede lograrse con el cruce de información de diversas fuentes, a través de métodos estandarizados que permitan repetir la valoración a través del tiempo, así como el mejoramiento de las fuentes para construir escenarios más correspondientes con la realidad.

Los RIPS son una importante fuente de información, pero tiene limitaciones relacionadas con su cobertura y la calidad. Gracias al uso de encuestas poblacionales se pueden realizar ajustes que permitan utilizar estos registros administrativos en la estimación de la ocurrencia de la enfermedad, combinados con indicadores de mortalidad, que permitan la validación de los escenarios a partir de la comparación con otras fuentes de información o literatura nacional e internacional de la epidemiología del evento en cuestión. Después de analizar los resultados de las variables, se encontró que el mayor número de casos de aborto se produjo en el grupo de adolescentes entre edades de 14 a 16 años, las cuales representan el 69.3%. Los casos de las de 12 y 13 años solo alcanzan el 5.9%, mientras que las de 17 y 18 años representan el 25%. Con estado civil soltera.

Se observó que el mayor índice de adolescentes cursó la primaria completa, en segundo lugar, se encuentran las que no terminaron estudios secundarios, seguidas de aquellas que tienen estudios de primaria incompleta.

En cuanto a la ocupación, se encontró que del total de encuestadas el 63% no realizan ninguna actividad laboral, seguidas de aquellas que se encontraban

estudiando, Sorprende que las que las que se dedican a labores del servicio doméstico apenas alcancen el 1.1%.

Referente al tipo de familia de las adolescentes, el cuadro se observó en los resultados que el 69.3% de ellas pertenecían a familias monoparental, es decir a familias de un solo padre; 25% a familias de dos padres y el resto, 5.7% a otras.

Al indagar acerca de la educación sexual de las jóvenes y adolescentes nos encontramos que el 68.1% tiene poca información de educación Sexual. 3.5% posee mucha información, mientras que, el 28.4 carece totalmente de ese tipo de información.

En lo que tiene ver con la fuente de información de educación sexual de las adolescentes se encontró que los amigos con un porcentaje de 43.2% es la fuente más común entre las adolescentes objeto de estudio, seguida de las que no respondieron con el 28.4% y las que tienen fuente a las instituciones de salud

Resultado de la poca información sobre educación sexual se encontró que el 60.3% de las adolescentes no usó ningún tipo de preservativos. El 18.1% utilizó el condón, mientras un pequeño porcentaje representado por 11.3% optó por métodos no suministrados.

El 84.1 eran Primigesta, 12.5% Secundigesta, 2.9 Trigesta, mientras que solo el 0.5% representaban el grupo de las Multigesta.,

El mes del primer semestre del 2011, con mayor número de abortos en el Banco Magdalena fue mayo con 37 casos que representan el 21% del grupo total de adolescentes, seguido de abril en donde se produjo 35 que constituyen el 19.9%. En junio se conocieron 29 o sea el 16.5%, 28 en febrero y 25 en enero.

11.RECOMENDACIONES

Se recomienda fortalecer y/o implementar programas educativos existentes que aborden la sexualidad como parte de la educación y formación general. Esta educación debe ser integral, fomentando valores, con énfasis en el desarrollo de actitudes y habilidades que promuevan la postergación de la vida sexual activa y el logro de la abstinencia.

Estos proyectos deben atenderse no sólo en contextos educativos, sino también, en lugares que sean de acceso público como centros de salud, lugares de esparcimiento y dentro de las comunidades. Por lo que se sugiere al Ministerio de Educación, establecer un curso de salud sexual y reproductiva, dentro del plan curricular de estudios de los centros educativos, cuyos temas de sexualidad en adolescentes sean abordados por profesionales de la especialidad, para que puedan tomar decisiones conscientes y orientadas, desarrollando la capacidad de resistir las presiones sociales y grupales que favorecen las relaciones sexuales tempranas.

Frente a los o las adolescentes sexualmente activos se debe entregar información de los distintos métodos anticonceptivos existentes, su eficacia, sus ventajas y desventajas, cómo obtenerlos y precauciones en su uso. Es imprescindible que sea el/la adolescente quien (idealmente junto su pareja, familiar u otro adulto acompañante) tome la decisión de usar o no algún método y cuál. Debe realizarse la promoción de uso de anticonceptivos de largo plazo, como los inyectables e implantes en las madres adolescentes.

Los padres no deben tener temor en hablar con sus hijos (as) sobre temas de sexualidad y las consecuencias que produciría en caso de ejercerla irresponsablemente. Se le debe explicar los riesgos y complicaciones que tendrá

en caso de embarazarse y como cambiará bruscamente su vida desde ese momento. Entre más temprano se hable con ellos sobre estos temas, es mejor.

Se recomienda a los entes de control de los servicios de salud del municipio (secretaría de salud municipal y departamental) realizar acciones de monitoreo y seguimiento continuo a las entidades de primer nivel para garantizar las actividades de promoción y prevención para prevenir los embarazos en adolescentes.

Adoptar el modelo de servicios en salud amigables para jóvenes y adolescentes con el fin de contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva, promoviendo su desarrollo integral.

12. BIBLIOGRAFÍA

Beltrán, C. (2001). Auditorias de la vigilancia de la salud. Conformidades y S.E.S.L.A.P. - 2001 - Vol. 1 - Nº 4. S.E.S.L.A.P. - 2001 - Vol. 1 - Nº 4. Disponible en: [SES LAP http://www.seslap.com/seslap/html/pubBiblio/revista/n_4/auditorias.pdf](http://www.seslap.com/seslap/html/pubBiblio/revista/n_4/auditorias.pdf)
Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios, Hospital Universitario del Valle, HUV, "Evaristo García", ESE, Cali, Valle, Colombia, 2010

Brooks-Gunn., & Ruble, D. N. (1982). El desarrollo de las creencias relacionados con la menstruación y el comportamiento durante la adolescencia temprana. *ChildDevel*, 53 (6), 1.567-1.577.

Gerardo Alfaro. Cantón, et.it Registros Clínicos y Administrativos, Manual Operativo Unidad Móvil de Salud Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Gil Barreto Laura. (2006), Posiciones Ginecoobstetras frente a la despenalización del aborto.

González Electra, montero Adela. Factores psicosociales y culturales que influyen en el evento de la menarquía en adolescentes posmenárquicas. *rev. Chil. Obstet. Ginecol.* v.73 n.4 Santiago 2008

Henao, L. Gutiérrez, L., Gómez, P. (2010). Globalización y auditoria en Salud. Universidad CES Facultad de medicina, Medellín.

Hernández Sampiery (1997) Metodología de la investigación. México, Ed. McGraw Hill.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos. Pág. 13-21

Introducción a la Calidad en los Servicios de Salud en el nivel local, Caja Costarricense de Seguro Social. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud Universidad de Costa Rica. Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)

Jean Botero, Historia Mundial de la Mujer, La mujer en la antigüedad Mesopotamia, Tomo I, Pag. 161.

José Rafael Mendoza, Curso de Derecho Penal Venezolano. Tomo IV, de la Parte Especial, pág. 68.

Lacadena, J. R.: «Manipulación genética», en AA.VV.: Fundamentación de la Bioética y Manipulación Genética, Madrid, 1988, págs. 141-143; ÍD.: «Una lectura genética...», cit., pág. 4.

Lacadena, J.R.: «" Status" del embrión...», cit., pág. 36; ÍD.: «Una lectura genética...», cit., pág. 4.

Layes de Manu, en o.c. XXV, 184

Malinowski, G: La personne humaine et le droit naturel. Un metaphysician parle de l'homme et du droit. Arch. Ph. Dr. 1976, pág. 244.

La Iglesia y el Aborto. Caracas 1976. pp. 3-14.

Marthe Zapata, L. (1994). El aborto en Colombia y en otros países: aspectos médico-jurídicos. Bogotá: Grijalbo.

McGrory, A. (1990). Menarquia: las respuestas de los principios de las adolescentes, adolescencia (Vol. 25).

Múnera, A. (10 de enero de 2007). "Hay niños que a los diez años ya tienen relaciones sexuales". El Nuevo Siglo, págs. A1-A2.

Ordóñez, M. (1994). Adolescentes: sexualidad y comportamientos de riesgo para la salud. Bogotá: PROFAMILIA-ISS.

Organización Panamericana de la Salud. Imán Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington, D. C. OPS, 2005.

Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Una guía esencial de la OMS sobre Planificación Familiar.

Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica del manejo del aborto. Washington D. C., 1998

Informe de la Comisión Especial de Estudio de la Fecundación In Vitro y la Inseminación Artificial Humanas, Servicio de Publicaciones del Congreso de los Diputados, Madrid, 1987, pág. 35.

Peláez Mendoza, J. (2001). Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. La Habana: Ed. Científico-técnica.

Peláez, J. M. (2007). Elementos históricos en torno al aborto. En J. M. Peláez, Ginecología Pediátrica y de la adolescente. Temas médicos para el médico de familia. La Habana: Editorial Científico Técnica.

Registros médicos e Historias Clínicas, Ministerio de Salud, Oficina de Planeación. División de Información. Bogotá, 1983.

Salud Sexual y Reproductiva. Aspectos Científicos, Éticos y Jurídicos. 2010 Autores: Fernando Abellan; J. Sánchez-Caro, editorial: Comares, 1º edición Tercera edición. Ginebra, 2005.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, Nombre editorial: Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., 2007.

UNICEF 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 Años

Vargas Fiasco Diana Carolina, Rubio Romero Jorge Andrés. Aborto, Obstetricia integral Siglo XXI. Tomo 1. Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/3/9789584476180.01.pdf>

Guía práctica del Sistema Obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGC,

ANEXOS

Anexo 1



Universidad Cooperativa de Colombia

CUESTIONARIO

El presente CUESTIONARIO tiene por objetivo identificar los factores que incidieron en el aumento de casos de abortos en las adolescentes de El Banco Magdalena, durante el primer semestre de 2014. Dicho instrumento hace parte de la investigación titulada: “Análisis de los Registros de Promoción y Prevención del Hospital la Candelaria para identificar los Factores que Incidieron en el aumento de casos de abortos en las adolescentes del Municipio del Banco, Magdalena - Primer semestre de 2014. La información registrada será de carácter confidencial y de uso exclusivo de la Universidad, su participación resulta fundamental, motivo por el cual la invitamos a diligenciar de manera objetiva el presente cuestionario:

1. Por favor, marque con una X su edad:

- 12 años ()
- 13 años ()
- 14 años ()
- 15 años ()
- 16 años ()
- 17 años ()
- 18 años ()

2. Marque su nivel de escolaridad

- Primaria completa ()
- Primaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Secundaria Incompleta ()
- Otros ()
- Ninguno ()

3. Marque su estado civil

Casada ()

Soltera ()

Unión Libre ()

4. Marque su ocupación

Estudiante ()

Ama de casa ()

Empleada doméstica ()

Comerciante ()

Niñera ()

Otros ()

5. Tipo de familia a la que pertenece

Biparental (de dos padres) ()

Monoparental (de un solo padre) ()

Otras ()

6. Su información sobre sexualidad es:

Mucha ()

Poca ()

Ninguna ()

7. ¿Cuál es su fuente de información sobre sexualidad?

Padres ()

Instituciones educativas ()

Medios de comunicación ()

Instituciones de salud ()

Amigos ()

No respondieron ()

8. Su decisión de abortar fue impulsada por:

Presión de sus padres

Presión Social

Situación económica

Presión de su compañero

Comprometía su futuro

Falta de preparación

9. Anticonceptivos que Usted usa

Esterilización femenina

Dispositivo intrauterino

Píldora

Esterilización masculina

Condón

Métodos suministrados

Métodos no suministrados

Ninguno

10. Número de embarazos que había tenido antes de su aborto:

Cero

Uno

Dos

Más de dos

11. Su aborto se presentó en el mes de:

Enero *Abril*

Febrero *Mayo*

Marzo *Junio*